

Combien y a-t-il de «body of evidence» dans un minimum de volonté politique

Comment vendre ses services au monde extérieur? Quelles en sont les variables importantes ? Dans l'exemple de l'ostéopathie en tant que forme de médecine, il semble que le credo de l'«Evidence Based Medicine» (EBM) soit très important. L'EBM s'est développée dans les années 90 au siècle dernier dans le but d'étayer les soins médicaux de manière scientifique et d'ainsi en améliorer la qualité et l'efficacité. En outre, ces soins doivent aussi être efficaces, ce qui signifie donner le meilleur résultat pour le moindre coût. Au cours des ans, le mouvement EBM a généralement été adopté. Notamment par les exigences du gouvernement en ce qui concerne sa mise en œuvre, dans le but de contrôler les coûts¹. En d'autres termes, on ne peut pas se passer de l'EBM ou encore de l'Evidence-Based Healthcare (EBH) comme concept sous-jacent dans la politique de prise de décisions; qui plus est, Reilly² a écrit : « ...anyone in medicine today who does not believe in it (EBH) is in the wrong business » («... celui qui aujourd'hui en médecine ne croit pas en l'EBH n'est pas dans le bon créneau »).

L'EBM a cependant subi un lifting. Si la définition de l'EBM de 1995 parle encore de «best evidence» (« meilleures preuves »), en 1996, sous la pression des cliniciens, on lui a ajouté: «... about integrating individual clinical expertise and the best external evidence» (« ...sur l'intégration de l'expertise clinique individuelle et des meilleures preuves externes »). Enfin, la définition en 2000 a encore une fois été complétée et on arrive aux trois piliers de l'EBM: « Evidence based medicine is the integration of the best research evidence with clinical expertise and patient' values »³ « la médecine fondée sur les preuves est l'intégration des meilleures preuves issues de la recherche à l'expertise clinique et aux valeurs des patients ». On retrouve dans ces trois piliers, les variables d'un grand intérêt pour pouvoir vendre l'ostéopathie aux décideurs politiques.

Dans le Rapport KCE-148A⁴: "Etat des lieux de l'ostéopathie et de la chiropraxie en Belgique", ces variables sont clairement prises en compte. La « best research evidence » « meilleure preuve issue de la recherche » se trouve dans le chapitre des « données cliniques et effets secondaires », « l'expertise clinique » est très bien abordée dans la formation et « les valeurs du patient » sont examinées à la loupe dans la partie sociologique du rapport.

Malgré le fait qu'en tant que professionnels, nous ne pouvons pas être d'accord avec certaines affirmations et recommandations, l'honnêteté nous oblige à tenir compte de ce rapport et à en tirer des leçons. Sans vouloir plonger dans les détails du rapport, nous voudrions encore revenir sur quelques faits concernant les variables citées ci-dessus.

Notre « **best research evidence** » est plutôt mince. Comme le Rapport KCE conclut, nous ne pouvons qu'offrir la preuve du soulagement de la douleur cervicale chronique et dans une moindre mesure, des douleurs lombaires.

Concernant le caractère scientifique, le Rapport KCE nous montre que la recherche s'est trop concentrée sur l'aspect technique d'une forme de médecine manuelle, comme l'ostéopathie. En

¹ Drexler K., De plaats van de osteopathie in het huidige gezondheidszorgbeleid: een belichting vanuit de fenomenologie, 2009, College Sutherland, DO-thesis, Brussel

² Reilly in Bronfort G., Haas M., Evans R., Leininger B., Triano J., Effectiveness of manual therapies: the UK evidence report, Chiropractic & Osteopathy, 2010; 18 (3).

³ van Leeuwen E., (2007) Wordt de medische ethiek ondiep? Rede in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Medische ethiek aan het UMC St Radboud van de Radboud universiteit Nijmegen op 26.04.2000 <http://repository.ubn.ru.nl/bitstream/2066/30018/1/30018.pdf>

⁴ http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=3461&CREF=18754

d'autres termes, de nombreuses études qui ont été incluses dans l'analyse portent sur l'utilisation de techniques manuelles et sur leur impact sur la santé du patient. En se concentrant sur les aspects techniques et non sur l'effet de l'entièreté d'une consultation ostéopathique en soi, l'accent porte aussi naturellement plus sur le fait que l'ostéopathie est considérée comme faisant partie des thérapies manuelles tout comme la chiropraxie, la thérapie manuelle, ... C'est une des raisons pour lesquelles l'ostéopathie a été étudiée par le KCE avec la chiropraxie et non pas comme une profession en soi. De cette façon, on voit plutôt l'ostéopathie comme une forme de thérapie qui est utilisée par les médecins et les kinésithérapeutes et non tant comme une véritable forme de médecine avec sa propre identité.

Heureusement, il existe un autre courant en Europe qui mène des recherches sur l'effet d'une consultation ostéopathique globale sur le bien-être du patient. Ce type de recherche clinique enlève l'accent mis sur l'influence des techniques manuelles sur la santé et nous conduit plus vers ce qu'est vraiment l'ostéopathie et vers la façon dont elle est vraiment pratiquée au quotidien, notamment comme un «ensemble complet de soins ostéopathiques»⁵. Peut-être pourrions-nous décider après suffisamment de recherches cliniques de haute qualité qu'elle a même de cette manière une valeur ajoutée à offrir.

En raison du fait que ces recherches viennent seulement de commencer, il faudra encore un certain temps avant de pouvoir en récolter les résultats et l'on se félicitera peut-être, tous les commentaires à l'esprit, que l'analyse des données cliniques du KCE fut menée dans un plus large cadre.

Dans tous les cas, nous ne devons et nous ne pouvons pas nous cacher derrière l'argument *tu quoque* que la médecine conventionnelle aussi, n'est fondée que sur 10-20% de preuves. Cette estimation qui fut présentée au monde en 1979 par le Dr White dans un rapport officiel du Congrès américain et qui en 1983, en l'absence de contre-arguments, fut répétée dans un 2^{ème} rapport officiel, est désormais totalement dépassée. Dans un article de 2000⁶, nous pouvons lire que, pour une moyenne de 37,02%, les interventions en médecine sont soutenues par des *Randomized Clinical Trials RCT* (Essais Cliniques Randomisés ECR) et qu'une moyenne de 76% des interventions est soutenue par l'une ou l'autre forme de preuve convaincante. On peut supposer que ces chiffres après plus de dix années de recherche sont encore plus élevés⁷. D'un autre côté on pourrait aussi dire que, s'il apparaît que les patients consultent principalement un ostéopathe pour des problèmes musculo-squelettiques (principalement pour des problèmes de dos et de nuque)⁸ et que nous pouvons justement pour cela fournir une preuve raisonnable, on peut alors être comptés parmi les meilleurs élèves de la classe des soins de santé.

Quand on conclut dans le Rapport KCE que l'ostéopathie est efficace pour les douleurs lombaires et cervicales, et quand il est même dit que les interventions manuelles sont meilleures que l'approche classique du généraliste et qu'en plus la recherche montre que l'ostéopathie est moins associée à des effets secondaires et qu'elle peut être rentable, alors on doit également procéder au remboursement de l'ostéopathie par l'assurance maladie

⁵ <http://www.corpp.org/research>

⁶ Imrie R., Ramey D.W., The evidence for evidence-based medicine, *Complementary Therapies in Medicine*, 2000, 8: 123-126

⁷ D'un autre côté, il n'y a plus d'argument ad hominem quand dans une étude de De Huisarts (n 490, 5 Janvier 2000, 4) seulement un cinquième des généralistes conventionnels considèrent que toute thérapie doit être "evidence based" et qu'à peine 10% des médecins déclarent ne jamais prescrire des médicaments qui selon eux sont superflus.

⁸ Il y a environ 65% de plaintes pour des douleurs vertébrales rapportées dans le projet SDC au Royaume-Uni et un pourcentage presque similaire dans le Rapport KCE.

http://www.osteopathy.org.uk/uploads/standardised_data_collection_finalreport_24062010.pdf

obligatoire. Mieux encore, l'ostéopathie doit être le premier choix dans le traitement de ces plaintes (voir également les Guidelines NICE⁹)!

Avec les moyens financiers qui pourraient être libérés en ne devant prévoir aucun remboursement pour le reste des 62,98% (sur le montant susmentionné de 37,02%) des interventions qui en médecine conventionnelle ne sont pas prises en charge par des RCT (ECR), nous pourrions largement prévoir le remboursement de nos patients pour les interventions ostéopathiques qui sont scientifiquement fondées. Il y aurait certainement encore de l'argent pour créer une faculté d'ostéopathie avec suffisamment de fonds pour financer la recherche ostéopathique requise.

En ce qui concerne les «effets secondaires» possibles de l'ostéopathie, nous serons très brefs. Apparemment, il y a, selon le Rapport KCE, trop peu de chiffres pour pouvoir tirer de conclusion fondée et pourtant une conclusion est avancée. Elle fut divulguée au public par les médias avec le sens du drame nécessaire : «Il existe un risque de complications graves et même mortelles, en particulier dans les manipulations cervicales». Cependant les chercheurs n'ont pas pu retrouver combien de fois ces incidents graves se sont produits.

La recherche fondamentale^{10,11} a montré que la charge mécanique durant ces manipulations cervicales ne peut pas être tenue pour responsable de ces complications graves et la recherche clinique^{12,13} montre que les risques sérieux dont il est question sont extrêmement rares. Si rares qu'il semble presque impossible d'en faire une étude prospective¹⁴. Il faut noter aussi que les études qui relatent ces complications graves sont principalement des études rétrospectives de case-control et case-review, qui conduisent souvent à des conclusions non univoques. Ce type d'étude ne permet pas de se prononcer sur une éventuelle relation de causalité entre la manipulation cervicale et la survenue d'un AVC ou d'une dissection artérielle cervicale¹⁵. Une étude (exceptionnellement, une étude prospective) montre que les avantages d'une intervention par manipulation sur des patients souffrant de douleurs cervicales, surmontent les risques¹⁶. En plus, il n'y a, à notre connaissance, aucune étude qui ne prend en compte que des ostéopathes dans cette problématique.

Le thème «**expertise clinique**» : Le Rapport KCE indique qu'il n'y a «aucun argument scientifique pour donner aux praticiens de l'ostéopathie qui ne sont pas des médecins plus de compétences en termes de diagnostic et de travail hors prescription qu'aux kinésithérapeutes». Quels «arguments scientifiques» pourraient être pris en considération ? Nous croyons que les décisions concernant le diagnostic et la prescription devraient plutôt être argumentées en se basant sur les compétences des ostéopathes. Il convient donc de veiller à ce que les ostéopathes soient formés à certaines compétences et ce sont ces compétences qui doivent permettre à l'ostéopathe d'établir un diagnostic et à ne pas dépendre d'une prescription. La

⁹ <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG88fullguideline.pdf>

¹⁰ Klein P., Broers C., Feipel V., Salvia P., Van Geyt B., Dugailly P.M. Global 3D head-trunk kinematics during cervical spine manipulation at different levels, *Clin Biomech.* 2003; 18(9): 827-31

¹¹ Wuest S, Symons B, Leonard T, Herzog W., Preliminary report: biomechanics of vertebral artery segments C1-C6 during cervical spinal manipulation, *J Manipulative Physiol Ther.* 2010; 33(4): 273-8

¹² Carlesso L., Gross A., Santaguida P., Burnie S., Voth S., Sadi J. Adverse events associated with the use of cervical manipulation and mobilization for the treatment of neck pain in adults: A systematic review. *Manual Therapy*, 2010; 15 (5): 434-444.

¹³ Carnes D., Mars T., Mullinger B., Froud R., & Underwood M. Adverse events and manual therapy: A systematic review. *Manual Therapy*, 2010; 15 (4): 355-363

¹⁴ Morichetti J, Meslé R. Risques liés aux manipulations du rachis cervical: Revue de littérature, *ApoStill*, 2009; 20: 13-29

¹⁵ Vogel S. Adverse events and treatment reactions in osteopathy, *IJOM*, 2010; 13:83-84

¹⁶ Rubinstein S.M., Leboeuf-Yde C., Knol D.L., de Koekkoek T.E., Pfeifle C.E., van Tulder M.W. The benefits outweigh the risks for patients undergoing chiropractic care for neck pain: a prospective, multicenter, cohort study, *J Manipulative Physiol. Ther.*, 2007; 30: 408-18

science¹⁷ est le moyen sur lequel la connaissance, les aptitudes et les attitudes se construisent pour devenir les bases de la compétence¹⁸. Elle forme le cadre et elle fournit sans doute ainsi le fondement pour la réalisation de ces compétences.

Si nous consultons maintenant le Profil de Compétences Professionnelles en Ostéopathie¹⁹ (PCP), tout au moins le PCP du GNRPO asbl, alors il est évident que les conclusions et recommandations connexes du KCE sur «le diagnostic et la prescription» ne sont pas tenables. La profession d'ostéopathe est ouvertement partie prenante pour cet encadrement scientifique qui ne peut être offert que dans le giron d'une université²⁰.

En ce qui concerne les «valeurs du patient», c'est notre profession qui y répond le mieux. Du moins, si nous donnons une large interprétation à cette donnée (le choix des soins du patient, les données sociologiques telles que: la fréquence des visites chez l'ostéopathe et la satisfaction des patients).

Alors que dans une enquête Test Santé²¹ 2007, 4,8% des Belges ont consulté un ostéopathe, et qu'une augmentation des visites de 182% a été enregistrée de 1999 à 2007, nous sommes, selon l'Enquête nationale sur la santé²² de 2008, déjà à 6,4%. L'ostéopathie passe en premier au-dessus de l'homéopathie dans les médecines non conventionnelles. Selon les chiffres de l'Union des Mutualités Chrétiennes, le nombre total des prestations ostéopathiques pour l'année 2008 est estimé à environ 1.200.000²³.

En 2009, selon le Rapport KCE, 7% de la population belge a consulté un ostéopathe et on peut déduire de cette étude que dans les 10 ans à venir 3.000.000 de Belges seront traités (au-dessus des 7%) par un ostéopathe et rien ne laisse supposer que le taux de satisfaction diminuera²⁴.

En ce qui concerne le degré de satisfaction des consommateurs, il est frappant de constater que dans tous les domaines, l'ostéopathie atteint les plus hauts scores possibles par rapport aux autres médecines, y compris la médecine conventionnelle (médecins généralistes et spécialistes). Bien que Sermeus et Delterne²⁵ s'expriment avec la réserve nécessaire sur l'efficacité d'une médecine, nous ne pouvons pas ignorer les chiffres, où l'ostéopathie détient un record de satisfaction de 77% sur les résultats du traitement.

Le degré de satisfaction de 9 sur 10 du Rapport KCE ne relève pas non plus de l'imagination. Ce score vaut, entre autres, pour la grande confiance des patients dans leur ostéopathe (89%) et la satisfaction des soins donnés (88%).

La pertinence sociale est claire comme de l'eau de roche.

¹⁷ La «science» dont il est question ici, ne se limite pas à l' "evidence" en ostéopathie sur laquelle le KCE s'est concentré, spécialement celle de la recherche clinique, mais elle est aussi en relation avec tous les domaines possibles du programme d'études ostéopathiques. Ainsi, chaque domaine doit s'acquitter de sa responsabilité (par exemple, la biophysique, la pathologie, l'anatomie, ...). Là encore il existe des preuves à trouver pour soutenir la médecine ostéopathique.

¹⁸ La compétence comme le comportement qu'on attend de l'ostéopathe pour pouvoir exercer son rôle dans les soins de santé de 1^{ère} ligne.

¹⁹ **van Dun P.L.S.** (red.) 2010, Beroepscompetentieprofiel Osteopathie, Brussel: Groepering Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten vzw (GNRPO vzw)

²⁰ Etats Généraux de l'Ostéopathie, 26.10.2007, GNRPO asbl, Bruxelles

²¹ **Delterne E., Sermeus G.** *Enquête: alternatieve geneeswijzen*, Test Gezondheid, nr. 81 oktober/november, 2007

²² **Hesse E.** *Gezondheidsenquête, België, 2008*, Contacten met beoefenaars van niet-conventionele geneeswijzen, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

²³ Ibid.

²⁴ Ibid.

²⁵ Ibid.

En résumé, nous pouvons nous demander à quel point l'ostéopathie devrait être répandue pour convaincre les décideurs que sa pertinence sociale est incontestable et exige des mesures²⁶? Que doit-il encore se passer pour convaincre une université côtière flamande qu'il est de son devoir de faire face à une réalité sociale, du reste pas entièrement dénuée d'évidence et qui utilise les mêmes bases scientifiques que la médecine conventionnelle, et qu'elle doit développer une solide formation avec les installations nécessaires pour la recherche afin de pouvoir répondre à l'expertise clinique demandée? En particulier, quelle taille devrait atteindre notre « body of evidence » pour avoir suffisamment de poids pour pouvoir soutenir les réponses aux deux questions précédentes? Encore plus fondamental: Qu'en est-il du droit fondamental à la liberté idéologique (pluralisme²⁷)? Qu'en est-il des principes de l'égalité et de la tolérance²⁸?

Tout comme le patient a le droit de savoir qui est «médecin» et qui exerce une telle médecine, il a aussi le droit de savoir qui est «ostéopathe» et qui exerce l'ostéopathie.

La stratégie pour la recherche de solutions durables, devrait plutôt être inspirée par le devoir des responsables politiques et des autorités compétentes, pour conseiller le patient (lire plutôt ici «protéger»²⁹) dans leur libre choix de soins médicaux³⁰. Lorsque le patient a fait un choix conscient pour des soins ostéopathiques, il est du devoir moral des décideurs politiques d'assurer un environnement sûr et donc une formation devrait être prévue qui permette à l'ostéopathe de donner les meilleurs soins. Actuellement il ne manque que la volonté politique pour procéder à la régularisation appropriée.

A l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), il y a cette volonté de régularisation depuis plusieurs années et elle est même inscrite dans leur plan stratégique. Comme M. Minelli, représentant de l'OMS, a encore déclaré le 6 avril à Florence, lors du «Congrès International de Médecine Ostéopathique», l'OMS en tant qu'organisation n'est pas promoteur de la médecine conventionnelle. Il s'agit ici de «santé» et les intentions de l'OMS sont claires et limpides: «intégrer la médecine traditionnelle / médecine complémentaire et alternative (TM / CAM) dans le système de santé des États membres»³¹. En fait, c'était déjà l'une des quatre priorités de l'OMS dans leur stratégie TM /CAM de 2002-2005. Ensuite la résolution WHA62.13, de l'OMS en 2009, encourage les états membres à veiller à la création des institutions pour la qualification, l'accréditation et l'octroi de licences pour les praticiens des TC / CAM³².

²⁶ D'autant plus, quel est ce pouvoir *mythique*, dont la politique et surtout le corps médical devrait prétendument disposer, pour refuser à la profession d'ostéopathes en demande de *logos*, une réglementation appropriée et les éliminer ainsi des soins de santé (de 1^{ère} ligne)

²⁷ «Le fait que les experts sont souvent en désaccord sur les «preuves» disponibles exprime sans doute déjà le fait que la science (médicale) est plus pluraliste que ce qu'il est mis en avant dans les conceptions de l'EBM - qui au fond semble être des conceptions de *consent based medicine*, avec des implications politiques paraissant parfois très utilitaristes. Cette objection scientifique rend précisément les progrès scientifiques possible». In **Raes K**, *Controversiële rechtsfiguren: rechtfilosofische excursies over de relaties tussen ethiek en recht*, Academia Press, 2001, p. 102

²⁸ La seule façon de museler cette liberté et ces principes et qui oblige le gouvernement à prendre des mesures («d'interdiction» ou pour ne pas jeter le bébé avec l'eau du bain, plus subtilement encore : «une prescription»), est de s'assurer qu'on puisse raconter que l'ostéopathie est dangereuse.

²⁹ .. Dans nos sociétés à risque les citoyens attendent que leur gouvernement protège toujours leur «right to safety» en plus de leur «right to security». Ibid

Dans ce contexte, il faut aussi voir un diplôme en ostéopathie et des organismes, comme un Ordre des Ostéopathes, un système de formation continue, etc.

³⁰ L'arrêté royal du 22.08.2002 relatif à la protection des patients garantit la liberté de choix et l'AR se réfère également aux prestataires de soins non conventionnels (art 2 § 3).

³¹ **WHO**: Benchmarks for training in osteopathy, 2010,
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599665_eng.pdf

³² Ibid.

Nous prenons nos responsabilités en tant que groupe professionnel pour faire de notre ostéopathie une *evidence-informed practice* (« pratique informée par les données probantes»), qui conduit à des soins personnalisés du patient et qui ne risque pas de s'enliser dans une réglementation limitant les soins, raison pour laquelle on abuse très souvent de l'EBM. Malgré le fait que la loi Colla, pour des raisons procédurales et organisationnelles, ait peu de chances de succès³³, il y a toujours ce peu de volonté politique nécessaire pour pouvoir faire un pas essentiel vers une solution durable pour tous (consommateurs et ostéopathes), et sous quelle forme (lire ici « loi ») aussi. Cette «volonté» nécessaire s'applique également au volet académique de notre histoire et malgré le fait que le discours mené devrait être d'un tout autre ordre, on devra quand même s'accorder à la fin du voyage.

Dans tous les cas, l'ostéopathie est un fait avéré, il y a des ostéopathes, et on peut difficilement nous faire disparaître d'un coup de baguette.

Patrick van Dun, DO



³³Raes K, *Controversiële rechtsfiguren: rechtfilosofische excursies over de relaties tussen ethiek en recht*, Academia Press, 2001, p. 109

