



afo

Association Française d'Ostéopathie

2

0

0

3

Contribution

Contribution de
l'Association Française
d'Ostéopathie

aux rencontres ministérielles

concernant

l'élaboration des décrets de la

Loi 2002-303

Contribution du 9 septembre 2003

Statut International de l'Ostéopathie

I. <u>Préambule</u>	3
II. <u>Evaluation des candidatures pour l'admission à l'AFO</u>	4
III. <u>Processus d'évaluation professionnelle proposé par le CNOF</u>	5
IV. <u>Présentation des diverses organisations représentatives</u>	6
V. <u>Etudes de cas pour les pays Européens et divers autres</u>	19
1) <u>Allemagne</u>	33
2) <u>Angleterre</u>	34
3) <u>Autriche</u>	35
4) <u>Belgique</u>	36
5) <u>Danemark</u>	42
6) <u>Espagne</u>	43
7) <u>Finlande</u>	44
8) <u>Grece</u>	45
9) <u>Hollande</u>	46
10) <u>Irlande</u>	47
11) <u>Islande</u>	48
12) <u>Italie</u>	49
13) <u>Luxembourg</u>	56
14) <u>Portugal</u>	57
15) <u>Norvege</u>	58
16) <u>Suède</u>	59
17) <u>Suisse</u>	60
18) <u>Nouvelle Zélande</u>	66
VI. <u>Annexes</u>	67
1. <u>Textes de lois</u>	67
A <u>Suisse</u>	
1 <u>Geneve</u>	68
2 <u>Fribourg</u>	92
3 <u>Fribourg (suite)</u>	108
B <u>Nouvelle Zélande</u>	139
C <u>Allemagne</u>	147
D <u>Angleterre</u>	155
E <u>Belgique</u>	195
F <u>Italie</u>	302
G <u>Luxembourg</u>	327
2. <u>Définitions de l'ostéopathie et de la chiropratique</u>	331
3. <u>Rapport du professeur Philippe Vautravers</u>	333
4. <u>Recommandations de la SOFMMOO</u>	339
5. <u>De l'innocuité des manipulations chiropratiques</u>	342
6. <u>Qu'est-ce que la médecine traditionnelle ?</u>	345

Les pères fondateurs de l'OMS ont fort sagement défini la santé comme :

« un état de complet bien-être physique, mental et social ».

I Préambule



Les diverses informations fournies par les sites ostéopathiques doivent être interprétées avec prudence.

Les ostéopathes confondent souvent désirs et réalités.

Ainsi l'ostéopathie a virtuellement un statut officiel dans de nombreux pays.

Ce fût le cas notamment, entre autre, de la Nouvelle Zélande d'où provinrent de nombreux diplômes alors qu'il n'existait aucune formation dans ce pays.

D'autres ostéopathes font partie d'associations internationales qui n'ont d'existence que pour leurs fondateurs.

C'est pourquoi les associations socio professionnelles ont un rôle primordial de vérification des cursus et diplômes de leurs membres.

C'est le cas de la plupart des organisations représentatives reconnues à la suite de l'enquête diligentée par le ministère de la santé.

Ainsi les Associations AFC, AFO, OdF et SFDO n'acceptent que des adhérents ayant un DO, DI U(O) ou DC sanctionnant un cursus valide et connu.

Pour l'AFC, les membres sont issus principalement de la seule école française, et tous les autres membres ont l'accréditation européenne ou internationale, la vérification s'en trouve facilitée.

Pour l'AFO, les membres sont issus uniquement de deux écoles, là aussi, la vérification s'en trouve facilitée.

Pour l'OdF, les membres sont tous titulaires du doctorat en médecine, et d'un DI U(O) ou d'une capacité en ostéopathie, là aussi, la vérification s'en trouve facilitée.

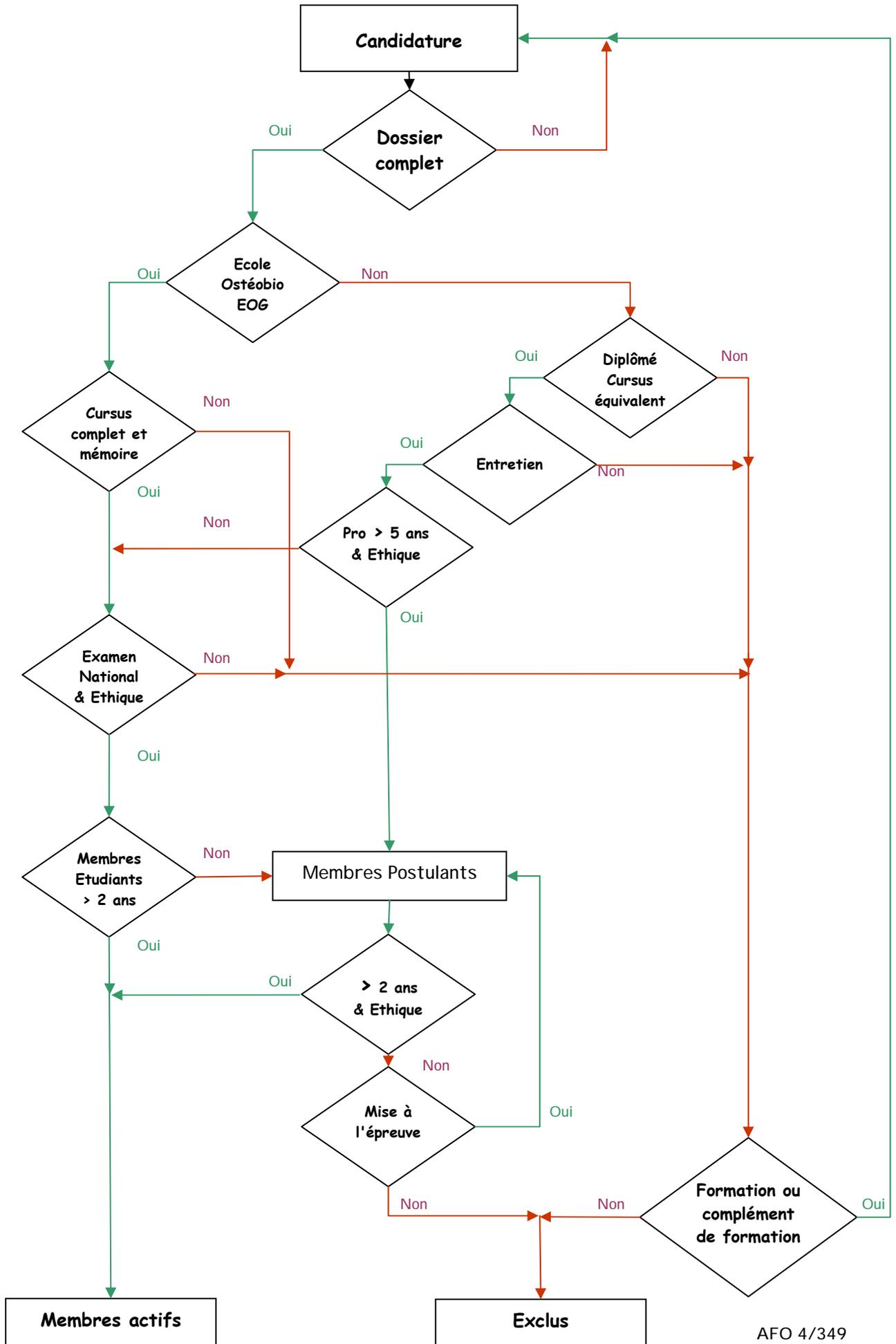
Pour le SFDO, les membres sont issus d'environ 29 écoles. La majeure partie des membres est issue d'écoles dont le cursus est conforme au standard européen. Le SFDO s'impose une vérification en raison du nombre élevé d'écoles.

Alors que pour l'UFOF, les critères d'adhésion ont évolué pour favoriser le nombre d'adhérents. La diversité des provenances imposera donc une vérification de la validité des cursus et des diplômes.

Ainsi que pour le SNOF qui se différencie des autres organisations représentatives par le fait qu'il s'est toujours refusé de valider une quelconque formation d'ostéopathe délivrée par des écoles privées. La diversité des provenances et des cursus imposera donc également la même vérification.

Il est à noter que seuls l'AFO et le SFDO proposent et appliquent pour leurs membres une vérification de cursus lors des demandes d'admission (cf. §II et §III).

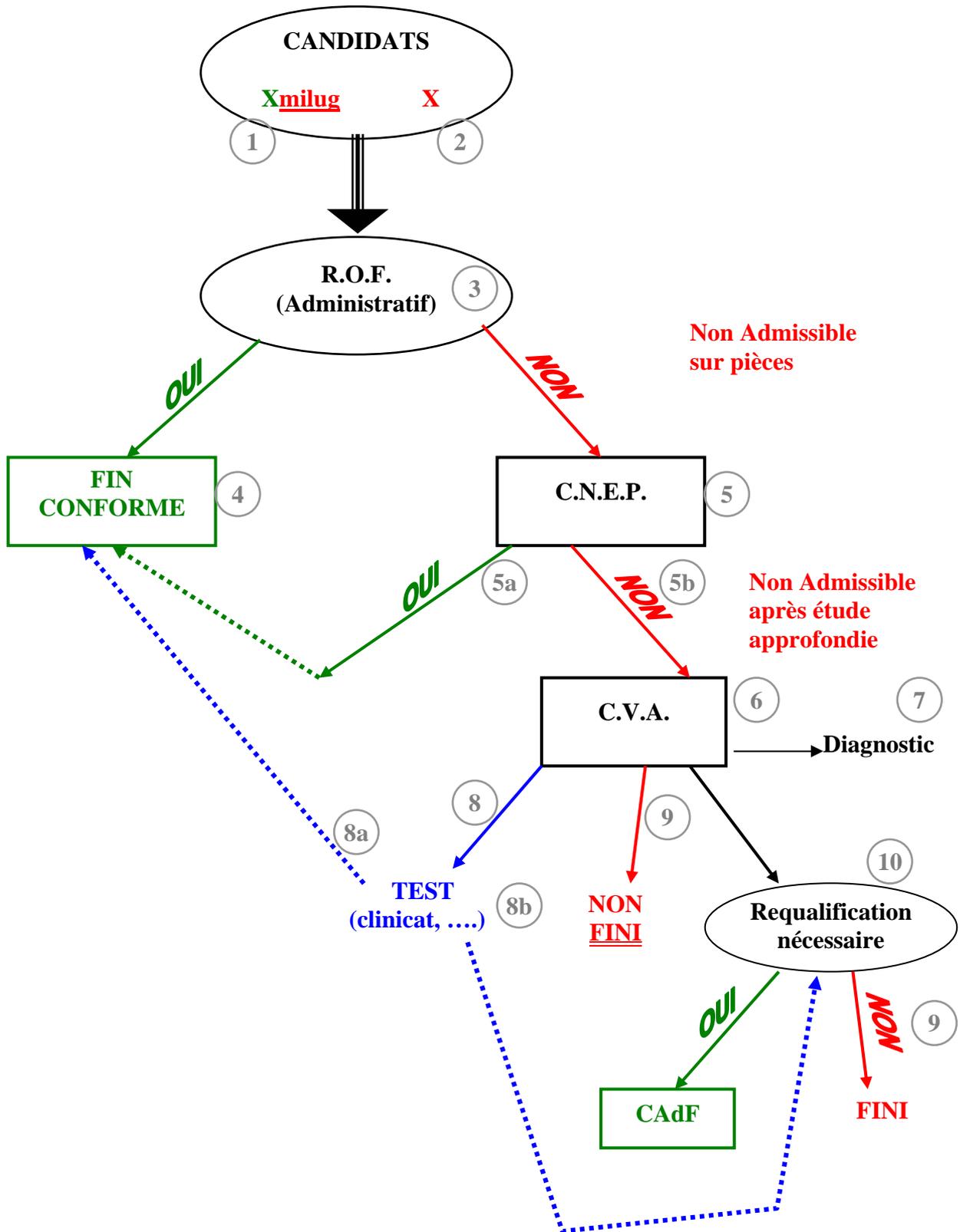
II Evaluation des candidatures pour l'admission à l'AFO



III Processus d'évaluation professionnelle proposé par le CNOF



X : Admissibles
X : OSP



IV Présentation des diverses organisations représentatives.



AFC

L'AFC (ANFC jusqu'en 1996) est la seule association représentative des chiropraticiens depuis 1983.

Tous les chiropraticiens de l'AFC sont titulaires d'un diplôme de DOCTOR OF CHIROPRACTIC (D.C.) obtenu dans des écoles accréditées par le « Chiropractic Council on Education » (CCE) (Centre mondial de supervision de la qualité des études de Chiro) et l'« European Chiropractic Council on Education » pour l'Europe (ECCE), qui a un accord de réciprocité avec le CCE.

L'AFC est validée au niveau international et suit l'autorité et les règles internationales. Elle comporte 240 membres mais entend représenter les 440 professionnels recensés en France. Il y a seulement 3 kinésithérapeutes chiropraticiens exerçant la double activité, tous les autres sont sous la référence 851H et ne pratiquent que la chiropratique.

Pour les membres hors association, le chiffre n'est pas connu, et les origines, ainsi que les conditions d'exercice sont à vérifier. Sur les 440 DC, seulement 340 sont enregistrés volontairement sur le registre de la profession (les diplômes étant vérifiés), sachant que sur les 100 restant, l'AFC peut confirmer leurs études et diplômes.

C'est une profession de 1^{er} contact de fait en France et de droit dans de nombreux pays. C'est la 3^{ème} profession de santé dans le monde et la 1^{ère} en manipulation vertébrale.

Les chiropraticiens sont issus d'une formation Bac + 5000 H. Leur formation leur confère une compétence en radiologie et ils peuvent dans certains pays avoir leur propre matériel radiologique (USA/Canada/Mexique...).

La licence d'exercice est revalidée annuellement après une formation permanente obligatoire et déjà effective. La licence est soumise à un droit annuel aux USA/Canada. Une mise en place d'un système proche à l'américaine est en cours pour ce qui est de l'Europe (ECU).

L'accréditation internationale des collèges est annuelle par auto évaluation. La vérification des collèges par le CCE ou l'ECCE est obligatoire tous les 3 ans.

Objectifs :

- Etre inscrits au Livre 1
- Etre une profession de 1^{ère} intention comme ils l'exercent aujourd'hui
- Suivre les règles internationales
- Pas de pré requis pour les études
- Mises en place de passerelle
 - les kinés entrent en 2^{ème} année
 - les médecins valident les 2 dernières années d'études et les cours de chiropratique des années précédentes.
- Etudes dans les collèges accrédités et installation soumise à une autorisation.

Définition :

La Chiropratique est une profession qui a pour objet le recouvrement et le maintien de la **santé** humaine, ainsi que le diagnostic, le traitement, et la prévention de ses déficiences en concentrant son intervention sur l'intégrité du **système nerveux**, en relation avec tous les autres systèmes du corps humain, sains ou malades, en portant une attention particulière à la colonne vertébrale.

Contacts :

- Pas de site dédié à l'AFC, mais plusieurs sites autonomes apportent leur contribution à la chiropratique, sa défense et sa promotion. L'annuaire des membres est accessible aux internautes.

www.chiropratique.org

www.vertebre.com

www.ifec.net

Président	M. Mathieu Gontard	67210 OBERNAI
Secrétaire	M. Bruno Coffre	94210 LA VARENNE St HILAIRE
Contact	Philippe Fleuriau	
	19 rue du Havre	
	14000 CAEN	
	Tel : 02 31 86 21 72	
	Fax : 02 31 85 10 88	
	e-mail : fleuriaudc@free.fr	



L'AFO, née avec l'Association Ostéopathe Internationale en 1963, est la plus ancienne des associations socio professionnelles.

Une des spécificités de l'AFO est l'homogénéité de l'ensemble de ses membres qui sont tous diplômés des centres d'enseignement issus du même Collège Européen d'Ostéopathie créé en 1963 à Genève.

En effet, les adhérents de l'**AFO** sont issus depuis 1963 du CEO et des collèges et écoles qui en ont découlés :

- **1973** : **CEE**, Collège Européen d'Étiopathie actuellement **École d'Ostéopathie de Genève**
- 1976 : FLME, Faculté Libre de Médecine Etiopathique, actuellement Faculté d'Étiopathie (Paris, Marseille, Rennes et Toulouse) (**Rupture des relations depuis 1982**)
- **1988** : **ESE**, École Supérieure d'Étiopathie Celmev, actuellement **OstéoBio** (Paris-Cachan)

Les deux centres actuellement agréés par l'AFO, « l'École d'Ostéopathie de Genève » et « OstéoBio » de Cachan, sont complémentaires et délivrent en finalité le même enseignement. Le premier s'adresse essentiellement aux professionnels de santé : médecin, kinésithérapeute, sage-femme, infirmier, ainsi qu'à quelques non professionnels possédant des diplômes équivalents et offre une formation à temps partiel ou formation alternée.

Le second s'adresse essentiellement aux étudiants bacheliers et offre un enseignement à temps plein ou formation initiale.

Malgré la diversité de recrutement : professionnels de santé, et étudiants bac ou bac + 2 :

- ils reçoivent la même formation sur 6 années
- ils exercent dans les mêmes conditions
- ils ont les mêmes débouchés

L'A.F.O. compte à ce jour 540 adhérents répartis comme suit :

Etudiants	110
Membres actifs	345 Ostéopathes 851H
Membres postulants	85 membres 851G

L'A.F.O. soumet à l'examen national du DO, les étudiants issus de l'EOG et/ou d'OstéoBio, après vérification des cursus et diplômes de ces derniers.

Définitions :

Définition de l'Encyclopédie Universalis

L'ostéopathie est une médecine naturelle qui tend à donner à l'homme la pleine possession de son potentiel physiologique et psychologique.

Elle se sert d'une technique thérapeutique qui vise à réharmoniser les rapports de mobilité et de fluctuation des structures anatomiques au moyen d'ajustements précis.

Définition Suisse extraite du rapport de la CIREO

La médecine ostéopathe englobe toutes les techniques de diagnostics et de thérapeutiques visant à la découverte, à la correction et à la prévention des lésions ostéopathiques.

La lésion ostéopathe (dysfonction) est une modification de structure qui assure sa propre continuité dans le temps et qui est réversible en cas de traitement approprié.

Objectifs :

- ❖ Profession de 1^{ère} intention
- ❖ Référentiel de pratique et d'installation
- ❖ Référentiel de formation

- ❖ Passerelles inter professionnelles
- ❖ Gestion du stock
- ❖ Gestion du stock des étudiants

Moyens :

Les objectifs, moyens et stratégie doivent tenir compte des deux professions concernées Chiropractie et Ostéopathie.

Pas de prérogatives d'une organisation sur les autres.

Mais il est indispensable que l'ensemble des organisations ait les plus larges bases communes :

- Un référentiel d'enseignement comportant environ 2500 H de médecine et 2500 H d'ostéopathie fait partie de ces bases.
- Le certificat de fin d'études des écoles conformes à ce référentiel est indispensable.
- Le diplôme d'ostéopathie délivré, après la réussite à un examen de type clinique, aux candidats ayant soutenu leur mémoire et en possession de leur certificat de fin d'études, est incontournable.
- L'installation en tant qu'ostéopathe exclusif est également nécessaire.

Conditions actuellement obligatoires d'exercice des affiliés à l'AFO :

- être en possession du DO et être issu d'un des organismes reconnus par l'AFO
- être régulièrement inscrit
- exercer et être déclaré en tant que profession libérale d'Ostéopathe
- ne plus être inscrit sur les listes administratives de son ancien exercice
- remplir ses obligations déclaratives auprès des administrations (Impôts, Urssaf, etc...)
- souscrire une assurance Responsabilité Civile Professionnelle
- affichage clair de l'activité d'Ostéopathe et du montant des honoraires
- non remboursement des honoraires par les organismes sociaux

C'est-à-dire :

Pratique en ostéopathie exclusive, sous le code actuel 851H, dans l'attente d'un code spécifique, et être à jour de ses obligations.

Contacts :

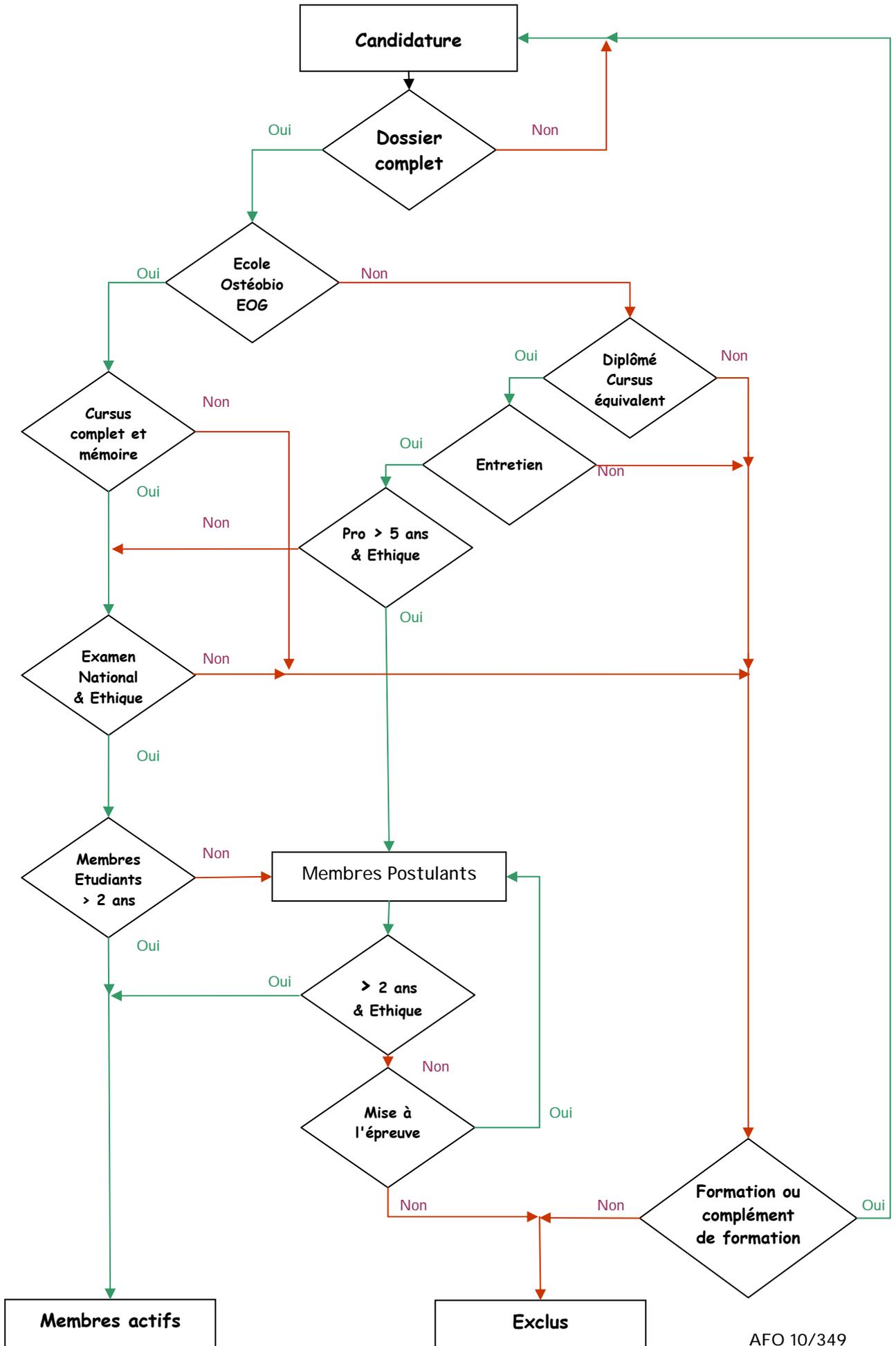
Un site dédié à l'association www.afosteo.org, à ses buts et objectifs ainsi qu'à l'information sur l'ostéopathie, et les liens vers les autres organisations.

Le site www.union-osteo.org dédié au syndicat créé le 31 mai 2002 pour unir toutes les organisations d'ostéopathes exclusifs.

Les annuaires des membres sont accessibles aux internautes, et renvoient sur les annuaires des autres organisations.

Président	Michel SALA
Vice présidente	Lydie MER-SAGORIN
Trésorière	Anne-Marie ROUSSEL
Contact	Michel SALA
	7, rue d'Alger
	34000 Montpellier
	Tél : 04 67 58 36 93
	e-mail : sala_michel@yahoo.fr

Conditions d'admission à l'AFO et évaluation des candidatures





ODF

Il y a 3 courants chez les médecins ostéopathes :

- les médecins prêts à épouser le statut d'ostéopathe exclusif.
- les médecins qui désirent rester médecins et ostéopathes (une majorité des adhérents d'Ostéos de France ?).
- les médecins qui désirent rester médecins de médecine manuelle et prescripteurs.

Il existe plusieurs associations de médecins ostéopathes.

Le SMMOF (Dr Garcia) n'a pas déposé de dossier de représentativité à la DRASS

Le SOFMMOO (Dr Maigne) a, a priori, déposé un dossier de représentativité et n'a pas été pas retenu. Il serait pour une profession encadrée et sur prescription.

Le SNMO (Dr Leymarie) ou son école l'EFO a, a priori, déposé un dossier de représentativité et n'a pas été pas retenu. Il serait pour une profession d'ostéopathe indépendante et de 1^{ère} intention.

Ostéos de France depuis 1997 (année de la fusion de l'AOB (1986) et du SNMPPMO (1990)), ODF regroupe 640 membres (358 à jour de cotisation 2002), quasi exclusivement des médecins titulaires du DIU. Certains membres ont un DO ou une capacité en ostéopathie. Ostéos de France revendique le double statut de médecin-ostéopathe, l'ostéopathie étant une médecine à part entière.

ODF refuse la double appartenance kiné-ostéo.

Objectifs :

En dehors de la profession de 1^{ère} intention, aucune autre solution ne sera acceptée.

Le référentiel médecin ostéopathe qui est disponible sur le site www.femmo.org fait apparaître 160 à 300 H d'enseignement. Le contenu des études d'ostéopathie des médecins est bien inférieur aux normes européennes fixées à environ 1000 H.

Les membres de l'OdF sont toutefois attachés à l'obligation de la formation continue.

Contacts :

Un site dédié à l'association www.osteos.net, et divers liens vers la formation et l'information sur l'ostéopathie. L'annuaire des membres est accessible aux internautes.

Président	Dr Bruno Burel
Secrétaire	Dr Marc Baillergeat
Vice président	Dr Guy Dupiellet
Contact	Bruno Burel
	1, rue de l'Hôpital
	76000 ROUEN
	Tél. : 02 35 52 01 01
	Fax : 02 35 70 95 62
	e-mail : burel.b@wanadoo.fr



Depuis 1973, c'est une des plus anciennes associations d'ostéopathes. Les origines des adhérents sont liées à l'école de Maidstone.

Sur les 534 membres enregistrés de l'AFDO-SFDO, 389 exercent tous en conformité avec les critères de base que nous défendons tous :

- Coursus spécifique et de haut niveau d'environ 5000 H pour la formation initiale, et environ 2200 H pour la formation alternée.
- Titulaire d'un DO
- Pratique en ostéopathie exclusive, sous le code actuel 851H, dans l'attente d'un code spécifique, et à jour de leurs obligations.

Souhaits :

Le non-cumul doit être strict car il y a actuellement (pour le SFDO) environ 12000 praticiens se disant ostéopathes dans le paysage français.

Les praticiens hors association ou dans des associations n'imposant pas des critères d'adhésion et d'exercice devront être évalués, ce qui amène à créer une Commission d'Evaluation National Professionnelle.

Une commission d'évaluation est proposée par le CNOF, composé de l'AO, du ROF, SNESO, CAdF, et SFDO.

Par ailleurs, le SFDO souhaite que tous les établissements d'enseignement soient évalués sur leur respect du RPO®, ainsi que sur des réalités financières, juridiques, etc., afin de garantir leur pérennité.

Objectifs :

Création d'une rubrique d'ostéopathes dans le Livre I.

La gestion du stock n'est pas un problème pour le SFDO si les praticiens sont répertoriés et vérifiés sur leurs origine et conditions d'exercice.

Définitions :

L'ostéopathie est une profession de santé reconnue depuis mars 2002. Elle permet de diagnostiquer puis de traiter manuellement les pertes de mobilité des différentes structures qui constituent le corps humain. C'est une thérapeutique fondée sur la connaissance précise de l'anatomie, de la physiologie et des interactions entre chacun des grands systèmes du corps humain. Le Diagnostic Ostéopathique Spécifique (D.O.S) permet de mettre en évidence les dysfonctionnements entraînant une altération de l'équilibre de santé.

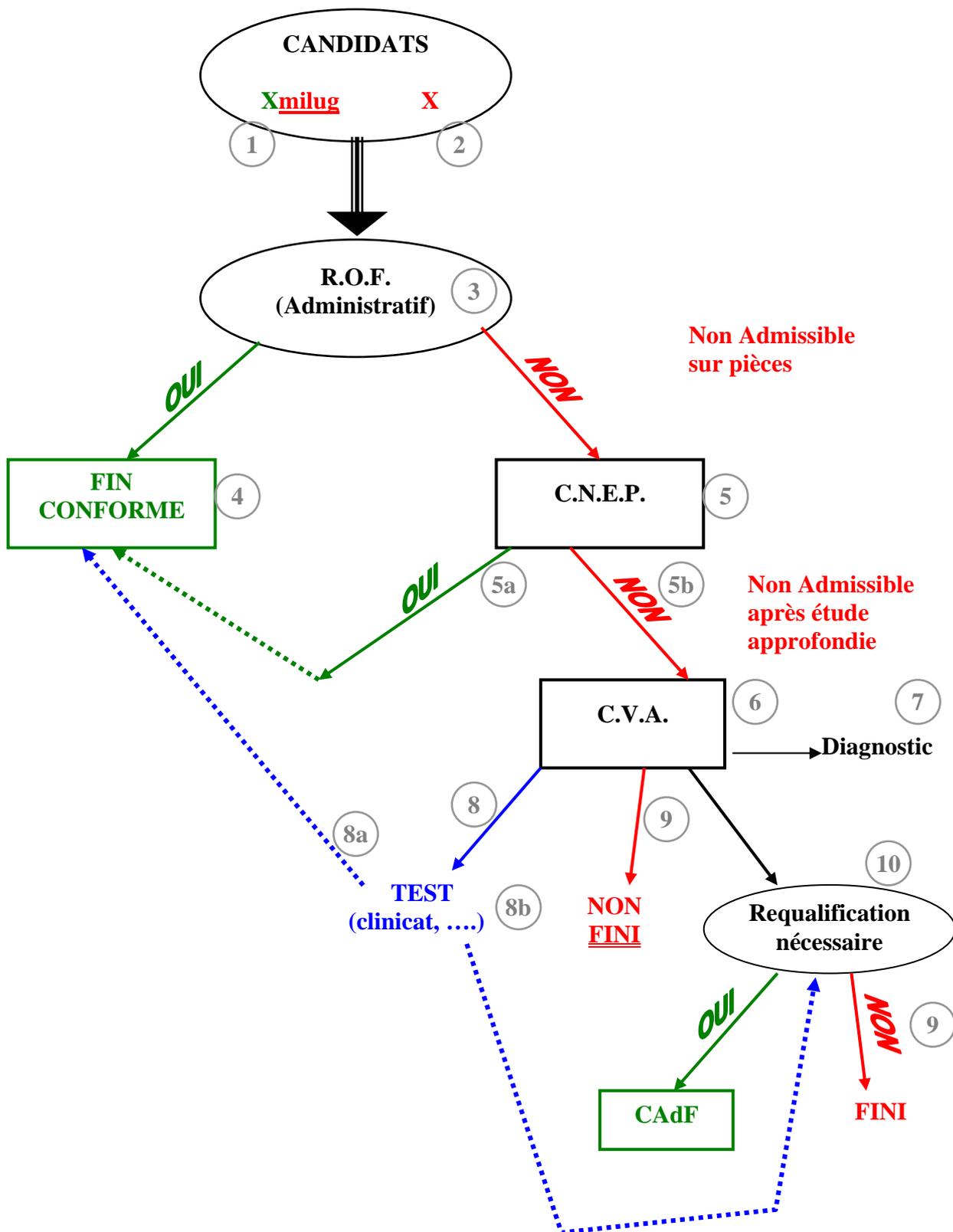
Définition d'Andrew Taylor Still (Avril 1896)

"Cela signifie peu de chose pour une personne qui ne comprend pas l'anatomie, qui n'a pas reçu une bonne formation dans nos cliniques pendant un ou deux ans, et selon la philosophie nécessaire à la connaissance de ce que veut dire Ostéopathie. Nul homme ou femme ne peut vous l'expliquer mieux qu'en disant qu'il s'agit d'un système d'agencement harmonieux de la machine humaine dans son ensemble, en gardant ouvertes toutes les communications avec le cerveau et en libérant tous les blocages dans la circulation du sang en provenance du coeur, ainsi que des autres fluides. Les systèmes sensitif, moteur et nutritif doivent tous travailler à l'unisson ; quand il est question de santé, il n'y a pas de plus ou moins, pas plus que le chiffre quatre ne peut être contenu deux fois dans le chiffre trois. Quand toutes les parties du corps sont dans leur état normal, vous avez la santé. "



X : Admissibles

X : OSP



Contacts :

Le site www.sfdo.info dédié à l'association, à ses buts et objectifs ainsi qu'à l'information sur l'ostéopathie, et les liens vers les autres organisations.

L'annuaire des membres est accessible aux internautes.

Président	Philippe STERLI NGOT
Vice président	David DARFEUI LLE
Trésorier	Jérôme NOURRY
Contact	Philippe STERLI NGOT

SFDO
9, bd du 1^{er} RAM
10000 Troyes

Tél : 03 25 73 76 55

e-mail : contact@sfdo.info

philippe.sterlingot@wanadoo.fr



SNOF

Le 26 mars 1997 a été créé un syndicat professionnel intitulé "Syndicat National des Kinésithérapeutes Ostéopathistes - SNKO" en vue de la création d'un diplôme d'Etat d'ostéopathie et d'une profession médicale autonome de praticiens à orientation exclusivement ostéopathique.

Suite à la reconnaissance de la profession d'ostéopathe par l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, le SNKO est devenu le "Syndicat National des Ostéopathes de France - SNOF".

Dès la reconnaissance de la profession d'ostéopathe par la loi du 4 mars 2002, les statuts du SNOF ont été modifiés et ce syndicat entend réunir les professionnels qui ont vocation à devenir ostéopathes au sens de cette loi.

Le SNOF qui regroupe à ce jour 620 membres a poursuivi deux missions :

- faire admettre, au regard des textes en vigueur, que l'acte d'ostéopathie ne relevait pas de la compétence exclusive des médecins,
- œuvrer pour la reconnaissance d'une profession d'ostéopathe indépendante.

Le SNOF se différencie des autres organisations représentatives par le fait qu'il s'est toujours refusé de valider une quelconque formation d'ostéopathe délivrée par des écoles privées.

Le SNOF revendique la création d'un diplôme d'ostéopathe d'un haut niveau ce qui implique bien évidemment **la nécessité d'une procédure d'évaluation qui devra s'imposer aux praticiens** qui exprimeront leur volonté de rentrer dans cette nouvelle profession d'ostéopathe.

Toutefois, le SNOF considère que ce n'est pas à lui d'apprécier si ses adhérents respectent ces règles d'équivalences qui ne sont d'ailleurs pas définies. Chaque praticien devra se poser la question de savoir si, éventuellement, il respectera ces règles et si, éventuellement, une formation complémentaire lui sera utile.

La publication de la loi du 4 mars 2002 a provoqué l'augmentation du nombre de personnes se qualifiant "ostéopathe" et a incité plus de patients à avoir recours à l'ostéopathie.

Toutefois, en l'absence de toute réglementation définie par les décrets d'application, ce développement de l'ostéopathie se déroule en l'absence de tout contrôle, ce qui ne peut être que contraire au principe de précaution et ne peut que ternir l'image de cette nouvelle profession.

Une telle situation pourrait entraîner la responsabilité des Pouvoirs Publics.

Ainsi, le SNOF se félicite que le gouvernement ait constitué ce groupe d'études et que les travaux de celui-ci soient limités dans le temps.

Le SNOF souhaite obtenir un accord avec les autres organisations représentatives afin que nous puissions adopter une position commune quant aux règles qui régissent cette nouvelle profession.

Cet accord peut être obtenu à partir des textes suivants :

- l'organisation de l'enseignement de l'ostéopathie qui est spécifique à cette profession et aboutit à un troisième cycle universitaire doit s'inspirer du référentiel proposé par le Registre des Ostéopathes de France,
- les 12 résolutions adoptées par les Etats Généraux de l'Ostéopathie le 19 septembre 2002,
- le projet de décret proposé par le S.N.O.F et transmis au Ministère de la Santé lors de la réunion du 10 avril 2003,
- la revendication de la création d'une profession de santé indépendante qui ne sera ni une profession médicale ni une profession paramédicale.

Le SNOF considère que le deuxième article de son projet de décret de compétence est particulièrement important.

Article 1 - L'ostéopathie consiste en une méthode de soins, qui, par des actions manuelles sur les tissus ligamentaires et musculaires ainsi que sur les structures osseuses et viscérales, a pour but de susciter ou faciliter une réaction naturelle susceptible de faire cesser les troubles ostéo articulaires, organiques ou fonctionnels constatés afin d'obtenir l'équilibre général du patient.

Article 2 - L'ostéopathe est habilité à réaliser l'ajustement manuel de toutes articulations à l'exclusion des manœuvres de force qui consistent à imprimer à l'articulation intéressée un mouvement allant au-delà de l'amplitude normale de l'articulation.

Article 3 - Dans l'exercice de son activité, l'ostéopathe établit un bilan clinique du patient, un diagnostic ostéopathique et choisit les actes et les techniques qui lui paraissent les plus appropriés.

Article 4 - L'ostéopathe a la faculté de solliciter tout examen susceptible de fournir des indications utiles pour orienter ou compléter le bilan clinique du patient.

Article 5 - L'ostéopathe n'est pas habilité à prescrire des produits médicamenteux, à l'exception des produits figurant sur une liste établie par arrêté ministériel.

Article 6 - Les praticiens munis à la fois du titre d'ostéopathe et de l'un des diplômes, certificats ou titres exigés pour l'exercice de la profession de médecins peuvent se faire inscrire, à leur choix, sur la liste des ostéopathes ou à l'ordre des médecins, le cumul des deux professions étant prohibé.

Les praticiens munis à la fois du titre d'ostéopathe et du diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute peuvent se faire inscrire, à leur choix, sur la liste des ostéopathes ou sur la liste des masseurs kinésithérapeutes, le cumul des deux professions étant prohibé.

Article 7 - L'ostéopathe doit obligatoirement souscrire un contrat d'assurance de responsabilité professionnelle

En effet, il convient de rappeler que l'arrêté du 6 janvier 1962 a toujours constitué un obstacle pour les praticiens en ostéopathie.

Dès lors, il convient, pour la dernière fois, d'écarter de l'ostéopathie la notion de manœuvres de force définie par l'Académie de Médecine lors de sa séance du 30 mai 1995 comme un mouvement allant au-delà de l'amplitude normale de l'articulation.

En notre qualité d'ostéopathe, il paraît évident qu'une telle manœuvre ne peut se concevoir dans le concept ostéopathique.

Ainsi, il nous paraît indispensable d'exclure une telle manœuvre de la pratique de l'ostéopathe ce qui nous permettra d'éviter que les dispositions de l'arrêté de 1962 soient un obstacle au développement de l'ostéopathie.

En conclusion, le S.N.O.F. aborde les discussions avec le gouvernement sans aucun a priori et réaffirme sa volonté d'instaurer une profession d'ostéopathe ayant un statut de profession de santé de première intention et sans cumul.

Contacts :

Un site dédié à l'association www.snof.fr, et à l'information sur l'ostéopathie.

L'annuaire des membres n'est pas accessible aux internautes.

Président	Jean-Louis Faraut
Vice président	Gilles Tache
Conseil	Me Eric Planchat
Contact	Jean-Louis Faraut

SNOF
Les Floralties 14, avenue Alfred de Vigny
06100 NICE
Tél. : 04 93 51 04 14
fax : 04 93 51 04 07
e-mail : info@snof.fr
jeanloupF3@aol.com
eplanchat@cimarosa.org

[ndl/AFO](#)

Le professeur De Sèze a défini la manipulation vertébrale à l'Académie de Médecine (séance du 27 octobre 1987) :

" La manipulation est un acte thérapeutique qui consiste à imprimer à une articulation vertébrale un mouvement qui, tout en respectant l'intégrité anatomique de l'articulation, dépasse l'amplitude du mouvement passif normal ".



L'Union Fédérale des Ostéopathes de France est une association de professionnels Ostéopathes, née en 1981, elle a pris sa forme actuelle en 1987.

L'UFOF annonce plus de 700 membres, alors qu'aux assemblées générales du 5 octobre 2002, 224 étaient présents sur les 372 membres de cette association. A l'issue des élections, c'est Gilles GERMAIN qui a été reconduit à la présidence.

En novembre 2002, ce dernier a été démis de ses fonctions, et depuis l'UFOF est sans présidence.

Les prochaines AG sont prévues pour le 17 octobre 2003.

Ses Buts :

Ouvrer pour la réglementation officielle de l'ostéopathie et des ostéopathes D.O.

Réunir toutes les personnes exerçant la profession d'ostéopathe D.O.

Intégrer les ostéopathes dans le monde de la santé par la création d'un statut spécifique et autonome.

Organiser la protection juridique et sociale des ostéopathes

Promouvoir la profession d'ostéopathe D.O.

Aider à l'installation des jeunes ostéopathes D.O.

Offrir une information au public sur l'ostéopathie.

Définition

L'ostéopathie est une méthode thérapeutique manuelle, qui s'emploie à déterminer et à traiter les restrictions de mobilité affectant les structures composant le corps humain. Selon son principe : toute perte de mobilité des articulations, des muscles, des ligaments ou des viscères peut provoquer un déséquilibre de l'état de santé.

L'ostéopathe exerce en s'appuyant sur une connaissance approfondie de l'anatomie et de la physiologie. Il considère l'individu dans son ensemble : tout à la fois art, science et technique, l'ostéopathie repose en effet sur un concept philosophique : " l'homme est un tout ".

Le praticien n'utilise que ses mains : il perçoit tensions et déséquilibres grâce à une palpation précise, minutieuse, exacte, qui est le fondement de l'ostéopathie. Grâce à cette qualité d'écoute, l'ostéopathie est une thérapie préventive et curative.

L'intervention de l'ostéopathe est toujours parfaitement dosée : c'est la recherche du geste minimum indispensable et bienfaisant.

Contacts :

Le site www.osteofrance.org dédié à l'association, à ses buts et objectifs ainsi qu'à l'information sur l'ostéopathie, et les liens vers les autres organisations.

L'annuaire des membres est accessible aux internautes.

Pour contacter l'UFOF :

Secrétariat

13, rue des Trois Capitaines

26400 - CREST

Tél : 04 75 25 79 04

Fax : 04 75 25 79 05

E-mail : ufof@osteofrance.org

Web : www.osteofrance.org



Historique

Pour les pays Européens, la prise en compte des médecines non conventionnelles ou alternatives ou complémentaires découle :

- ☞ Des travaux et publication effectués par l'OMS en 1983 (Santé pour tous en l'an 2000)
- ☞ Des propositions et actions de Mme le ministre Georgina DUFOIX en 1985, pour la France sur l'évaluation des médecines alternatives
- ☞ De la résolution n°75 du Parlement Européen du 29 mai 1997

C'est le 29 mai 1997 que le Parlement Européen adopte la Résolution sur le Statut des Médecines non-conventionnelles, présentée pour la première fois le 25 avril 1994.

Le Parlement Européen, adopte le 17 juin 1998 en Session Plénière un amendement à la position commune relative au cinquième programme-cadre de recherche concernant l'évaluation de l'efficacité des thérapies non-conventionnelles.

L'amendement adopté reprend l'intégralité de l'article 2 de la résolution sur le statut des médecines non-conventionnelles votée par le Parlement Européen le 29 mai 1997 (A4-0075/97), à savoir:

"L'évaluation de l'efficacité, de la sécurité et du champ d'application des thérapies non-conventionnelles en tenant compte de leur rôle préventif et des possibilités d'une approche individuelle et holistique de la santé".

- ☞ De la résolution n°1206 du Conseil d'Europe du 4 novembre 1999

La résolution 1206 du 4 novembre 1999 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe consacrée aux médecines non conventionnelles préconise une formation des médecins aux thérapies alternatives et complémentaires dans les facultés et invite les Etats membres à encourager la reconnaissance officielle de ces médecines dans les facultés et leur pratique dans les hôpitaux par des médecins de médecine classique ou des médecins ou thérapeutes de médecine non conventionnelle.

Position actuellement appliqué aux Pays-Bas par exemple et soutenue par le Prof. Walburger en Suisse.

- ☞ et enfin de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé » et son article 75 reconnaissant deux nouvelles professions de santé l'ostéopathie et la chiropractie.

- ☞ Ainsi que la loi n° 2002-1062 du 6 août 2002 portant amnistie, confirmant le sens de l'article 75 de la loi 2002-303 qui s'applique uniquement aux non médecins.

Constat

Sources OMS, Genève
Email: bagozzid@who.int



En Allemagne, aux Pays-Bas et en Suède, les hôpitaux de médecine anthroposophique font partie du service de santé publique.

En 1992 aux Etats-Unis, les autorités fédérales ont créé un bureau des médecines alternatives, chargé d'effectuer des recherches sur ces médecines, de vérifier les résultats, de les publier et de les diffuser. En 1997, il a été doté d'un budget de 12 milliards de \$.

Des universités de médecine naturelle ont été créées (Bastyr, Connecticut) et les plus grandes facultés de médecine américaines ont des cycles de médecines non conventionnelles (Harvard, Stanford, Georgetown).

Enfin des cliniques et hôpitaux publics pratiquent ces médecines (comté de Seattle, San Francisco et l'ensemble de la Californie). On recense chaque année une moyenne de 400 millions de consultations de médecine alternative.

En ce qui concerne les médecines traditionnelles, à l'issue du congrès international organisé à Pékin au printemps 2000 par l'OMS, où des délégations étaient chargées de présenter les médecines traditionnelles homologuées ou en cours d'homologation dans leur pays d'origine ... l'OMS se donne pour mission de favoriser les échanges scientifiques pour ces médecins dans tous les pays et surtout « *d'obtenir de ces pays que chaque citoyen ait le droit d'opter pour la médecine de son choix* ».

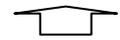
Ces rencontres ont permis à l'OMS qui l'a consigné dans ses rapports, de constater que dans les pays où les médecines traditionnelles et naturelles ont été homologuées, le budget médical est bien inférieur à celui des pays n'utilisant que la médecine chimique.



Position de l'AFO

- Objectifs
- Profession de 1^{ère} intention
- Passerelles inter professionnelles
- Gestion du stock
- Référentiel de formation
- Référentiel de pratique et d'installation
- Moyens et stratégie
- Annexes
 - Résolutions communes Etats Généraux et Plateforme d'Objectifs
 - Projet de décret de compétence (AFO-SNOF-UFOF)
 - Recherche - Evaluation et développement (AFO-OSTEOBIO)
 - CONCLUSIONS de la contribution AFO du 19 septembre 2002

Les objectifs, moyens et stratégie doivent tenir compte des deux professions concernées Chiropractie et Ostéopathie.



Objectifs

- Principal
Profession de 1^{ère} intention
- Secondaires car implicites
Référentiel de pratique et d'installation
Référentiel de formation

Profession de 1^{ère} intention



Situation de fait depuis les années 60 en France et actuelle de droit dans de nombreux pays.

Objectif commun de toutes les associations, et statut internationalement en place ou en devenir.

La France se doit d'avoir une législation phare.

Enseignement actuel :

Formation médicale suffisante,

Formation insistant sur les diagnostics différentiels,

Formation ayant conscience des limites de l'ostéopathie et de la nécessité de la collaboration interdisciplinaire.

Formation d'un niveau de troisième cycle universitaire.

Sécurité du patient :

Actuellement assurée (rapports médicaux et des assurances RCP ou générales),

Renforcée depuis l'existence des formations initiales en ostéopathie par un enseignement enrichi en matière médicale.

Prescription impossible par :

Médecin ostéopathe (implicitement pratiquant lui-même l'ostéopathie),

Médecin généraliste ou autre (absence de formation ostéopathique réelle en école de médecine).

Remboursement des mutuelles, dans cette situation de fait, depuis plusieurs années :

L'ostéopathie ne réclame pas le remboursement des soins par les organismes sociaux.

Les patients sont davantage responsabilisés.

L'économie pour la sécurité sociale est importante.

Le code de déontologie des ostéopathes est similaire au code médical.

Prophylaxie :

L'ostéopathie est avant tout une médecine de prévention,

L'économie pour la sécurité sociale est non négligeable,

L'économie pour le patient, son employeur et la société est très appréciable.

Le pourcentage de la population consultante en première intention est d'environ 30 % :

L'ostéopathe réoriente les consultants qui sont hors de son domaine de compétence.

La consultation de première intention en ostéopathie entraîne l'économie des prescriptions intermédiaires par les généralistes ou spécialistes pour des soins relevant de l'ostéopathie.

Là aussi, l'économie pour la sécurité sociale est non négligeable.

Passerelles inter-professionnelles

Indépendance des arts chiropratique et ostéopathique



Le principe des passerelles est incontournable.

La notion de pré requis physiothérapeute est en revanche inadmissible, l'enseignement de l'ostéopathie ou de la chiropractie est spécifique à ces pratiques.

La chiropractie, l'ostéopathie sont des arts thérapeutiques indépendants possédant des techniques, une pratique et un enseignement spécifiques ; les revendications d'appartenance de l'ostéopathie aux kinésithérapeutes ou aux médecins est donc un non sens.

La pratique de ces arts est indépendante des autres sciences médicales.

Le non cumul des pratiques est également justifié par l'allègement de la charge sociale. Ces arts thérapeutiques responsabilisant les patients ne doivent pas être pris en charge par les organismes sociaux. L'allègement de la charge sociale sera d'autant plus conséquent que les actes d'ostéopathie actuellement effectués sous le couvert de la kinésithérapie et de la médecine ne seront plus pris en charge par la sécurité sociale.

La loi 2002-303 confirmée par la loi d'amnistie 2002-1062 concerne uniquement les non médecins.

Gestion du stock



Trois formules :

1. Rigide

DO

Formation FI 5 000 H ou FA 2 200 H

Ostéopathe exclusif 851H actuellement

Peu d'élus

Restera beaucoup d'illégaux

2. Permissive

Pas de diplôme ou diplôme exotique

Pas de formation vérifiable

Pratique de l'ostéopathie sous le couvert de divers codes (*)

Pas d'exclus

Plus d'illégaux

3. Intermédiaire mais rigoureuse

Diplôme et formation vérifiable.

Ostéopathe exclusif actuellement sous le code 851H

Ostéopathe pratiquant exclusivement l'ostéopathie, mais sous un code différent (*)

Peu d'exclus

Plus d'illégaux à court terme

(*)

Praticien devant impérativement changer de statut et de code avant d'être agréé ostéopathe.

Un délai de 2 ans à compter du 4 mars 2002 peut être accordé pour cette mise aux normes.

Dispositions transitoires

Pour les ostéopathes ne disposant pas d'une formation agréée, et ayant moins de 5 années d'exercice, mais désirant obtenir un diplôme officiel, il y aura lieu d'organiser des cours passerelles théoriques et cliniques en fonction de la formation préalable suivie. A la suite de quoi, un examen final, portant sur les connaissances et la pratique clinique, en principe le même que celui de la formation initiale, doit être réussi pour l'obtention du titre reconnu.

Il faut prévoir également une mise à niveau obligatoire, y compris pour les ostéopathes non installés et sans pratique dans les 3 années suivant la date d'obtention de leur diplômes.

Des dispositions transitoires d'une durée de 5 ans devraient permettre à tous les candidats de filière non agréée de remplir les nouvelles exigences.

Au delà de ces délais, les personnes n'ayant pas rempli les nouvelles conditions devront se limiter à leur ancien titre et exercice.



Référentiel profession ostéopathe

Complet mais trop rigide sur les obligations d'appartenance à la CAAdF et au ROF. Le ROF est la structure qui enregistre les diplômés professionnels, la CAAdF organisant l'enseignement et la validation nationale des connaissances. Ces instances sont probablement appelées à disparaître, ou à changer de nom. Le RPO© n'est qu'une procédure de savoir-faire, organisationnelle. Le SFDO ne défend pas des structures, mais un modèle.

Référentiel des écoles existantes respectant la FI à 5 000 H et la FA à 2 200 H

Le référentiel de ces écoles est complet, à jour et adapté à l'enseignement de l'ostéopathie

Education Nationale et qualité du système de santé

L'état est en mesure d'évaluer et d'accréditer les formations et les écoles les dispensant.

C'est une des prérogatives de l'E.N. et de la D.G.S.

De même, c'est l'E.N. et la D.G.S. qui, dans l'évolution vers un statut universitaire, devront veiller au respect du savoir-faire des écoles existantes.

Il nous paraît indispensable de réduire notablement le nombre d'établissements de formation pour ne garder que ceux qui respectent et appliquent le référentiel de notre profession.

Actuellement l'absence de tout agrément d'écoles d'ostéopathie favorise la multiplicité d'enseignement de tout niveau.

Soixante centres seraient répertoriés, avec 4000 étudiants, alors que le paysage ostéopathique français fait apparaître à ce jour environ 4000 professionnels.

Référentiel de pratique et d'installation



Conditions obligatoires d'exercice des professionnels affiliés à l'AFO :

- être en possession du DO et être issu d'un des organismes reconnus par l'AFO
- être régulièrement inscrit
- exercer et être déclaré en tant que profession libérale d'Ostéopathe
- ne plus être inscrit sur les listes administratives de son ancien exercice
- remplir ses obligations déclaratives auprès des administrations (Impôts, Urssaf, etc...)
- souscrire une assurance Responsabilité Civile Professionnelle
- affichage clair de l'activité d'Ostéopathe et du montant des honoraires
- non remboursement des honoraires par les organismes sociaux
- respecter l'éthique, les buts et objectifs de l'association et de la profession

Les professionnels de l'AFO pratiquent l'ostéopathie exclusive, sous le code actuel 851H dans l'attente d'un code spécifique, Ils sont à jour de leurs obligations.

Moyens et stratégie



Pas de prérogatives d'une organisation sur les autres.

Mais il est indispensable que nos organisations aient les plus larges bases communes :

- Le référentiel d'enseignement fait partie de ces bases.
- Le certificat de fin d'études des écoles conformes à ce référentiel est indispensable.
- Le diplôme d'ostéopathie délivré, après la réussite à un examen de type clinique, aux candidats ayant soutenu leur mémoire et en possession de leur certificat de fin d'études, est incontournable.
- L'installation en tant qu'ostéopathe exclusif est également nécessaire.

En revanche, il ne nous paraît ni souhaitable, et encore moins indispensable, du moins à l'heure actuelle :

- D'adhérer ou d'appartenir à une structure commune ordinale ou fédérale,
- Que les écoles agréées soient adhérentes à une structure fédérale.

L'AFO pense que la pluralité des organisations socio professionnelles ou syndicales, ainsi que des écoles, est souhaitable du moment que les bases communes soient respectées.

Les résolutions des « Etats généraux » et de la « Plateforme d'objectifs » devraient être reformulées pour tenir compte de la situation actuelle. Elles sont néanmoins retranscrites ci-après dans leurs versions originales.

Annexe 1



Résolutions communes Etat Généraux et Plateforme d'Objectif

Résolution n°1 :

Titre

Le titre d'Ostéopathe s'applique à des professionnels :

- à compétences spécifiques
- à haut niveau de responsabilité
- consultants de premier rang

Résolution n° 2 :

Liste des actes

Une commission se réunira pour établir la liste des actes d'ostéopathie.

Cette liste est déterminée par le programme de base de l'enseignement de l'ostéopathie.

Résolution n° 3 :

Conditions d'intégration (P3)

Sera intégrable toute personne pouvant justifier :

- d'une formation et d'un niveau d'étude correspondant aux exigences du décret
- d'un certain nombre d'années de pratique
- d'une notoriété et d'une déontologie incontestables
- de la participation à la formation continue (obligatoire pour tous les professionnels)

Résolution n°4 :

Qualifications des étrangers

Il sera demandé aux confrères étrangers désirant exercer en France les mêmes justificatifs que ceux relatifs à la résolution concernant les titulaires nationaux.

Résolution n°5 :

Protection du patient

L'ostéopathie est reconnue comme ne présentant pas de risques pour la sécurité des patients.

Les ostéopathes demandent, toutefois, une réelle couverture d'assurances pour le risque Responsabilité Civile Professionnelle.

Résolution n°6 :

Associations (P6)

Les associations socioprofessionnelles et les ostéopathes souhaitent une pratique indépendante de l'ostéopathie, avec une politique d'exercice et de déontologie commune.

Résolution n°7 :

Annuaire

Les ostéopathes demandent l'ouverture, le plus rapidement possible, d'une rubrique « Ostéopathie » dans les pages jaunes de l'annuaire national.

Les professionnels inscrits dans cette rubrique exerceront exclusivement l'ostéopathie.

Justification par diplôme, carte professionnelle ou liste départementale prévue par la loi.

Résolution n°8 :

Assurance Maladie (P8)

Les ostéopathes ne souhaitent pas intégrer le système d'Assurance Maladie (remboursement des soins), le coût est nul pour la Sécurité Sociale, et les économies sont réelles du fait de l'efficacité des soins pratiqués,

Résolution n°9 : Recherche et évaluation

Il sera constitué un groupe de travail, composé d'ostéopathes et de membres de l'ANAES, chargé d'élaborer des protocoles d'évaluation dans des domaines thématiques en rapport avec l'ostéopathie.

Résolution n°10 : Enseignement (P2) (P4)

Le diplôme d'Ostéopathe est de niveau 3^{ème} cycle universitaire.

Une commission sur l'enseignement, composée d'un membre de chaque groupe spécialisé dans ce domaine, affinera le référentiel de formation.

Il sera mis en place des passerelles pour permettre aux médecins et aux kinésithérapeutes d'accéder à l'enseignement de l'ostéopathie.

Résolution n°11 : Formation continue

La formation continue sera organisée sous la tutelle des associations socioprofessionnelles en partenariat avec l'Académie d'Ostéopathie de France.

Résolution Complémentaire n°12 : Ecoles et Diplômes (P1)

Les structures de formation et les diplômes délivrés doivent faire l'objet d'une limitation.
Les ostéopathes demandent la création d'un diplôme unique national.

Résolution Complémentaire n°13 : Ordre (P7)

Les ostéopathes demandent la création d'une structure indépendante et obligatoire de type ordinale.

Résolution en opposition n° 14 : Cumul (P5)

Les ostéopathes concernés conservent leurs prérogatives de médecins.

Résolution n°15 : TVA

Les Etats Généraux de l'Ostéopathie prennent acte que, dès la publication des décrets d'application de la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, les ostéopathes seront exonérés de T.V.A. sur le fondement des dispositions prévues par l'article 261-4-1 du Code Général des Impôts.

Rappels des résolutions communes (texte OdF, ROF, SFDO):

P2 R11 Que l'enseignement délivré soit de la plus haute qualité (le Référentiel Profession Ostéopathe nous paraît être une base de travail minimale et le contrôle par les pouvoirs publics une nécessité),

P3 R4 Que la reconnaissance des praticiens actuels se fasse selon les mêmes critères d'exigence,

P4 R11 Que des passerelles soient créées pour les autres professionnels de santé,

P6 R7 Que les organisations professionnelles en charge de l'éthique et de la défense de la profession soient indépendantes des structures privées de formation.

P8 R9 Elles ne demandent pas la prise en charge de leurs actes par l'assurance maladie.

Lexique :

Pn Propositions des organisations OdF, ROF, SFDO

Rn Résolutions des états généraux de l'ostéopathie AO, AFO, SNOF, UFOF,...

Annexe 2

PROJET DE DECRET de compétence



Article 1

L'ostéopathie consiste en une méthode de soins, qui, par des actions manuelles sur les tissus ligamentaires et musculaires ainsi que sur les structures osseuses et viscérales, a pour but de susciter ou faciliter une réaction naturelle, susceptible de faire cesser les troubles ostéo-articulaires, organiques ou fonctionnels constatés, afin d'obtenir l'équilibre général du patient.

Article 2

L'ostéopathe est habilité à réaliser l'ajustement manuel de toutes les structures nommées à l'article 1, et ce, à titre préventif ou curatif.

Article 3

Dans l'exercice de son activité, l'ostéopathe établit un bilan clinique, le diagnostic ostéopathique du patient et choisit les actes et les techniques qui lui paraissent les plus appropriés.

Article 4

L'ostéopathe doit pouvoir, sans les pratiquer lui-même dans son cabinet, dresser des demandes de radiologie, ainsi qu'éventuellement des demandes d'exams biologiques nécessaires à la conduite et à la sécurité de son traitement.

Article 5

L'ostéopathe dans son domaine de compétence est libre de ses prescriptions. Ces dernières seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance, et seront limitées à ce qui est nécessaire à la qualité, l'efficacité et la sécurité de son traitement.

Article 6

Les praticiens munis à la fois du titre d'ostéopathe et de l'un des diplômes, certificats ou titres exigés pour l'exercice de la profession de médecins peuvent se faire inscrire, à leur choix, sur la liste des ostéopathes ou à l'ordre des médecins, le cumul des deux professions étant prohibé.

Les praticiens munis à la fois du titre d'ostéopathe et du diplôme d'État de masseur kinésithérapeute peuvent se faire inscrire, à leur choix, sur la liste des ostéopathes ou sur la liste des masseurs kinésithérapeutes, le cumul des deux professions étant prohibé.

Article 7

L'ostéopathe doit obligatoirement souscrire un contrat d'assurance de responsabilité civile professionnelle.



RECHERCHE - EVALUATION et DEVELOPPEMENT

de la Biomécanique appliquée à l'ostéopathie

Actions actuellement en cours ou programmées de l'école OstéoBio

(Enseignement de type formation initiale depuis 1988)

LE MODELE BIOMECANIQUE D'OSTEOBIO A ETE ELU PROJET ANVAR 2000

1- UMR 7561 CNRS-UHP, Nancy 1

« Physiopathologie et pharmacologie Articulaires » Faculté de Médecine.

En association avec COGITOBIO, financé à 75% par le BIOCRITT de l'ÎLE DE France

Etude de la qualité de la cicatrisation du tissu conjonctif ligamentaire sous contraintes mécaniques physiologiques et en l'absence de celles-ci.

2- UNIVERSITE PAUL SABATIER TOULOUSE

Département Biomécanique

M. Bruno Watier Ingénieur Docteur ENSAM, Maître de Conférence.

Etude des déficiences de translation / rotation sur l'un des axes des mouvements intra articulaires, et les répercussions sur :

- l'ensemble des mouvements intra articulaires,
- la répartition des contraintes
- les mouvements inter segmentaires.

3- UNIVERSITE TECHNOLOGIQUE DE COMPIEGNE

(mémoire OSTEOBIO)

Sous la direction de Monsieur le Docteur Fauchet Spécialiste de médecine nucléaire et de Monsieur François Langevin, Enseignant Chercheur à l'UTC, département Génie Biologique

Définition des séquences IRM permettant d'établir un outil de quantification des Protéoglycans au sein des ligaments du genou chez le sujet jeune.

4- Centre Vigo Petersen de l'Hôpital Lariboisière, M. le Professeur Bardin, Chef de Service.

Chef de projet : M. le Docteur Johan Beaudreuil, Chef de Clinique.

Mise en place d'une étude randomisée sur l'efficacité des techniques ostéopathiques appliquées aux cruralgies sur discopathies dégénératives.

5- En collaboration avec les services cliniques de rhumatologie de l'APHP.

- 1) Etudes IRM des ligaments dégénérés et inflammatoires
- 2) Etudes des cinématiques intra-articulaires, des répartitions de contraintes et des conséquences sur la teneur hydrique des tissus conjonctifs, in vivo, IRM à champs ouverts.

6- En collaboration avec M. le Docteur Fauchet sur le site du CHU d'Amiens.

Etude de la débimétrie musculaire, saine et pathologique (Scintigraphie, Doppler, I.R.M vasculaire)



CONCLUSIONS

de la contribution de l'AFO aux Etats Généraux du 19 septembre 2002

Politique de santé

Bien pratiquée, l'approche ostéopathique peut éviter de nombreuses investigations coûteuses et inutiles dans les troubles fonctionnels telles que l'IRM, Scanner, endoscopies multiples, EEG, EMG, etc...

De plus, son non remboursement par les organismes conventionnés n'alourdit pas la charge sociale.

Le "phénomène ostéopathie" est incontournable :

- 30 % de la population consultent,
- l'efficacité est réelle,
- la population est de plus en plus en quête de soins "naturels" avec un contact physique et une écoute psychologique,
- le coût est nul pour la Sécurité Sociale,
- les économies sont réelles du fait de l'efficacité des soins pratiqués,
- l'ostéopathe "auxiliaire médical" serait un non sens parce que cela signifierait : l'obligation d'une "convention " avec la Sécurité Sociale, ce qui serait une aberration dans le contexte actuel des revendications des professions de santé,
- nous avons une formation théorique et un savoir-faire pratique ostéopathiques, bien supérieurs à ceux que proposent les médecins dans leur référentiel (2200 H par rapport à 300 H).

Loi et Décrets

L'usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur

Décret donnant la liste des établissements de formation agréés ou le type de formation agréée (programme et durée)

Sont reconnus tous les centres d'enseignement agréés par l'Union des ostéopathes (en fonction du cursus général commun).

L'examen final et l'obtention du diplôme sont communs à tout le territoire et sont soumis à un jury de composition paritaire.

Décret sur la validation des diplômes délivrés à l'étranger.

Seront validés les diplômes des centres d'enseignement agréés par l'Union des ostéopathes (en fonction du cursus général commun) et dans certains cas, il sera nécessaire de participer à l'examen final commun à tout le territoire français (maison des examens d'Arcueil).

Décret concernant les praticiens en exercice, à la date d'application de la présente loi (formation ou expérience professionnelle)

Seront titulaires du titre d'ostéopathe tous les praticiens installés, en fonction de la formation ou de l'expérience professionnelle, et de l'absence de plainte pour manquement aux règles de déontologie des professions de santé.

Liste des bonnes pratiques à enseigner (ANAES)

En cours de rédaction



Décret rendant obligatoire la FC.

Pour les stages post-gradués, les centres d'enseignement à temps partiel d'ostéopathie ainsi qu'une collaboration avec les hôpitaux universitaires et régionaux, est souhaitable.

Des stages post-gradués à temps partiel dans les services de rhumatologie, d'orthopédie/traumatologie, de neurologie, de gynécologie obstétrique et d'oto-rhino-laryngologie doivent être offerts aux ostéopathes et chiropracteurs pour affiner leur sens du diagnostic différentiel et le diagnostic d'exclusion.

Liste des actes

Décret pour la liste des actes et les conditions dans lesquelles les DO et DC sont appelés à les accomplir.

Les actes sont listés dans le programme d'enseignement de base de l'ostéopathie.

L'inscription mentionne la ou les catégories dans lesquelles les ostéopathes et chiropracteurs exercent, à titre libéral, ou en tant que salarié du secteur public ou du secteur privé.

Pour les services de rhumatologie, d'orthopédie/traumatologie, de neurologie, de gynécologie obstétrique et d'oto-rhino-laryngologie, la nomination à temps partiel de consultants d'ostéopathie et de chiropractie apporterait certainement un point positif pour la formation des médecins qui se trouvent de plus en plus confrontés dans leurs consultations de praticien à des patients présentant des troubles fonctionnels.

Sans aller contre sa philosophie, l'ostéopathe revendique la prescription de myorelaxants et d'anti-inflammatoires s'ils sont nécessaires à la poursuite de leur traitement.

En revanche les ostéopathes doivent pouvoir, sans les pratiquer eux-mêmes dans leur cabinet, dresser des demandes de radiologie, ainsi qu'éventuellement des demandes d'exams biologiques nécessaires à la conduite de leur traitement.

Inscriptions départementales

Diplômes, certificats, titres ou autorisations.

*Les ostéopathes et chiropracteurs ne peuvent exercer leur profession, à l'exception de ceux qui relèvent du service de santé des armées, que s'ils sont inscrits **au tableau de l'ordre** mentionné à l'art. L. ????- ? et sur une liste dressée par le représentant de l'État dans le département de leur résidence professionnelle, qui enregistre leurs diplômes, certificats, titres ou autorisations. L'inscription mentionne la ou les catégories dans lesquelles les ostéopathes et chiropracteurs exercent, à titre libéral, ou en tant que salarié du secteur public ou du secteur privé.*

1 ALLEMAGNE



La seule pratique non conventionnelle officielle est celle de Heilpraktikor depuis 1939.

La liberté de soigner et l'exercice des non médecins sont admis depuis plus de 100 ans

Le statut d'heilpraktiker règle l'exercice des naturopathes, acupuncteurs, chiropraticiens, ostéopathes et autres pratiques complémentaires.

Une loi de juillet 1997 autoriserait au niveau national le remboursement de l'ensemble des médecines alternatives dont l'ostéopathie.

Les textes de lois sur les Heilpraktiker sont en annexes. ([voir ces textes](#))



2 ANGLETERRE (Royaume-Uni et République d'Irlande)

En vertu du droit coutumier, toute personne non médecin peut pratiquer une thérapie à condition de ne pas prétendre au titre de docteur en médecine.

Deux lois réglementent l'exercice de l'ostéopathie (1993) et de la chiropratique (1994).

L'ostéopathie est officiellement reconnue depuis le 1^{er} juillet 1993, après la signature de l'Osteopath's Act par la Reine Elisabeth.

Le General Osteopathic Council - Osteopathy in the United Kingdom (GOSC'S) gère les ostéopathes depuis le 9 mai 1998.

Tous les ostéopathes ont eu une période transitoire de 2 ans pour demander leur inscription statutaire auprès du GOSC'S.

À la fin de cette période, c'est-à-dire à compter du mois de mai 2000, pour pratiquer l'ostéopathie en G-B, il faut être inscrit au GOSC'S.

Le GOSC'S publie le magazine *The Osteopath*.

Le GOSC'S formé de 12 ostéopathes (désignés sur des critères d'expérience professionnelle, de représentativité, de moralité) de 4 enseignants, et de 8 membres d'activités diverses (non ostéopathes) gère l'activité professionnelle, et a procédé à la gestion du stock.

Ainsi en Angleterre pour la période transitoire plusieurs stades d'enregistrement ont été proposés en fonction de l'ancienneté de pratique et d'autres critères de moralité, santé physique et psychique, ainsi que de formation, et de paiement de cotisation.

Avec 7 ans et plus, de pratique sans faille légale et professionnelle c'est l'enregistrement complet.

Au dessous de 5 ans de pratique le GOSC'S peut éventuellement procéder à une évaluation du candidat, c'est l'enregistrement conditionnel.

En dessous de 2 ans de pratique après évaluation le candidat ne peut exercer que sous tutelle, c'est l'enregistrement provisoire.

Les chiropraticiens ont été reconnus en Angleterre le 1^{er} juillet 1994 sur une base inférieure à leur prétention. Tous les collèges hors normes ont été accrédités sur le sol Britannique mais n'ont pas été reconnus par le CCE (Chiropractic Council on Education). Ils auraient actuellement tous rejoint le niveau d'enseignement défini par le CCE. Tout le stock des chiropraticiens anglais a été reconnu sur une base minimale et actuellement les nouveaux chiropraticiens ont des études aux normes internationales.

Les textes de lois sont en annexes. (voir ces textes)

3 AUTRICHE



En vertu d'une loi de 1984, seuls les médecins peuvent pratiquer certaines disciplines non-conventionnelles.

4 BELGIQUE



Actuellement en attente (?) de l'application de la loi française, la Belgique est approximativement au même stade que la France, une loi votée, et la reconnaissance des associations représentatives.

Sénat de Belgique SESSION DE 2002-2003 du 1er AVRIL 2003

Projet de loi portant confirmation de l'arrêté royal du 10 février 2003 portant reconnaissance des organisations professionnelles de praticiens d'une pratique non conventionnelle ou d'une pratique susceptible d'être qualifiée de non conventionnelle reconnues

Complémentairement, le ministre précise que l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 10 février 2003 portant reconnaissance des organisations professionnelles de praticiens d'une pratique non conventionnelle ou d'une pratique susceptible d'être qualifiée de non conventionnelle reconnues contient la liste des organisations professionnelles de praticiens d'une pratique non conventionnelle ou d'une pratique susceptible d'être qualifiée de non conventionnelle reconnues.

Il s'agit des organisations suivantes :

L' *Unie van osteopaten*,

L' Union belge des ostéopathes,

La Société belge d'ostéopathie,

Le Registre des ostéopathes de Belgique,

L' Association des acupuncteurs « Abadic »,

L' Union professionnelle des médecins acupuncteurs de Belgique,

La Belgian Acupunctors Federation,

L' Association pharmaceutique belge,

L' Union professionnelle nationale homéopathique « *Unio Homeopathica Belgica* »,

L' Association belge des ostéopathes classiques.

Il ressort de la liste que les chiropraticiens n'ont pas encore d'association qui satisfait aux conditions. Pour les chiropraticiens, les fédérations professionnelles reconnues seront fixées ultérieurement par arrêté royal et celui-ci devra ensuite être confirmé par une loi.

.../...

Compte-rendu de la réunion du Conseil des Ministres du 10 juillet 1998

Le Conseil des Ministres s'est réuni à Val Duchesse, le vendredi 10 juillet 1998, de 10 heures à 13 heures, sous la présidence du Premier Ministre Jean-Luc Dehaene.

.../...

Le Conseil a ensuite approuvé, en seconde lecture, un avant-projet de loi relatif à l'enregistrement des pratiques médicales non-conventionnelles. (communiqué 13 du 10/07/1998)

.../...

Communiqué 13 :

Enregistrement des pratiques médicales non-conventionnelles

Le Conseil des Ministres a approuvé, en seconde lecture (*), un avant-projet de loi relatif à l'enregistrement des pratiques médicales non-conventionnelles. Cet avant-projet crée un cadre juridique pour les diverses formes de pratiques médicales non-conventionnelles. Une proportion importante de la population belge fait en effet appel à une ou plusieurs de ces pratiques. De plus, une résolution européenne (**) incite notre pays à mettre sur pied une réglementation qui régit la matière. L'avant-projet prévoit une structure et une procédure

qui pourraient mener à l'enregistrement, d'une part, des pratiques non-conventionnelles et, d'autre part, des praticiens individuels. Dans une première phase, il a trait à l'enregistrement de l'homéopathie, de la chiropraxie, de l'ostéopathie et de l'acupuncture (**). Le projet a été discuté à plusieurs reprises, de manière approfondie et adapté au sein du groupe de travail "sécurité sociale".

.../...

(**) plus précisément, la résolution du Parlement (A4-0075/97) sur le statut des pratiques médicales non-conventionnelles.

(***) homéopathie = méthode thérapeutique consistant à soigner une maladie au moyen de remèdes capables de produire des symptômes semblables à ceux de la maladie à combattre ;

chiropraxie = traitement médical par manipulation des vertèbres ;

ostéopathie = traitement médical faisant appel à des manipulation des os ;

acupuncture = méthode thérapeutique consistant à introduire des aiguilles très fines en des points précis des tissus ou des organes où elles demeurent pendant un temps variable.

.../...

M. D'Hooghe constate que la Chambre a inséré un article nouveau l'article 17 du projet de loi à l'examen qui porte sur l'obligation pour chaque hôpital de respecter les droits du patient.

.../...

Pour ce qui est du champ d'application du présent projet de loi, l'intervenant signale que l'article 2, 3°, renvoie non seulement à l'arrêté royal n° 78, mais aussi à la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales. Qu'en est-il de l'exécution de cette loi ? L'intervenant croit savoir que la réglementation prévue par cette loi est contraire à la politique que défend actuellement le ministre des Affaires sociales. Il souhaite également savoir si un acuponcteur qui n'est pas médecin peut, en vertu du projet de loi à l'examen, être tenu responsable pour un diagnostic erroné ayant entraîné des conséquences graves pour le patient, par exemple dans le cas d'un cancer.

.../...

L'on peut dire que le régime proposé en Belgique correspond dans une large mesure au système français.

.../...

La loi française vise d'une part à codifier les droits des patients, mais d'autre part à mettre en place un système ayant pur but de garantir la qualité du système des soins de santé.

.../...

Champ d'application du projet de loi

La ministre répond par la négative à la question de savoir si, en vertu de l'article 2, 3°, les psychologues cliniques tomberont dans le champ d'application de la loi relative aux droits du patient. La profession de psychologue clinique n'est en effet pas encore réglementée par l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 qui définit le champ d'application de la loi susvisée vis-à-vis des auxiliaires médicaux. Un projet de loi dans ce sens sera toutefois déposé prochainement à la Chambre des représentants. Dès que ce projet aura force de loi, les psychologies cliniques seront également soumises à la loi relative aux droits des patients.

Pour ce qui est de l'exécution de la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales, le ministre signale qu'un arrêté royal a été adopté lequel devait être confirmé par une loi dans les six mois. Cet arrêté royal fixe les critères pour l'agrément des associations de professions médicales alternatives et/ou complémentaires qui doivent présenter les membres des commissions qui décideront de l'agrément des praticiens de la médecine alternative et de la médecine complémentaire. Tant que la loi du 29 avril 1999 n'est pas exécutée et qu'un acuponcteur ne tombe pas dans le champ d'application de l'arrêté royal n° 78, le projet de loi à l'examen ne lui est pas applicable. S'il est médecin, il sera soumis à la loi relative aux droits du patient en sa qualité de médecin.

IV. VOTE FINAL

La commission adopte le projet de loi dans son ensemble, tel qu'il a été transmis par la Chambre des représentants, par 8 voix contre 3 et 2 abstentions.

Le texte adopté par la commission est identique au texte du projet de loi (voir le doc. Chambre, n° 50-1642/15 2001-2002)

.../...

Le 22 avril 1999 peut être considéré comme une date historique en Belgique.

Après un an de travaux, la Chambre des représentants (équivalent de notre Assemblée nationale), puis le Sénat belges ont adopté la loi-cadre sur les médecines non conventionnelles présentée par Michel Colla, ministre belge de la Santé. Les deux votes ont été acquis sans aucune voix contre (95 pour et 12 abstentions à la Chambre, 46 pour et 14 abstentions au Sénat). La Belgique reconnaît donc de manière éclatante le pluralisme thérapeutique, en application de la Résolution européenne de mai 1997. La loi institue une commission paritaire destinée à réglementer en premier lieu : l'homéopathie, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture. Elle prévoit que d'autres pratiques non conventionnelles pourront ensuite être réglementées sur les mêmes bases. Ces nouvelles professions seront indépendantes, mais soumises à des conditions strictes de formation et d'exercice.

.../...

EXPOSÉ INTRODUCTIF DU MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ...

Le ministre souhaite avant tout insister sur le fait que le projet de loi à l'examen ne peut en aucun cas être vu comme une preuve de défiance à l'égard de la médecine classique. Au contraire, personne ne met en doute le fait que la médecine classique et les techniques médicales qui ont été mises au point dans ce cadre sont une bénédiction pour l'humanité. Même si l'on ne remonte dans le temps que de vingt ans, on constate que pendant cette période de nombreuses techniques ont été élaborées qui peuvent faire la différence entre la

vie et la mort. Par ailleurs, on a aussi progressé de manière spectaculaire quant au confort du patient, en mettant au point une médication nouvelle et des méthodes de traitement nouvelles.

Quiconque travaille dans ce secteur, mérite par conséquent le plus grand respect de la société.

Comme dans les autres domaines de la vie sociale, il n'existe cependant pas de vérité unique et absolue dans le secteur médical. Dans la médecine classique aussi, on rencontre des phénomènes qui ne peuvent s'expliquer par des données incontestables. On peut illustrer ce propos en citant l'exemple de l'aspirine, pour laquelle pendant de nombreuses années on a constaté certains effets sans pouvoir d'emblée en donner d'explication.

On doit par conséquent se garder de décrier les méthodes thérapeutiques parallèles purement et simplement parce qu'elles ne correspondent pas aux normes extrêmement strictes auxquelles doit répondre la science médicale classique dans l'administration de la preuve.

Il poursuit en disant que celui qui est responsable de la politique des soins de santé, tant sur le plan législatif que sur le plan exécutif, doit toujours garder deux principes à l'esprit :

garantir au patient un accès maximal, aux soins;

garantir au patient qui s'adresse à un dispensateur de soins une qualité optimale des services.

Ce sont aussi ces deux principes qui sont à la base du projet de loi à l'examen. L'idée sous-jacente consiste à garantir au patient le libre choix entre plusieurs sortes de médecines qui peuvent représenter une plus-value et qui bénéficient de la confiance d'une partie importante de la population. Parallèlement, il est de la responsabilité des pouvoirs publics de garantir une qualité optimale aux patients qui font appel à ce genre de soins.

Le ministre attire ensuite l'attention sur une série de constatations :

Le concept de pratique non conventionnelle couvre un large éventail de traitements, dont les plus importants sont clairement l'homéopathie, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture. La plupart des autres pays européens disposent d'un régime légal général, qui s'applique à toutes les pratiques non conventionnelles, ou de régimes spécifiques afférents à une ou plusieurs thérapies déterminées.

Ces pratiques ne sont pas nécessairement des méthodes de traitement nouvelles. Certaines d'entre elles, comme l'acupuncture, existent déjà depuis des siècles.

Les pratiques non conventionnelles ne sont pas exercées exclusivement dans des circuits parallèles. Des enquêtes révèlent qu'environ un quart des médecins généralistes appliquent l'homéopathie.

D'autres enquêtes montrent que sur dix personnes habitant en Belgique, quatre environ ont déjà fait appel à des médecines non conventionnelles.

Sur la base de ces constatations, deux conclusions peuvent être tirées. Ou bien on estime que ces médecines sont inutiles, voire dangereuses. Dans ce cas, les autorités doivent prendre leurs responsabilités et en interdire complètement l'exercice.

Ou bien on part du principe que beaucoup de personnes, y compris à l'étranger, se sentent manifestement mieux grâce à ces traitements et on crée un cadre permettant de contrôler le secteur et garantissant que les prestations sont soumises à des exigences de qualité strictes.

Cela n'empêche pas pour autant qu'on puisse, comme autorité, encore et toujours relativiser les résultats de ces traitements.

Dans la situation actuelle, n'importe qui peut développer une pratique dans une de ces médecines sans même devoir respecter la moindre condition légale. Personne ne peut défendre une telle situation. C'est dans cette optique qu'il faut voir le projet de loi à l'examen.

Les garanties données aux patients peuvent être multiples : exigences en matière de formation, d'évaluation, de déontologie, d'enregistrement des dispensateurs de soins, etc. Il n'est ni possible ni souhaitable que les autorités donnent elles-mêmes un contenu à toutes ces choses. Voilà pourquoi on a opté pour une loi-cadre, dont la portée principale est de définir la procédure à suivre. Cette procédure est axée sur une commission paritaire, au sein de laquelle siègent des représentants tant de la médecine classique que des médecines parallèles. Elle fixe les pratiques non conventionnelles qui entrent en ligne de compte pour l'enregistrement et surtout les conditions à remplir pour les exercer.

Si, par exemple, la commission paritaire estime que l'exercice de l'homéopathie requiert une formation médicale classique ainsi qu'une formation complémentaire, elle peut l'imposer comme une condition de l'exercice de cette pratique.

Le ministre ne souhaite personnellement pas anticiper à cet égard. Le projet de loi esquisse un cadre offrant les garanties nécessaires pour que les décisions à ce niveau soient prises avec la circonspection requise et avec la participation de tous les intéressés.

Une conséquence de cette façon de faire est évidemment que si le Sénat approuve le projet dans la foulée de la Chambre des représentants, il y aura encore pas mal de pain sur la planche avant que tout le dispositif puisse effectivement être mis en oeuvre sur le terrain.

Par ailleurs, le fait qu'une fois ces travaux parlementaires terminés, l'enregistrement des pratiques non conventionnelles ne sera possible qu'après que le pouvoir législatif se sera à nouveau prononcé sur les modalités élaborées, est un point qui n'est pas dénué d'importance.

.../...

Sénat de Belgique
SESSION DE 1998-1999
22 AVRIL 1999

Projet de loi relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales

Procédure d'évocation

DÉCISION DE NE PAS AMENDER

.../...

Chronologie

Projet de loi relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales
Gouvernement J.-L. Dehaene II

Les textes de lois sont en annexes. ([voir ces textes](#))

[C1] Premier examen par la Chambre		
18/8/1998	Dépôt de projet	Doc. 49-1714/1
3/2/1999	Demande d'avis extérieur: Conseil d'Etat	
24/2/1999	Réception avis externe: Conseil d'Etat	Doc. 49-1714/7
24/2/1999	Renvoi en commission Annales n° 313, p. 11076	
10/3/1999	Examen Annales n° 320, p. 11305-11325	
11/3/1999	Examen Annales n° 321, p. 11354-11355	
11/3/1999	Vote sur l'ensemble: amendé (+95/-0/o44) Annales n° 321, p. 11355-11356	Doc. 49-1714/13
11/3/1999	Adoption avec amendement	
12/3/1999	Transmission au Sénat pour la première fois	Doc. 1-1310/1
[S2] Premier examen par le Sénat		
16/3/1999	Exercice droit d'évocation	
Commission: Affaires sociales		
16/3/1999	Envoi en commission	
23/3/1999	Inscription ordre du jour commission	
23/3/1999	Désignation rapporteur(s): Bea Cantillon	
23/3/1999	Examen	
30/3/1999	Inscription ordre du jour commission	
30/3/1999	Amendement: Am. 1	Doc. 1-1310/2
30/3/1999	Amendement: Am. 2	Doc. 1-1310/2
30/3/1999	Amendement: Am. 3	Doc. 1-1310/2
30/3/1999	Amendement: Am. 4	Doc. 1-1310/2
30/3/1999	Amendement: Am. 5	Doc. 1-1310/2
30/3/1999	Examen	
30/3/1999	Vote sur l'ensemble en commission: ne varietur (+6/-1/o1)	
30/3/1999	Décision de rapport écrit	
20/4/1999	Inscription ordre du jour commission	
20/4/1999	Texte adopté par la commission	Doc. 1-1310/4
20/4/1999	Approbation rapport le rapport a été approuvé par 7 voix et 1 abstention	Doc. 1-1310/3
20/4/1999	Inscription ordre du jour séance plénière	
22/4/1999	Discussion générale	Annales 1-262
22/4/1999	Vote sur l'ensemble: ne varietur (+46/-0/o12)	Annales 1-263 Doc. 1-1310/5
22/4/1999	Adoption sans amendement	
22/4/1999	Transmission à la Chambre pour sanction	
29/4/1999	Sanction et promulgation	
24/6/1999	Publication (23793-23797)	
Dernière mise à jour 18/8/2003		

5 DANEMARK



Les non médecins et paramédicaux peuvent pratiquer les médecines non conventionnelles (cf. loi du 14 mai 1970).

La chiropraxie est reconnue (loi n° 415 du 6 juin 1991)

Un tronc commun d'études médicales a été mis en place entre la Finlande, la Suède, la Norvège et le Danemark depuis 1994.

Après trois années d'études, les étudiants peuvent choisir une formation officielle dans une médecine non conventionnelle.

6 ESPAGNE



Les professions de naturopathe et d'acupuncteur sont reconnues par le ministère des Finances depuis le 1^{er} janvier 1991 et pour la naturopathie par le ministère du travail depuis le 27 janvier 1997.

Les pratiques de l'ostéopathie, chiropratique, médecine anthroposophique et autres médecines différentes sont non réglementées mais libres.

7 FINLANDE



La chiropraxie et l'ostéopathie sont reconnues et organisées depuis 1994.

Un tronc commun d'études médicales a été mis en place avec la Suède, la Norvège et le Danemark depuis 1994.

Après trois années d'études, les étudiants peuvent choisir une formation officielle dans une médecine non conventionnelle.

8 GRECE



Il n'existe actuellement aucune réglementation.

9 HOLLANDE



La loi du 9 novembre 1993 rend la pratique de la médecine libre aux praticiens non conventionnels, sauf pour certains actes réservés aux médecins (chirurgie par exemple).

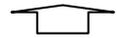
La médecine anthroposophique est actuellement, conformément à la directive 1206 de 1999, pratiquée dans les hôpitaux.

10 IRLANDE



Voir [Angleterre](#)

11 ISLANDE



Les médecines traditionnelles et thérapies anciennes ont un statut officiel.

12 ITALIE



Les professionnels sont répartis entre médecins « ostéopathes », « ostéopathes », et « physio-thérapeutes manuels », avec possibilité de prescription des deux premiers vers les troisièmes.

La proposition de texte de loi approuvée le 15 mai 2003 confirme cette hypothèse et reprend l'intégralité du texte présenté le 18 mai 2002 et est ci-après reproduit partiellement.

Les textes de lois sont en annexes. ([voir ces textes](#))

Proposta di Testo unificato del relatore
On. Francesco Paolo Lucchese
A.C. 137 e abbinate "Medicine e pratiche non convenzionali"
presentata a Roma il 15 maggio 2003

Capo I

RICONOSCIMENTO DELLE MEDICINE E DELLE PRATICHE NON CONVENZIONALI

Art. 1.

(Finalità e oggetto della Legge)

1. la Repubblica italiana, nel pieno rispetto dell'articolo 32 della Costituzione, riconosce il principio del pluralismo scientifico come fattore essenziale per il progresso della scienza e dell'arte medica e riconosce il diritto di avvalersi delle medicine e delle pratiche non convenzionali esercitate dai laureati in medicina e chirurgia, dai laureati in odontoiatria, dai laureati in medicina veterinaria di cui all'articolo 6 della presente legge, dai laureati in chiropratica, dai laureati in osteopatia di cui all'articolo 15 della presente legge, dagli operatori sanitari non medici di cui all'articolo 21 della presente legge, iscritti ai rispettivi albi professionali ed in possesso di specifiche qualificazioni professionali, conseguite secondo le modalità stabilite dalla presente legge.

2. La Repubblica italiana, nel pieno rispetto dell'articolo 32 della Costituzione, riconosce la libertà di scelta terapeutica del paziente e la libertà di cura da parte del medico e dell'operatore non medico all'interno di un libero rapporto consensuale ed informato con il paziente e tutela l'esercizio delle medicine e delle pratiche non convenzionali.

.../...

Capo II

PROFESSIONI SANITARIE NON CONVENZIONALI ESERCITATE DAI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA , DAI LAUREATI IN ODONTOIATRIA E DAI LAUREATI IN MEDICINA VETERINARIA

Art.6.

*(Istituzione delle professioni sanitarie non convenzionali esercitate dai laureati in medicina e
chirurgia, odontoiatria e in medicina veterinaria)*

1. La Repubblica italiana ai sensi dei commi 1 e 2 dell'articolo 1 della presente legge, riconosce le professioni sanitarie non convenzionali esercitate dai laureati in medicina e chirurgia, dai laureati in odontoiatria e dai laureati in medicina veterinaria, nell'ambito delle rispettive sfere di competenza, disciplinate dalla presente legge, previo accreditamento delle società e associazioni scientifiche di riferimento ai sensi del comma 1 dell'articolo 2 della presente legge, che comprendono i seguenti indirizzi:

- a. agopuntura;
- b. fitoterapia;
- c. omeopatia;
- d. omotossicologia;
- e. medicina antroposofica;
- f. medicina tradizionale cinese;
- g. ayurveda;
- h. medicina manuale.

.../...

Capo III

PROFESSIONI SANITARIE NON CONVENZIONALI ESERCITATE DAI LAUREATI IN CHIROPRACTICA E DAI LAUREATI IN OSTEOPATIA

Art. 15.

(Istituzione delle professioni sanitarie non convenzionali esercitate dai laureati in chiropratica e dai laureati in osteopatia)

1. La Repubblica italiana, ai sensi dei commi 1 e 2 dell'articolo 1 della presente legge riconosce le professioni sanitarie non convenzionali esercitate dai laureati in chiropratica e dai laureati in osteopatia disciplinate dalla presente legge previo accreditamento delle società e associazioni scientifiche di riferimento ai sensi del comma 1 dell'articolo 2 della presente legge.

2. La denominazione di chiropratico è equivalente a quella di laureato in chiropratica e la denominazione di osteopata è equivalente a quella di laureato in osteopatia.

3. Le definizioni scientifiche e l'inquadramento nosologico delle professioni sanitarie non convenzionali esercitate dai laureati in chiropratica e dai laureati in osteopatia di cui al comma 1 del presente articolo è demandata rispettivamente alle commissioni per la formazione di cui al comma 2 dell'articolo 17 ai sensi del comma 1 dell'articolo 18.

Art. 16.

(Ordini ed Albi professionali delle professioni sanitarie non convenzionali esercitate dai laureati in chiropratica e dai laureati in osteopatia)

1. Con decreto del Ministro della salute sono istituiti, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, gli ordini e gli albi professionali per le professioni sanitarie non convenzionali esercitate rispettivamente dai laureati in chiropratica e dai laureati in osteopatia di cui all'articolo 15 della presente legge ai quali si applicano le disposizioni di cui al decreto legislativo del Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, e successive modificazioni.

2. Possono iscriversi ai rispettivi Albi di cui al comma 1 del presente articolo i laureati in chiropratica e i laureati in osteopatia che hanno conseguito il diploma di laurea rilasciato dalle

università degli studi statali e non statali di cui al comma 1 dell'articolo 17 della presente legge e che abbiano superato l'esame di abilitazione all'esercizio professionale.

3. Le iscrizioni agli Albi professionali di cui al comma 1 del presente articolo sono obbligatori per l'esercizio delle professioni sanitarie non convenzionali esercitate dai laureati in chiropratica e dai laureati in osteopatia di cui all'articolo 15 della presente legge.

4. Agli iscritti agli albi di cui al presente articolo si applica l'articolo 622 del Codice Penale.

Art. 17

(Formazione e commissione per la formazione nelle professioni sanitarie non convenzionali esercitate dai laureati in chiropratica e dai laureati in osteopatia)

1. Le università degli studi statali e non statali, nell'ambito della loro autonomia didattica e nei limiti delle proprie risorse finanziarie istituiscono, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, corsi di laurea per il rilascio del diploma di laurea nelle professioni sanitarie non convenzionali esercitate dai laureati di cui al comma 1 dell'articolo 15 della presente legge previo parere vincolante delle commissioni per la formazione di cui al comma 2 del presente articolo ai sensi della lettera a) comma 5 dell'articolo 18 della presente legge, in conformità alle disposizioni di cui all'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 59, e comunque disciplinati dalla normativa vigente in materia di studi di livello universitario.

2. Presso il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, senza nuovi o maggiori oneri per il bilancio dello Stato, sono istituite una commissione per la formazione in chiropratica ed una commissione per la formazione in osteopatia che svolgono i compiti di cui all'articolo 18 della presente legge.

3. Ciascuna delle commissioni per la formazione in chiropratica ed in osteopatia di cui al comma 2 del presente articolo è composta dai seguenti membri nominati con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca scientifica e tecnologia, d'intesa con il Ministero della salute, entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge:

- a. un rappresentante del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica con funzioni di presidente;
- b. un rappresentante del Ministero della salute;
- c. tre rappresentanti delle regioni designato dalla conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano;
- d. un rappresentante designato dal Tribunale dei diritti del malato;
- e. un rappresentante designato dalle associazioni dei consumatori e degli utenti, iscritte nell'elenco di cui all'articolo 5 della legge 30 luglio 1998, n. 281, e successive modificazioni;
- f. due docenti universitari esperti nelle medicine e nelle pratiche non convenzionali nominati dal Ministro della salute;
- g. sette rappresentanti designati di concerto su indicazione delle società e associazioni scientifiche accreditate delle medicine e delle pratiche non convenzionali di cui all'articolo 2 della presente legge, per ognuna delle professioni sanitarie di cui all'articolo 15 della presente legge.

4. I membri di cui alle lettere a), b), c), d), e), f) del comma 3 del presente articolo fanno parte di entrambe le commissioni per la formazione di cui al comma 2 del presente articolo per i quali è anche nominato un membro supplente, mentre i membri di cui alla lettera g) sono nominati per ognuna delle professioni sanitarie di cui al comma 1 dell'articolo 15.

5. Le commissioni per la formazione di cui al comma 2 del presente articolo durano in carica tre anni ed i suoi membri non possono essere nominati per più di due volte. I segretari delle

commissioni per la formazione sono funzionari del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica con qualifica non inferiore all'ex ottava qualifica funzionale.

6. L'attività ed il funzionamento delle commissioni per la formazione di cui al comma 2 del presente articolo sono disciplinate dal regolamento interno approvato dalle commissioni stesse.

7. Le eventuali spese per il funzionamento delle commissioni per la formazione di cui al comma 2 del presente articolo sono poste a carico del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, che vi provvede nell'ambito degli ordinari stanziamenti di bilancio esistenti.

Art.18

(Compiti delle commissioni per la formazione nelle professioni sanitarie non convenzionali esercitate dai laureati in chiropratica e dai laureati in osteopatia)

1. Le commissioni per la formazione di cui al comma 2 dell'articolo 17 della presente legge, tenuto conto delle norme e dei principi dettati dai commi 2 e 3 del presente articolo, provvedono alla definizione scientifica e all'inquadramento nosologico, in relazione all'approccio diagnostico - terapeutico e alla delimitazione del loro campo di intervento delle professioni sanitarie non convenzionali di cui al comma 1 dell'articolo 15 della presente legge, ai sensi del comma 3 dello stesso articolo 15 su richiesta delle società e associazioni scientifiche di riferimento di cui all'articolo 2 della presente legge.

2. Le commissioni per la formazione di cui al comma 2 dell'articolo 17 della presente legge, entro tre mesi dalla data di adozione del decreto di cui al comma 3 dell'articolo 17 della presente legge, definiscono le norme relative a:

- a. principi generali per la definizione dei codici deontologici delle professioni sanitarie non convenzionali di cui al comma 1 dell'articolo 15 della presente legge;
- b. i criteri generali per l'adozione degli ordinamenti didattici dei corsi di laurea di cui al comma 1 dell'articolo 17 della presente legge;
- c. i profili professionali specifici per ciascuna delle professioni sanitarie non convenzionali di cui al comma 1 dell'articolo 15;
- d. i criteri e i gradi della formazione nonché i programmi ed i contenuti dei corsi di laurea di cui al comma 1 dell'articolo 17 della presente legge;
- e. i criteri con cui riconoscere gli specifici profili professionali e le qualifiche necessarie per la scelta dei coordinatori didattici e dei docenti dei corsi di laurea di cui al comma 1 dell'articolo 17 della presente legge; ci si può altresì avvalere di docenti stranieri che documentino una comprovata esperienza nella materia e nell'insegnamento;
- f. le disposizioni per la tenuta di un registro dei docenti.

3. Le commissioni per la formazione di cui al comma 2 dell'articolo 17 della presente legge, nell'esercizio delle funzioni di cui al comma 2 del presente articolo, si attengono ai seguenti principi:

- a. i corsi di laurea di cui al comma 1 dell'articolo 17 della presente legge devono comprendere un iter di formazione, la discussione di una tesi di laurea finale;
- b. la durata dei corsi di laurea di cui al comma 1 dell'articolo 17 della presente legge non deve essere inferiore a cinque anni accademici con un biennio in comune con la facoltà di medicina e chirurgia con un numero complessivo di crediti formativi non inferiore a 300;
- c. le università degli studi statali e non statali devono garantire lo svolgimento dei corsi di laurea ed il programma fondamentale di insegnamento;
- d. il diploma di laurea in chiropratica ed il diploma di laurea in osteopatia di cui al comma 1 dell'articolo 15 della presente legge, sono rilasciati solo al termine dell'iter completo di formazione;

- e. per l'iscrizione ai relativi corsi di laurea di cui al comma 1 dell'articolo 17, è richiesto il diploma di scuola media superiore.
4. Le commissioni per la formazione di cui al comma 2 dell'articolo 17 della presente legge, nella definizione delle norme di cui al comma 2 e nell'osservanza dei principi di cui al comma 3 del presente articolo, si riferiscono e tengono anche conto degli standards educativi riconosciuti dalle associazioni europee di rappresentanza dei chiropratici e degli osteopati.
5. Le commissioni per la formazione di cui al comma 2 dell'articolo 17 della presente legge svolgono inoltre i seguenti compiti:
- a. esprimono parere vincolante per l'istituzione dei corsi di laurea di cui al comma 1 dell'articolo 17 della presente legge in conformità alle norme e ai principi di cui ai commi 2 e 3 del presente articolo;
 - b. esprimono parere vincolante per l'accreditamento degli istituti di formazione di cui al comma 5 dell'articolo 1 della presente legge in conformità alle norme e ai principi di cui ai commi 2 e 3 del presente articolo;
 - c. esprimono parere per l'inserimento delle materie di insegnamento nei corsi di laurea di cui al comma 6 dell'articolo 1 della presente legge ai sensi del comma 7 dello stesso articolo, su richiesta della commissione permanente di cui alla lettera g) comma 1 dell'articolo 5 della presente legge, tenuto conto delle professioni sanitarie non convenzionali di cui al comma 1 dell'articolo 15 della presente legge;
 - d. esprimono parere vincolante per il riconoscimento dei titoli di studio equipollenti di cui alla lettera i) comma 1 dell'articolo 15 della presente legge, in conformità alle norme e ai principi di cui ai commi 2 e 3 tenuto conto anche di quanto espresso al comma 4 del presente articolo per le professioni sanitarie non convenzionali di cui al comma 1 dell'articolo 15 della presente legge;
 - e. esprimono parere vincolante per l'istituzione dei profili professionali delle professioni sanitarie non convenzionali di cui al comma 1 dell'articolo 15 della presente legge, ai sensi del comma 2 dell'articolo 19 della presente legge.
 - f. esprime parere sui ricorsi di cui al comma 1 dell'art. 2, ai sensi della lettera h, comma 1 dell'art. 5.
6. Le commissioni per la formazioni di cui al comma 2 dell'articolo 17 della presente legge, presentano al Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica un rapporto annuale sul lavoro svolto.

Art. 19.

(Competenze professionali e profili dei chiropratici e degli osteopati)

1. L'intervento del chiropratico e dell'osteopata sul paziente avviene solo manualmente con l'esclusione della prescrizione dei farmaci e della effettuazione di ogni intervento chirurgico.
2. Il Ministro della salute col parere vincolante delle commissioni per la formazione di cui al comma 2 dell'articolo 17 della presente legge, ai sensi della lettera e) comma 5 dell'articolo 18 della presente legge, con proprio decreto, ai sensi dell'articolo 1 comma 2 della legge 26 febbraio 1999, n. 42, istituisce i profili professionali relativi alle professioni sanitarie non convenzionali di chiropratici e osteopati di cui all'articolo 15 della presente legge.

Art. 20.

(Disposizioni transitorie – Riconoscimento ed equiparazione del diploma di laurea nelle professioni sanitarie non convenzionali esercitate dai laureati in chiropratica e dai laureati in osteopatia)

1. All'entrata in vigore della presente legge, il riconoscimento del diploma di laurea delle professioni sanitarie non convenzionali di cui all'articolo 15 della presente legge, nonché l'equiparazione (equipollenza) al relativo diploma di cui al comma 1 dell'articolo 17 della presente legge conseguito precedentemente e nei sei anni successivi all'entrata in vigore della presente legge presso istituti privati di formazione, viene effettuato, su richiesta degli interessati, dalla commissione permanente di cui alla lettera n), comma 1, dell'articolo 5 della presente legge previo parere vincolante dell'apposita commissione di cui al comma 2 ed ai sensi del comma 3 del presente articolo.
2. Presso il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, senza nuovi maggiori oneri per il bilancio dello Stato, è istituita un'apposita commissione per la valutazione del diploma di laurea nelle professioni sanitarie non convenzionali di cui all'articolo 158 della presente legge conseguito precedentemente e nei sei anni successivi all'entrata in vigore della presente legge.
3. La commissione di cui al comma 2 del presente articolo, in conformità alle norme e ai principi di cui ai commi 2 e 3 dell'art. 18 della presente legge, svolge i seguenti compiti:
 - a. determina i criteri e i requisiti richiesti;
 - b. valuta i titoli posseduti;
 - c. provvede alla valutazione del curriculum professionale, dei corsi di studi e pubblicazioni;
 - d. qualora non ritenga sufficiente i requisiti posseduti di cui alle lettere b) e c) del presente comma, stabilisce la necessaria integrazione da conseguire presso le università statali e non statali di cui al comma 1 dell'articolo 17 della presente legge;
 - e. esprime parere vincolante alla commissione permanente di cui alla lettera n), comma 1 dell'articolo 5 della presente legge, tenuto conto di quanto disposto nel presente comma.
4. La commissione di cui al comma 2 del presente articolo è composta dai seguenti membri nominati con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, d'intesa con il Ministero della salute, entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge:
 - a. un rappresentante del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, con funzione di presidente;
 - b. un rappresentante del Ministero della salute
 - c. tre rappresentanti delle regioni designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano;
 - d. un rappresentante designato dall'Ordine dei laureati in chiropratica di cui al comma 1 dell'articolo 16 della presente legge;
 - e. un rappresentante designato dall'Ordine dei laureati in osteopatia di cui al comma 1 dell'articolo 16 della presente legge;
 - f. due docenti universitari nominati di concerto su indicazione delle società e associazioni scientifiche accreditate di cui all'articolo 2 della presente legge, per le professioni sanitarie non convenzionali di cui all'articolo 15 della presente legge;
 - g. tre rappresentanti designati di concerto su indicazione delle società e associazioni scientifiche accreditate delle medicine e delle pratiche non convenzionali di cui all'articolo 2 della presente legge per ognuna delle professioni sanitarie di cui al comma 1 dell'articolo 15 della presente legge.
5. Il Ministro della salute di concerto con il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica provvede con proprio decreto al riconoscimento e all'equiparazione dei titoli di cui al comma 1 del presente articolo.
6. La commissione di cui al comma 2 del presente articolo dura in carica sette anni, al termine dei quali decade. Il segretario della commissione è un funzionario del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica con qualifica non inferiore alla ex ottava qualifica funzionale.
7. L'attività e il funzionamento di cui al comma 2 del presente articolo sono disciplinate da un regolamento interno approvato dalla commissione stessa.
8. L'eventuale spesa per il funzionamento della commissione di cui al comma 2 del presente articolo sono poste a carico del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca

- scientifico e tecnologico che vi provvede nell'ambito degli stanziamenti di bilancio esistenti.
9. La commissione di cui al comma 2 del presente articolo presenta al Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica un rapporto annuale sul lavoro svolto.

Capo IV

PROFESSIONI SANITARIE NON CONVENZIONALI

ESERCITATE DA OPERATORI NON MEDICI

Art. 21.

(Istituzione delle professioni sanitarie non convenzionali esercitate da operatori non medici)

1. La Repubblica italiana ai sensi dei commi 1 e 2 dell'articolo 1 della presente legge, riconosce le professioni sanitarie non convenzionali esercitate da operatori non medici, disciplinate dalla presente legge, previo accreditamento delle società e associazioni scientifiche di riferimento ai sensi del comma 1 dell'articolo 2 della presente legge, che comprendono:

- a. la naturopatia;
- b. lo shiatsu;
- c. la riflessologia;
- d. la pranoterapia;

.../...

13 LUXEMBOURG



Le Duché se singularise des autres états membres de la communauté, et de la volonté mondiale de l'OMS, en déclarant que seuls seront habilités à exercer, une pratique médicale non conventionnelle, les titulaires d'un diplôme de médecine à savoir médecins généralistes, médecins spécialistes et médecins-dentistes.

Cette proposition de loi n° 4684 de M. Jean Colombera portant réglementation des pratiques de médecine non conventionnelle dans le domaine de l'art médical va à l'encontre du respect de l'apport traditionnel comme complément à la médecine conventionnelle.



14 NORVEGE

Il n'y a pas de monopole de la médecine.

Une loi de janvier 1936 réglemente l'exercice de la médecine par des non médecins en leur conférant un droit à exercice moyennant certaines limites.

Un tronc commun d'études médicales a été mis en place entre la Finlande, la Suède, la Norvège et le Danemark depuis 1994.

Après trois années d'études, les étudiants peuvent choisir une formation officielle dans une médecine non conventionnelle.

15 PORTUGAL



Le 1^{er} juin 2000, reconnaissance de la naturopathie avec des déclinaisons en phytothérapie, ostéopathie, chiropratique, acupuncture et shiatsu (médecine traditionnelle chinoise).

La Loi de l'été 2003 confirme le texte adopté en 2000 en reconnaissant la naturopathie, la phytothérapie, l'ostéopathie, la chiropratique, l'acupuncture et le shiatsu (médecine traditionnelle chinoise).



Les non médecins et les paramédicaux peuvent exercer les médecines non conventionnelles dans certaines limites fixées par la loi n° 409 de 1960.

Les kiropraktors (chiropraticiens) et les naprapats (similaires aux ostéopathes) sont légalement reconnus comme professionnels de soins de santé (n° 1988/89 : 96) et ont un statut officiel de première intention.

Ils exercent donc sans prescription, mais ne sont pas pris en charge par les assurances sociales.

Les professions de santé reconnues en Suède sont :

Läkare (médecin), tandläkare (dentiste), psykologer (psychologue), Barnmorskor (sage-femme), sjuksköterskor (infirmière), tandhygienister (naturopathe hygiéniste), kiropraktorer (chiropraticien) och naprapater (similaires aux ostéopathes).

« Kartläggningen omfattade cirka 1 500 legitimerade privatpraktiserande yrkesutövare inom yrkena läkare, tandläkare, psykologer, barnmorskor, sjuksköterskor, tandhygienister, kiropraktorer och naprapater i västra Sverige. »

Un tronc commun d'études médicales a été mis en place entre la Finlande, la Suède, la Norvège et le Danemark depuis 1994.

Après trois années d'études, les étudiants peuvent choisir une formation officielle dans une médecine non conventionnelle.



La chiropractie est reconnue sur toute la confédération en tant que profession médicale de première intention.

Pour les ostéopathes, la situation officielle actuelle ne concerne que les cantons de Fribourg et de Genève, avec un statut inférieur à celui des chiropraticiens.

La généralisation de la légalisation de l'exercice de l'ostéopathie est en cours de réalisation. Avec cette généralisation, le statut des ostéopathes sera équivalent à celui des chiropraticiens.

Ci-après sont reproduits quelques extraits :

Pour Genève, la loi K305 *du 11 mai 2001* sur l'exercice des professions de la santé, les établissements médicaux et diverses entreprises du domaine médical (LPS)

Pour Fribourg, la loi du 16 novembre 1999 sur la santé et le Règlement du 21/11/2000 concernant les fournisseurs de soins et la Commission de surveillance

Pour Genève :

Chapitre V Chiropraticiens

Art. 43 Titre

L'exercice de la profession de chiropraticien est réservé aux titulaires du diplôme délivré par la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires et d'un certificat ou diplôme attestant que l'intéressé a suivi les cours et subi avec succès les examens d'un institut de chiropratique suisse ou étranger reconnu par le département fédéral de l'intérieur.

Art. 44 Droits

¹ Sous réserve des dispositions de la présente loi, et dans les limites de la formation dispensée conformément à l'article 43, les chiropraticiens inscrits ont le droit :

- a) de poser un diagnostic;
- b) d'employer des installations de radiologie aux fins d'établir leurs diagnostics et de constater le résultat de leurs traitements, sous réserve des dispositions du droit fédéral;
- c) de prescrire et de procéder aux examens et analyses nécessaires à l'établissement de leurs diagnostics;
- d) de prescrire des traitements de physiothérapie et de masso-kinésithérapie.

² Les chiropraticiens inscrits n'ont pas le droit :

- a) d'exécuter un acte chirurgical;
- b) de prescrire des médicaments par ordonnance, à l'exception de ceux autorisés par le droit fédéral.

Art. 45 Formation et examens

¹ Un chiropraticien inscrit est autorisé à former des stagiaires en chiropratique.

² Le Conseil d'Etat édicte le règlement d'examens après avoir reçu l'avis de la commission et de la commission d'examens.

.../...

Chapitre XI Ostéopathes

Art. 62 Titre

L'exercice de la profession d'ostéopathe est réservé aux titulaires du diplôme d'ostéopathie délivré par une école suisse ou d'un titre étranger jugé équivalent par le Conseil d'Etat en collaboration avec les associations professionnelles.

Art. 63 Droits

¹ Sous réserve des dispositions de la présente loi, et dans les limites des compétences attestées par leur diplôme, les ostéopathes inscrits ont le droit :

- a) de diagnostiquer des troubles fonctionnels qui proviennent des modifications réversibles des structures formant l'organisme;
- b) de traiter des états tissulaires se traduisant par des restrictions de mobilité et par des dysfonctions de l'organisme, en effectuant des techniques et des manipulations ostéopathiques;
- c) de prendre des mesures prophylactiques.

² Les ostéopathes n'ont pas le droit :

- a) de prescrire, d'administrer ou de remettre des médicaments;
- b) de prescrire et de pratiquer des actes de radiologie.

.../...

Evolution de la loi et de la formation

Art. 131 Réexamen de la loi

Le Grand Conseil est chargé d'examiner d'ici au 31 décembre 2003 l'opportunité de procéder à une révision complète ou partielle de la présente loi.

Pour Fribourg :

Art. 1 Liste des professions soumises à autorisation

Les professions dont la pratique à titre indépendant est soumise à autorisation de la Direction de la santé publique et des affaires sociales (ci-après : la Direction) sont les suivantes :

ambulancier/ière, audioprothésiste, bandagiste orthopédiste, chiropraticien/ne, diététicien/ne, droguiste, ergothérapeute, hygiéniste dentaire, infirmier/ière, logopédiste orthophoniste, masseur/euse médical/e, médecin, médecin dentiste, médecin vétérinaire, opticien/ne, ostéopathe, pharmacien/ne, physiothérapeute, podologue, psychologue-psychothérapeute, sage-femme, technicien/ne pour dentiste.

.../...

Art. 3 b) Professions médicales

¹ La pratique à titre dépendant des professions de chiropraticien-ne, médecin, médecin dentiste, médecin vétérinaire et pharmacien-ne est soumise à autorisation.

² Une personne qui pratique une de ces professions en poursuivant une formation postgraduée bénéficie uniquement, à cet effet, d'une autorisation en tant qu'assistant ou assistante. Celle-ci est limitée dans le temps, compte tenu de la durée de la formation requise pour la spécialisation choisie. La Direction règle le détail de cette matière.

³ Une personne pratiquant à titre indépendant une profession médicale en dehors d'une institution de santé ne peut être responsable de plus d'un assistant ou d'une assistante.

.../...

Art. 17 Service de garde et service de permanence

a) Compétence

¹ Les ambulanciers et ambulancières, les chiropraticiens et chiropraticiennes, les infirmiers et infirmières, les médecins, les médecins dentistes, les médecins vétérinaires, les pharmaciens et pharmaciennes et les sages-femmes et hommes sages-femmes sont tenus d'organiser par le biais de leur association professionnelle des services de garde et des services de permanence par région et, le cas échéant, par spécialité.

² Les associations professionnelles reconnues par le Conseil d'Etat sont habilitées à astreindre à ces services tant leurs membres que les professionnels qui n'en font pas partie.

.../...

4. Chiropraticien et chiropraticienne

Art. 33 Activité autorisée

¹ L'autorisation de pratiquer dans le canton en qualité de chiropraticien ou chiropraticienne confère à son ou sa titulaire le droit de prévenir, d'examiner, de diagnostiquer, d'évaluer, de traiter et de réhabiliter les troubles fonctionnels et les syndromes douloureux dus à des lésions affectant le système locomoteur du corps humain et leurs conséquences biomécaniques et neurophysiologiques.

² L'usage des moyens d'examen nécessaires à l'établissement d'un diagnostic, notamment l'imagerie médicale et les analyses de laboratoire, est autorisé dans la mesure où il s'appuie sur une formation spécifique et sur la pratique de la profession.

³ Le chiropraticien ou la chiropraticienne exerce sa profession dans les limites de la formation reconnue par la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires.

Art. 34 Titre requis

L'autorisation de pratiquer en qualité de chiropraticien ou chiropraticienne est accordée aux personnes titulaires du diplôme de chiropratique délivré par la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires ou d'un autre titre jugé équivalent.

.../...

16. Ostéopathe

Art. 58 Activité autorisée

¹ L'autorisation de pratiquer dans le canton en qualité d'ostéopathe confère à son ou sa titulaire le droit de :

- a) poser un diagnostic ostéopathique ;
- b) traiter des états tissulaires se traduisant par des restrictions de mobilité et par des dysfonctions de l'organisme à l'aide des techniques et manipulations ostéopathiques.

² L'ostéopathe attire l'attention du patient ou de la patiente sur l'opportunité d'en référer à un ou une médecin ou médecin dentiste ou à un chiropraticien ou une chiropraticienne lorsque son état exige un examen ou un traitement d'ordre médical ; cette indication figure au dossier du patient ou de la patiente.

³ L'ostéopathe n'est pas habilité-e à procéder à d'autres interventions, à prescrire, à remettre ou à administrer des médicaments ni à pratiquer des actes de radiologie.

Art. 59 Titre requis

¹ L'autorisation de pratiquer en qualité d'ostéopathe est accordée aux personnes titulaires d'un diplôme reconnu par la Direction qui atteste l'acquisition des connaissances nécessaires pour la pratique de la profession dans les domaines suivants :

- a) anatomie, physiologie, imagerie médicale, médecine interne, rhumatologie, pédiatrie, chirurgie, orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, neurologie, oto-rhino-laryngologie, gynécologie-obstétrique, psychiatrie, médecine d'urgence, déontologie et législation ;
- b) anamnèse, examen, diagnostic et manipulation selon les règles de l'ostéopathie.

² La formation de base en ostéopathie est d'une durée minimale de quatre ans, comprenant au moins 4500 heures de cours théoriques et pratiques.

³ Pour les personnes titulaires d'un diplôme reconnu de médecine, l'acquisition du diplôme en ostéopathie se fait dans le cadre d'une formation complémentaire d'au moins 1000 heures de cours théoriques et pratiques.

⁴ Pour les personnes titulaires d'un diplôme reconnu de physiothérapie, l'acquisition du diplôme en ostéopathie se fait dans le cadre d'une formation complémentaire d'au moins 2000 heures de cours théoriques et pratiques précédée par une pratique professionnelle d'au moins deux ans en physiothérapie.

⁵ L'expérience professionnelle en ostéopathie au sens de l'article 4 est acquise en clinique ostéopathique, en cabinet privé chez un ostéopathe ayant une expérience professionnelle en ostéopathie de cinq ans au minimum et, pour approfondir le diagnostic différentiel, en milieu hospitalier. Cette expérience doit être acquise à raison d'au moins dix-huit mois après l'obtention du diplôme en ostéopathie.

MODIFICATION DE LA LOI

La modification et la généralisation de la loi attendue pour la fin 2003 placera l'ostéopathie au même rang que la chiropractie en définissant et fixant le niveau et la formation (critères quantitatifs et qualitatifs) de la profession d'ostéopathe, le profil de la profession, le concept, le champ d'application, telle que l'a étudiée et définie la CI REO.

De même, suivant la directive 1206 de 1999, il est prévu et souhaité l'élaboration de tronc communs avec d'autres professions (champs professionnels larges) selon un système modulaire, notamment avec les professions de chiropraticien(ne)s et de médecins, du moins pendant une certaine durée des études, puis, les derniers modules de formation permettraient d'approfondir chacune des spécificités de ces professions.

La formation ne devrait être dispensée qu'à plein temps. Des cliniques ou services hospitaliers devront être développés afin d'assurer le niveau de pratique des futurs étudiants et un institut de contrôle (surveillance) devra également être mis sur pied pour garantir leurs fonctionnements.



**Le Chef du
Département de la
santé et de l'action
sociale**

Bâtiment administratif de la Pontaise
Av. des Casernes 2 - 1014 Lausanne

Tél. 021 316 50 00
Fax 021 316 50 41

Lausanne, le 25 avril 2003

Ecole d'ostéopathie de Genève
Monsieur Pierre Bédât
Rte de Frontenex 126
1208 Genève

Règlement vaudois sur l'exercice des professions de la santé

Monsieur,

Je me réfère à votre lettre du 7 mars dernier et je vous apporte les précisions suivantes.

Les suggestions des associations d'ostéopathes diplômés de supprimer le statut hybride de physiothérapeute ostéopathe a été suivi.

Par contre, le canton de Vaud se trouve dans une situation particulière dans la mesure où il compte un nombre important de physiothérapeutes formés en ostéopathie qui pratiquent l'ostéopathie depuis plusieurs années à la satisfaction de leurs patients et sans avoir attiré l'attention de l'autorité sanitaire.

Nombre d'entre eux ont suivi une formation qui n'est peut-être pas équivalente à celle donnée dans les écoles de Belmont ou de Genève mais qui ne manque cependant pas de sérieux et a permis de garantir la sécurité des patients qui se sont adressés à eux.

Les dispositions transitoires envisagées pour ces personnes méritent d'être précisées. Il ne s'agit pas de délivrer des autorisations à des personnes dont la formation serait gravement lacunaire. D'autre part, ces autorisations spéciales de pratiquer ne permettront pas d'invoquer la loi fédérale sur le marché intérieur pour obtenir automatiquement un droit de pratique dans un autre canton.

Enfin, seuls les ostéopathes établis dans le canton de Vaud avant le 1^{er} janvier 2003 pourraient bénéficier de ce traitement particulier.

Nous avons par ailleurs le plaisir de vous annoncer que le Président de la CIREO est revenu sur son premier avis négatif et s'est déclaré d'accord de procéder à l'évaluation de ces dossiers, afin d'aider mes services à faire le tri entre les personnes dont la formation est acceptable et celles dont le bagage est manifestement insuffisant. Je me réjouis de cette collaboration.

Comme le Médecin cantonal et le Chef de service l'ont écrit, il est apparu excessif voire même juridiquement contestable de ne délivrer que des autorisations provisoires et d'exiger de tous les ostéopathes qu'ils passent l'examen intercantonal dans deux ou trois ans, lorsque cet examen existera.

Je rappelle que la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires va mettre sur pied un examen théorique et pratique complet à l'image de ce qui existe pour les chiropraticiens. Il ne s'agit pas, comme le pensait le Dr Waldburger, d'un examen pratique tendant à s'assurer des aptitudes cliniques des candidats. Dans ces conditions, faire repasser un tel examen à des personnes ayant terminé leur formation depuis un certain temps, voire plusieurs années, aurait un caractère exagéré.

Il n'est pas difficile d'imaginer que si on obligeait les médecins installés à repasser aujourd'hui l'entier de l'examen fédéral, la proportion d'insuccès serait non négligeable.

Par contre, dès que cet examen existera, le canton de Vaud en fera la condition expresse pour obtenir l'autorisation de pratiquer la profession d'ostéopathe.

Je précise encore que mes collaborateurs ont eu l'occasion d'expliquer leur projet au Groupe de travail CDS chargé de définir la procédure d'organisation du nouvel examen et au Groupe de travail « Professions de la santé » du Groupement romand des Services de santé publique.

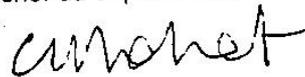
La position vaudoise a été comprise et admise. Elle a été aussi acceptée par le Président de la CIREO, par le Prof. Dominique Sprumont, directeur adjoint de l'Institut de droit de la santé à Neuchâtel, ainsi que par le Secrétaire général du Département vaudois de la Formation et de la Jeunesse, qui a jugé bienvenues les dispositions transitoires que vous contestez.

Il est inutile de préciser, je pense, que l'Association des physiothérapeutes-ostéopathes et les associations de physiothérapeutes approuvent également le projet vaudois.

J'espère vous avoir apporté des précisions utiles et vous avoir aidés à comprendre les intentions de mon département.

Je vous prie de croire, Monsieur, à l'expression de mes sentiments distingués.

Le chef du département



Charles-Louis Rochat

Copies :

- M. Thomas Burgener - Président de la CRASS
- Mme Ariane Montagne - CDS
- Dr M. Waldburger - Président de la CIREO

18 NOUVELLE ZELANDE



Actuellement il n'y a aucune législation spécifique réglementant les médecines non conventionnelles (alternative et complémentaire), à l'exception des chiropracteurs qui sont réglementés par le Chiropractors Act de 1982.

Les médecines non conventionnelles, dont l'ostéopathie, seront réglementées au plus tard en 2004.

VI ANNEXES



1 Textes de lois

[A Suisse](#)

[1 Geneve](#)

[2 Fribourg](#)

[B Nouvelle Zélande](#)

[C Allemagne](#)

[D Angleterre](#)

[E Belgique](#)

[F Italie](#)

[G Luxembourg](#)

Sites de santé européens

[Allemagne](#)
[Autriche](#)
[Belgique](#)
[Danemark](#)
[Espagne](#)
[Irlande](#)
[Italie](#)
[Finlande](#)
[Grece](#)
[Luxembourg](#)
[Pays-bas](#)
[Portugal](#)
[Royaume Uni](#)
[Suède](#)

Ministère de la santé

Ministère du Travail, de la Santé publique et des Affaires sociales

Ministère de la santé

Ministère des affaires sociales et de la santé

Ministère de la santé

Ministère des affaires sociales

Ministère de la santé

Ministère des affaires sociales et de la santé

Ministère de la santé

Ministère de la santé

Ministère de la santé publique

Ministère de la santé

Ministère de la santé

Ministère des affaires sociales

2 Définitions de l'ostéopathie et de la chiropratique



AFC

La Chiropratique est une profession qui a pour objet le recouvrement et le maintien de la **santé** humaine, ainsi que le diagnostic, le traitement, et la prévention de ses déficiences en concentrant son intervention sur l'intégrité du **système nerveux**, en relation avec tous les autres systèmes du corps humain, sains ou malades, en portant une attention particulière à la colonne vertébrale.

AFO

Définition de l'Encyclopédie Universalis :

« L'ostéopathie est une médecine naturelle qui tend à donner à l'homme la pleine possession de son potentiel physiologique et psychologique.
Elle se sert d'une technique thérapeutique qui vise à réharmoniser les rapports de mobilité et de fluctuation des structures anatomiques au moyen d'ajustements précis. »

Définition Suisse extraite du rapport de la CI REO :

« La médecine ostéopathique englobe toutes les techniques de diagnostics et de thérapeutiques visant à la découverte, à la correction et à la prévention des lésions ostéopathiques.

La lésion ostéopathique (dysfonction) est une modification de structure qui assure sa propre continuité dans le temps et qui est réversible en cas de traitement approprié. »

ODF

L'ostéopathie est une médecine manuelle qui comprend plusieurs champs d'application. Ses multiples techniques structurelles, viscérales, fasciales et crâniennes permettent d'aborder nombre de problèmes de santé.

SFDO

L'ostéopathie est une profession de santé qui permet de diagnostiquer puis de traiter manuellement les pertes de mobilité des différentes structures qui constituent le corps humain. C'est une thérapeutique fondée sur la connaissance précise de l'anatomie, de la physiologie et des interactions entre chacun des grands systèmes du corps humain. Le Diagnostic Ostéopathique Spécifique (D.O.S.) permet de mettre en évidence les dysfonctionnements entraînant une altération de l'équilibre de santé.

SNOF

L'ostéopathie consiste en une méthode de soins qui, par des actions manuelles sur les tissus ligamentaires et musculaires ainsi que sur les structures osseuses et viscérales, a pour but de susciter ou faciliter une réaction naturelle susceptible de faire cesser les troubles ostéo articulaires, organiques ou fonctionnels constatés afin d'obtenir l'équilibre général du patient.

UFOF

L'ostéopathie est une méthode thérapeutique manuelle, qui s'emploie à déterminer et à traiter les restrictions de mobilité affectant les structures composant le corps humain. Selon son principe : toute perte de mobilité des articulations, des muscles, des ligaments ou des viscères peut provoquer un déséquilibre de l'état de santé.

L'ostéopathe exerce en s'appuyant sur une connaissance approfondie de l'anatomie et de la physiologie. Il considère l'individu dans son ensemble : tout à la fois art, science et technique, l'ostéopathie repose en effet sur un concept philosophique : " l'homme est un tout ".

Le praticien n'utilise que ses mains : il perçoit tensions et déséquilibres grâce à une palpation précise, minutieuse, exacte, qui est le fondement de l'ostéopathie. Grâce à cette qualité d'écoute, l'ostéopathie est une thérapie préventive et curative.

L'intervention de l'ostéopathe est toujours parfaitement dosée : c'est la recherche du geste minimum indispensable et bienfaisant.

3 Rapport du professeur Philippe Vautravers



Les manipulations vertébrales se distinguent des autres thérapies manuelles (massages, mobilisations, techniques neuro-musculaires) par l'impulsion manipulative qui entraîne les surfaces articulaires au-delà de leurs jeux physiologiques habituels. Les techniques habituellement utilisées en France sont ostéopathiques, à bras de levier long.

Les manipulations cervicales ont fait la preuve de leur efficacité dans les céphalées d'origine cervicale, les cervicalgies subaiguës et chroniques (21). Toutefois, le bénéfice obtenu est à court terme et la signification statistique des résultats reste "limite" et à confirmer.

Le risque d'accidents graves après manipulations cervicales est extrêmement réduit mais réel. Ils peuvent remettre en cause la pratique de ce type de thérapeutique dans la mesure où le rapport bénéfice/risque est discuté.

Les accidents après M.C. rapportés dans la littérature médicale scientifique peuvent être estimés actuellement aux alentours de 200. Ainsi, Acker cité par Gross et coll. (6) recense 134 accidents publiés dans la littérature anglo-saxonne.

Assendelft et coll. en trouvent 182 (1) jusqu'en 1993 inclus. Enfin, Hurwitz (10) rapporte 118 publications anglo-saxonnes d'accidents vertébro-basilaires entre 1966 et 1996.

La plupart des accidents après M.C. sont d'ordre vasculaire. Le plus souvent il s'agit d'accidents dans le territoire vertébro-basilaire (AVB) : 165 observations ont été rapportées. 13 accidents cérébraux dans d'autres territoires ont été également décrits. Enfin, 4 hernies cervicales devenues symptomatiques sont citées.

Les accidents ostéo-articulaires, sans signe neurologique, les fractures, luxations, entorses, les incidents... font plus volontiers l'objet de déclarations auprès des assurances que de publications (11, 18).

Complications neurologiques après manipulations cervicales

Les données de la littérature permettent de dégager quelques éléments concernant ce type d'accidents.

Motifs de consultation

La plupart des patients consultent pour une douleur et/ou une raideur de nuque. Il faut toutefois souligner que dans certains cas le diagnostic n'est pas connu, que le patient est asymptomatique ou que l'indication de la manipulation cervicale est fantaisiste (rhume des foies...).

Praticien responsable

Pour Assendelft (1), 92 des 165 AVB (56 %) sont survenus après des M.C. réalisées par des chiropracteurs, 15 par des "Medical doctor", 8 par des "Doctor of osteopathy", 6 par des kinés, 10 par d'autres personnes et 34 observations ne sont pas détaillées. Sur les 13 accidents vasculaires non vertébro-basilaires, 9 sont survenus après chiropractie.

Hurwitz et coll. dans leur série plus courte (118 cas), mais regroupant vraisemblablement les mêmes patients, constatent que 73 % des accidents surviennent après M.C. effectuées par des chiropracteurs, 7 % par des ostéopathes, 4 % par des "Medical doctor" et 16 % par d'autres personnes.

Type de manipulation en cause

Dans 55 observations publiées, le type de M.C. est décrit. La manoeuvre responsable de l'accident s'est faite en rotation dans 82 % des cas (10).

Patients

L'âge moyen est de 38 ans
sexe : 84 femmes, 67 hommes.

Type de complication

Mode d'installation

Evolution

Syndrome de Wallenberg : 25 % des AVB
Infarctus cérébelleux ou cérébral : 46 %
Dissection ou spasme de l'artère vertébrale : 19,5 %
Locked-in syndrome : 3 %

Les premiers symptômes de l'insuffisance vertébro-basilaire sont apparus pendant la manoeuvre manipulative ou immédiatement après la manipulation (quelques secondes) dans 69,5 % des cas. Dans 30 % des cas, les patients sont devenus symptomatiques 24 heures ou plus après la manipulation.

Les 165 AVB ont évolué de la façon suivante : décès 29, séquelles neurologiques définitives 86, guérison 44, inconnue 6.

Les décès et séquelles neurologiques graves auraient vraisemblablement pu être prévenus par un diagnostic précoce de l'AVB (20).

Discussion

Fréquence des accidents après manipulations cervicales

L'incertitude est grande en ce qui concerne, d'une part, le nombre de manipulations effectuées par les médecins et par les illégaux et, d'autre part, le nombre d'accidents réels : en effet, ceux-ci sont très sûrement supérieurs aux cas publiés. Robertson (17) estime, en 1981, que 360 cas d'AVB post-manipulatifs n'ont pas été rapportés. Shekelle (19) en 1991, estime qu'aux USA, 1/10e des accidents sont publiés. La publication de Lee (13) confirme cette impression.

Lecocq et Vautravers (11, 12) ont tenté d'estimer la fréquence des accidents post-manipulatifs en France. D'après les données syndicales et celles des différents annuaires existants, 1 000 à 3 000 personnes pratiquent 5 à 15 manipulations par jour. Ainsi, l'estimation minimale du nombre de manipulations effectuées (500 médecins et 500 illégaux effectuant 5

manipulations/jour, 5 jours/semaine, 45 semaines/an) est de 1 million de manipulations vertébrales par an. L'estimation maximale (1 500 médecins, 1 500 illégaux pratiquant 15 manipulations/jour, 250 jours/an) est de 11 millions de manipulations vertébrales/an. Les manipulations cervicales représentant au moins la moitié des manipulations vertébrales réalisées, celles-ci ont été estimées par les auteurs à 5 millions de manipulations cervicales par an en France. L'analyse de la littérature médicale faisant ressortir 1 accident vasculaire post-manipulatif par an, la fréquence de ceux-ci a été ainsi estimée à

1 ACCIDENT (publié) POUR 5 MILLIONS DE M.C.

Dans la littérature, les données sont éparpillées :

Haynes(8) constate moins de 5 accidents pour 100 000 M.C. ; Michaeli (15) rapporte 1 AVB pour 228 050 M.C. ; Gutmann (7) estime de 2 à 3 le nombre d'AVB pour 1 million de M.C. ; Handerson et Cassidy (9) font une estimation de 1 accident pour 1 million de M.C. ; Dvorak (4) ne constate, en Suisse, aucune complication neurologique grave dans la pratique de 460 spécialistes ayant effectué 150 000 manipulations, dans une période donnée. Il estime le risque à un accident grave pour 400 000 à 1 million de M.C.

Très intéressantes sont les données canadiennes, très précises puisque le nombre d'actes manipulatifs des chiropracteurs est plus précisément connu en raison d'un système d'assurance obligatoire de ces praticiens. Ainsi en 5 ans, 13 AVB ont été rapportés. Ceci permet à Carey (3) d'estimer la fréquence des accidents à 1 pour 3,85 millions de M.C. en 5 ans. Si la définition des manipulations est plus large, il estime à 1 accident pour 2 millions de M.C. Shekelle (19), tous accidents chiropractiques confondus, estime la fréquence des accidents à 1 pour 1 million de M.C. Les complications graves sont de 6 pour 10 millions de manipulations, les décès sont inférieurs à 3 pour 10 millions de manipulations.

Ainsi, s'il est possible de donner une estimation de la fréquence, celle-ci se situe vraisemblablement aux alentours d'1 accident pour 1 million de M.C.

Rapport risque/bénéfice

Il faut certes évaluer la fréquence des accidents après M.C., mais il serait intéressant de mieux apprécier le ratio risque/bénéfice des manipulations. Dans ce domaine, Powell (16), neurochirurgien, ainsi que Barr (2), pensent que ce ratio est acceptable pour la lombalgie aiguë et qu'il ne l'est pas au niveau cervical. Lee et coll. (13) confirment cette nécessaire grande prudence dans le domaine cervical. Ces auteurs ont interrogé par questionnaire 486 neurologues californiens. 177 d'entre eux, soit 1/3, ont répondu avoir constaté dans les deux années précédentes (1990-91) 91 accidents survenus dans les 24 heures suivant une manipulation chiropractique. Il s'agissait de 56 AVC (53 AVB), 13 myélopathies et 22 radiculopathies ! Certes, les biais méthodologiques de cette étude sont réels (biais de sélection, absence d'information sur l'état antérieur des patients, sur la raison de la manipulation, sur la technique employée...). Il n'en demeure pas moins qu'elle montre que le nombre d'accidents post-manipulatifs paraît largement sous-estimé.

A l'opposé, il faut rappeler que les autres traitements utilisés dans les cervicalgies sont également responsables de nombreux accidents ; ainsi, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont responsables de 3,2 accidents (hémorragie, perforation, ulcère, décès) pour 1000 patients de moins de 65 ans et de 0,39 accidents pour 1000 patients de plus de 65 ans. Tous âges confondus, les AINS déclenchent un accident grave pour 1000 patients (5).

Il faut souligner que la chirurgie cervicale est responsable, également, d'un grand nombre d'accidents neurologiques et de décès (10).

Facteurs prédisposants

Les accidents vertébro-basilaires post-manipulatifs, accidents les plus fréquents, surviennent plutôt chez le sujet jeune, de sexe féminin, sans antécédent particulier.

L'arthrose, en particulier, n'augmenterait pas le risque. L'accident survient souvent lors d'actes manipulatifs où existe une importante composante rotatoire, qui met directement en tension l'artère vertébrale. Dans les accidents rapportés dans la littérature médicale, la manipulation est le plus souvent chiropractique sans que l'on puisse affirmer actuellement que la spécificité de ce type de techniques soit la cause de l'accident. Lors des tests vasculaires proposés pour dépister une IVB, le "thrust" ne peut être reproduit et il existe par ailleurs des faux négatifs. Les accidents vertébro-basilaires peuvent ainsi être parfaitement imprévisibles, alors que les accidents vasculaires non vertébro-basilaires, ainsi que les autres accidents cervicaux, sont le plus souvent liés à une négligence ou à la méconnaissance d'un état antérieur, au non respect d'une contre-indication (1).

Les accidents post-manipulatifs étant imprévisibles, le principe de précaution commande de diminuer le recours aux manipulations cervicales.

Dans ce but, la Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathique a émis 5 recommandations (14, 22) :

1^{ère} recommandation : l'interrogatoire pré-manipulatif doit s'enquérir de manifestations indésirables (vertiges, état nauséux...) ayant suivi une éventuelle première manipulation et ayant régressé spontanément. Cette constatation pouvant témoigner d'un accident ischémique de très petite taille, voire d'un simple spasme vasculaire, doit avoir une valeur d'alerte et contre-indiquer formellement toute manipulation cervicale.

2^{ème} recommandation : l'examen clinique et neurologique est indispensable avant tout acte manipulatif cervical afin d'éliminer, entre autres, un accident vertébro-basilaire ischémique en voie de constitution, pouvant se révéler par des cervicalgies entraînant la consultation.

3^{ème} recommandation : les indications des manipulations cervicales ainsi que les contre-indications techniques et médicales, relatives et absolues, doivent être impérativement respectées.

4^{ème} recommandation : le médecin manipulateur, diplômé, doit être techniquement très compétent. Un an d'exercice continu des techniques manipulatives après l'acquisition du diplôme universitaire paraît un minimum indispensable.

5^{ème} recommandation : au cours de la première consultation, il n'est pas recommandé de recourir aux manipulations cervicales. Les traitements médicamenteux classiques ainsi que les traitements manuels dépourvus de danger doivent être privilégiés. Ce n'est qu'en cas d'échec, après évaluation lors d'une deuxième consultation, qu'une manipulation cervicale peut être pratiquée ; la préférence doit être donnée aux manœuvres limitant au maximum la rotation. La manœuvre doit être faite avec beaucoup de douceur et précédée de tests pré-manipulatifs comportant une mise en tension cervicale préalable.

Il est, enfin, indispensable et obligatoire d'expliquer et d'informer le patient sur les manipulations cervicales et leurs risques. La possibilité de vertiges et de maux de tête après le traitement doit entraîner un contact immédiat avec le médecin.

Conclusion

Le risque d'accidents après manipulations cervicales est extrêmement faible. Toutefois, la gravité de ceux-ci et les séquelles neurologiques doivent faire réserver ce type de thérapeutiques à des indications très précises relevant de médecins praticiens chevronnés, seuls en mesure d'en poser les indications et d'en respecter les multiples contre-indications en fonction de l'anamnèse et de l'examen.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 • ASSENDELFT W.J.J., BOUTER L.M., KNIPSCHILD P.G.
Complications of spinal manipulation. A comprehensive review of the literature. *The Journal of Family Practice*, 1996 ; 42, 5 : 475-480.
- 2 • BARR J.S.
Point of view. *Spine*, 1996 ; 21, 15 : 1759-1760.
- 3 • CAREY P.F.
A report on the occurrence of cerebral vascular accidents in chiropractic practice. *J. Can. Chiroprac. Assoc.*, 1993 ; 37 : 104-106.
- 4 • DVORAK J., BAUMGARTNER H., BRUN L., DALGAARD J., ENEVALDSEN E., FOSSGREEN J. et al.
Consensus and recommendations as to the side-effects and complications of manual therapy of the cervical spine. *Manual Medizin*, 1991 ; 6 : 117-118.
- 5 • GABRIEL S.E., JAAKKIMAINEN L., BOMBARDIER C.
Risk for serious gastro intestinal complications related to use of non steroidal anti-inflammatory drugs : a meta-analysis. *Ann. Intern. Med.*, 1991 ; 115 : 787-796.
- 6 • GROSS A.R., AKER P.D.
Quarterly Caroline - Manual therapy in the treatment of neck pain. *Rheumatic Disease Clinics of North America* 1996 ; 22, 3 : 579-599.
- 7 • GUTMANN G.
Verletzungen der Arteria Vertebralis durch manuelle therapie. *Manuelle Medizin* 1983 ; 21 : 2-14.
- 8 • HAYNES M.J.
Stroke following cervical manipulation in Perth. *Chiropratic J. Aust.* 1994 ; 24 : 42-46.
- 9 • HENDERSON D.J., CASSIDY J.D.
Vertebral artery syndrome. Part A : vertebrobasilar accidents associated with cervical manipulations. In : Vernon H., ed. *Upper cervical syndrome : chiropractic diagnosis and treatment*. Baltimore, Md : Williams et Wilkins, 1998 : 194-206.
- 10 • HURWITZ E.L., AKER P.D., ADAMS A.H., MEEKER W.C., SHEKELLE P.G.
Manipulation and Mobilization of the Cervical Spine. *Spine*, 1996 ; 21,15 : 1746-1760.
- 11 • LECOCQ J., VAUTRAVERS PH.
Les complications des manipulations vertébrales. Fréquence, aspects cliniques, pathogéniques et thérapeutiques. Préventions. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 1995 ; 38 : 87-94.
- 12 • LECOCQ J., VAUTRAVERS PH., BOOHS P.M. Fréquence des accidents des manipulations vertébrales. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 1996 ; 39, 6 : 398.
- 13 • LEE K.P., CARLINI W.G., CORMICK G.F., ALBERS G.W. Neurologic complications following chiropractic manipulation : a survey of california neurologists. *Neurology*, 1995 ; 45 : 1213-1215.
- 14 • MAIGNE J.Y., BERLINSON G., JOSEPH P., MEZZANA M., RIME B.
La prévention des accidents vasculaires selon les différentes écoles manipulatives. *La Revue de Médecine Orthopédique*, 1998 ; 52 : 12-13.
- 15 • MICHAELI A.
Reported occurrence and nature of complications following manipulative physiotherapy in South-Africa. *Aust. Physiother.* 1993 ; 39 : 309-315.
- 16 • POWELL F.C., HARRIGAN W.C., OLIVERO W.C.
A risk/benefit analysis of spinal manipulation therapy for relief of lumbar or cervical pain. *Neurosurgery*, 1993 ; 33 : 73-78.
- 17 • ROBERTSON J.T.
Neck manipulation as a cause of stroke. *Stroke* 1981 ; 12 : 260-261.
- 18 • SENSTAD O., LEBOEUF Y DE C., BORCKGREVINK CH. Frequency and characteristics of side effects of spinal manipulative therapy. *Spine*, 1997 ; 22 : 435-441.
- 19 • SHEKELLE P.G., BROOK P.H.

A community based study of the use of chiropratic services. Am. J. Public Health, 1991 ; 81 : 439-442.

20 • TERRET A.

Misuse of the literature by medical authors in discussing spinal manipulative therapy injury. J. Manipulative Physiol. Ther. 1995 ; 18 : 203-210.

21 • VAUTRAVERS PH.

Pourquoi je manipule ? La Presse Médicale, 1993 ; 22 : 689.

22 • Société Française de Médecine Orthopédique et Thérapeutiques Manuelles. Les recommandations de la S.F.M.O.T.M. Table ronde des Xèmes Actualités Médicales du Rachis, Paris, juin 1997. La Revue de Médecine Orthopédique, 1998 ; 52 : 16-17.

Pr Philippe VAUTRAVERS,

Dr Jehan LECOCQ,

Dr Marie-Eve ISNER-HOROBETI

Service de Médecine Physique et de Réadaptation C.H.U. Strasbourg

4 Prévention des accidents vertébro-basilaires après manipulation cervicale Recommandations de la SOFMMOO



Introduction

Les textes et communications présentés aux 10^{èmes} Actualités Médicales du Rachis soulignent la possibilité de survenue d'un accident vasculaire après une manipulation cervicale. Ces accidents sont très rares : leur fréquence, telle qu'elle apparaît dans la littérature, peut être estimée à environ un cas sur un million de manipulations. Mais ils peuvent être graves. De plus, il est probable qu'il existe des cas mineurs, comportant simplement un état vertigineux ou nauséux pendant deux à trois jours après la manipulation, l'ensemble régressant spontanément. Ces cas pourraient correspondre à un simple spasme vasculaire. Ils ont cependant valeur d'alerte et doivent rendre prudent quant aux modalités d'un traitement ultérieur.

Au cours de cette table ronde, l'un des intervenants a insisté sur les modifications anatomiques qui prédisposent à ce type d'accident, à savoir une hypermobilité en C1-C2 associée avec une boucle artérielle vertébrale C1-C2 trop peu développée. Malheureusement, cette anomalie n'est pas détectable de façon simple. Les manipulations le plus souvent en cause semblent être celles où la composante rotatoire est importante, puisqu'elle met directement en tension l'artère vertébrale.

Enfin, il y a eu unanimité pour considérer que les tests pré-manipulatifs n'avaient pas de réelle valeur prédictive.

Puisque ce type d'accident est totalement imprévisible, la seule façon d'en diminuer la fréquence est de diminuer le recours aux manipulations cervicales, en particulier celles qui utilisent la rotation. C'est la femme de moins de 50 ans qui paraît le plus souvent atteinte par ce type de complications. C'est donc sur elle que doit se focaliser la prévention.

Les recommandations de la Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathique sont les suivantes :

Première recommandation

Au cours de l'interrogatoire, il est essentiel de questionner la patiente afin de savoir si elle a déjà eu un traitement par manipulation cervicale et si ce traitement a été suivi d'effets indésirables, en particulier vertiges ou état nauséux.

Commentaire : Cette constatation amènerait à contre-indiquer formellement toute manipulation cervicale dans la crainte d'une possible récurrence, éventuellement sur un mode plus grave.

Deuxième recommandation

Devant un ou une patiente présentant une cervicalgie d'apparition très récente, un examen neurologique simple est indispensable afin d'éliminer un accident vertébro-basilaire ischémique en cours de constitution qui, on le sait, peut se manifester par des douleurs cervicales.

Commentaire : Dans ce cas, la douleur est apparue depuis un à deux jours et elle est postérieure ou latérale. Elle s'accompagne souvent de manifestations diverses (céphalées, nausées, petites sensations vertigineuses...). L'examen neurologique doit comporter au moins une étude des réflexes du membre supérieur et, en cas d'anomalie, être plus approfondi.

Troisième recommandation

Les manipulations cervicales sont absolument contre indiquées lorsque la douleur pour laquelle le patient est venu consulter ne peut être rapportée au rachis cervical.

Commentaire : En particulier, il est inacceptable que des patients venus pour une lombalgie voient leur rachis cervical manipulé sous des prétextes divers et contestables. Dans le cas de douleurs dorsales hautes qui peuvent être des douleurs projetées à partir du rachis cervical, il est important de faire constater au patient la présence d'une dysfonction cervicale et de lui expliquer pourquoi on la traite. Il en est de même pour certaines douleurs projetées du membre supérieur.

Quatrième recommandation

Le médecin manipulateur ne doit pas pratiquer de manipulation cervicale s'il n'a pas au moins un an d'exercice continu des techniques manipulatives depuis l'acquisition de son diplôme.

Commentaire : La reconnaissance par l'Ordre d'un diplôme de Médecine Manuelle-Ostéopathie dans un cadre universitaire est, à cet égard, un élément important à prendre en considération.

Cinquième recommandation

Il n'est pas recommandé de recourir aux manipulations cervicales rotatoires chez la femme de moins de 50 ans.

Commentaire : On utilisera plutôt, outre les traitements médicamenteux classiques, des traitements manuels consistant en mobilisations et étirements du rachis cervical, en techniques myotensives, ou en manipulations du rachis thoracique supérieur. Ces manipulations permettent d'étirer et de détendre des muscles aussi importants que les splénius ou les semispinalis dont on sait que l'insertion basse se fait jusqu'en T4-T5 voire T6. Il faut aussi noter qu'il existe des arguments scientifiques pour penser que les manipulations en latéro-flexion cervicale sont sans risque particulier (absence de ralentissement du flux sanguin vertébral mesuré par Doppler lors de la latéro-flexion).

Les techniques en rotation, a priori sans aucun risque chez les sujets de plus de 50 ans, doivent être faites avec beaucoup de douceur et précédées d'une mise en tension poussée pendant environ dix secondes afin d'améliorer la compliance des tissus. En effet, et bien que ceci n'est jamais été montré, il est très probable que le risque vasculaire est proportionnel à la puissance de l'impulsion manipulative.

Enfin, il paraît indispensable d'expliquer au patient la possibilité de vertiges ou de maux de tête après le traitement, dont la survenue nécessiterait de contacter immédiatement le médecin.

Voir aussi :

Les recommandations de la Société Britannique de Médecine Orthopédique :

<http://www.soc-ortho-med.org/vba.htm>

[La notice d'information \(SOFMMOO\) sur les manipulations vertébrales destinée aux patients.](#)

[Retour en haut de page](#)

Références

- Assendelft WJJ, Bouter LM, Knipschild PG. Complications of spinal manipulation. A comprehensive review of the literature. *J Fam Pract* 1996 ; 42 : 475-80
- Auquier L. Les complications neurovasculaires des manipulations du rachis cervical. Point de vue d'un expert judiciaire. *Rev Méd Orthop* 1998 ; 52 : 14-5
- Beran RG, Schaefer A, Sachinwalla T. Serious complications with neck manipulation and informed consent. *Med J Aust* 2000 ; 173 : 213-14
- Carey PF. A report on the occurrence of cerebral vascular accidents in chiropractic practice. *J Can Chiroprac Assoc* 1993 ; 37 : 104-6
- Conseil National de l'Ordre des Médecins. Réflexions sur le principe de précaution. Rapport présenté à la 221e session. Avril 1999.
- Dabbs V, Lauretti W. A risk assessment of cervical manipulation vs. NSAIDs for the treatment of neck pain. *J Manipulative Physiol Ther* 1995 ; 18 : 530-6
- Dvorak J, Baumgartner H, Brun L et al. Consensus and recommendations as to the side-effects and complications of manual therapy of the cervical spine. *Manual Medizin* 1991 ; 6 : 117-8
- Haldeman S, Kohlbeck FJ, McGregor M. Unpredictability of cerebrovascular ischemia. Associated with Cervical spine manipulation therapy. A review of sixty-four cases after cervical spine manipulation. *Spine* 2002 ; 27 : 49-55
- Hurwitz EL, Aker PD, Adams AH, Mecker WC, Shekelle PG. Manipulation and mobilization of the cervical spine. *Spine* 1996 ; 21 : 1746-60
- Lecocq J, Vautravers P. Fréquence des accidents des manipulations vertébrales. *Ann Réadapt Méd Phys* 1996 ; 39 : 398
- Lecocq J, Vautravers P. Complications des manipulations vertébrales. Fréquence, aspects cliniques, pathogéniques et thérapeutiques. Prévention. *Ann Réadapt Méd Phys* 1995 ; 38 : 87-94
- Lee KP, Carlini WC, Cormick GF, Albers GW. Neurologic complications following chiropractic manipulation: a survey of Californian neurologists. *Neurology* 1995 ; 45 : 1213-5
- Licht PG, Christensen HW, Hojgaard P, Hoiland-Carlsen PF. Triplex ultrasound of vertebral artery flow during cervical rotation. *J Manipulative Physiol Ther* 1998 ; 21 : 27-31
- Maigne JY, Berlinson G, Joseph P, Mezzana M, Rime B. La prévention des accidents vasculaires selon les différentes écoles manipulatives. *Rev Méd Orthop* 1998 ; 52 : 12-3
- Maigne JY. Recommandations de la Société Française de Médecine Orthopédique et Thérapeutiques Manuelles. Paris, juin 1997. *Rev Méd Orthop* 1998 ; 52 : 16-7
- Margarey M, Coughlan B, Rebbeck T. Clinical guidelines for pre-manipulative procedures for the cervical spine. Melbourne : Australian Physiotherapy Association 2000
- Patiijn J. Complications in manual medicine : a review of the literature. *J Manual Medicine* 1991 ; 6 : 89-92
- Povell FC, Harrigan WC, Olivero WC. A risk/benefit analysis of spinal manipulation therapy for relief of lumbar or cervical pain. *Neurosurgery* 1993 ; 33 : 73-8
- Terret A. Missive of the literature by medical authors in discussing spinal manipulative therapy injury. *J Manipul Physiol Ther* 1995 ; 18 : 203-10
- Waddell G. Evidence for manipulation is stronger than that for most orthodox medical treatments. *Br Med J* 1999 ; 318 : 262

5 De l'innocuité des manipulations chiropratiques



La recherche concernant l'efficacité des manipulations vertébrales a abouti à une certaine reconnaissance de leur utilisation par des organismes indépendants au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni, et au Danemark, avec pour résultat l'intégration croissante des chiropraticiens dans les systèmes de santé officiels. Cette acceptation a soulevé un intérêt accru quant aux possibles complications des manipulations vertébrales et, en particulier, à l'éventualité d'une dissection artérielle suite à une manipulation cervicale.

Les accidents vertébro-basilaires ischémiques (AVBI) sont une des complications connues, bien qu'extrêmement rares, des manipulations vertébrales. Le mécanisme impliqué est encore sujet à bien des débats, mais la littérature disponible suggère en général la dissection de l'artère vertébro-basilaire comme le mécanisme le plus plausible.

Afin d'étudier les connaissances actuelles de ce mécanisme pathogène, sa fréquence réelle, les facteurs de risque, dont les manipulations, et le pronostic, nous avons choisi d'étudier la littérature scientifique de langue anglaise ayant trait aux AVBI associés aux dissections spontanées et aux occlusions non-athéromateuses. L'effort a été accentué afin d'évaluer les liens de causalité entre la dissection vertébro-basilaire et les facteurs aggravants potentiels, manipulations et autres.

Avec l'assentiment de l'Institutional Review Board du Canadian Memorial Chiropractic College de Toronto (Ontario), une analyse des dossiers des plaintes en Responsabilité Civile de la Canadian Chiropractic Protective Association (CCPA : Assurances professionnelles) fut entreprise pour évaluer toutes les plaintes ayant été déposées pour accidents vasculaires suite à un traitement chiropratique durant la période 1988-1997. Il y a plus de 4500 chiropraticiens autorisés à exercer au Canada. **La probabilité qu'un chiropraticien soit responsable d'une dissection artérielle suite à une manipulation cervicale est, approximativement, de 1 sur 8,06 millions de consultations, de 1 sur 5,85 millions de manipulations cervicales, de 1 sur 1430 années de pratique chiropratique, et de 1 sur 48 carrières chiropratiques.** C'est considérablement moins que ne l'avaient estimé les neurologues en annonçant des probabilités d'accidents vasculaires de 1 sur 500000 à 1 sur 1 million de manipulations cervicales. Ces résultats confirment également les conclusions d'une récente revue de la littérature médicale dans laquelle les patients « à risque » pour ce type de complications ne pouvaient être identifiés.

Bien qu'une relation entre la manipulation et la dissection de l'artère vertébrale existe clairement, la majorité des cas rapportés ne sont pas associés avec la thérapie manipulative cervicale. D'après les informations disponibles, la dissection vertébro-basilaire se produit le plus souvent spontanément.

Le lien de causalité entre les AVBI et un quelconque facteur déclenchant ne peut être considéré comme certain en se basant sur les évidences produites. La question est de savoir si oui ou non la manipulation cervicale présente plus de risque de dissection vertébro-basilaire que certaines activités de la vie quotidienne.

Toutes les études ayant évalué l'incidence des accidents vertébro-basilaires (AVB) suite à manipulation cervicale que nous avons rencontrées s'accordent sur une probabilité de 1 à 3 accidents par million de traitements

Le risque de complication neurologique sérieuse [suite à manipulation cervicale] est extrêmement faible, et est approximativement de 1 à 2 par million de manipulation cervicale ».

En nous basant sur ces études, nous avons conclu que l'estimation la plus raisonnable quant aux risques d'AVB suite à manipulation cervicale était de 0.5 à 2 accidents par million de manipulations cervicales effectuées. En se basant sur les meilleures données scientifiques disponibles, nous pensons que l'on peut raisonnablement estimer **le taux de mortalité, chez les patients ayant recours aux manipulations cervicales pour des cervicalgies, à 0,00025%.**

Beaucoup de tests de dépistage utilisés consistent à mettre les vertèbres cervicales dans une position de rotation et d'extension. Les variantes de ce test sont connues sous différentes appellations : Test de rotation et d'extension cervicales, test de DeKleyn, test de Houle, manœuvre fonctionnelle de l'artère vertébrale (test de George). **Le problème avec ces tests est l'interprétation et la compréhension de leurs résultats positifs ou négatifs.** Et ceci est particulièrement vrai quant à leur fiabilité pour déterminer si l'on doit pratiquer un ajustement cervical ou pas.

En fait, comme l'énonce Ferezy : **« l'ajustement cervical prudent et avisé, effectué dans le but de normaliser la fonction articulaire biomécanique inter segmentaire, peut très bien soulager la tension supportée par les artères vertébrales, et dans ce cas, prévenir d'autres épisodes ischémiques et non pas les causer ».** *{ Par son expérience, l'auteur ayant observé beaucoup de patients qui avaient des symptômes d'AVB en ont été délivré par des ajustements cervicaux ; son opinion étant que les bénéfices des ajustements cervicaux surpassent de très loin les risques, une fois certaines précautions prises. }*

La seule manière d'établir la véritable incidence des dissections artérielles suite à une manipulation vertébrale et la possibilité de dépister les patients prédisposés, serait de conduire des études où les neurologues et les chiropraticiens travailleraient ensemble. Ne pas coopérer dans de telles recherches aboutirait à donner au patient une information embrouillée et conflictuelle, et réduirait la possibilité que ces complications soient évitées.

Manipulation cervicale vs AINS :

En dépit de leur utilisation largement répandue et de leur innocuité apparente, les AINS comportent des risques significatifs de complications graves. Les effets secondaires les plus courants et les plus graves des AINS sont les hémorragies et les ulcères gastro-intestinaux (UGI). Il est estimé, à n'importe quel moment, que le risque pour un patient sous AINS de contracter un ulcère gastrique est de 10% à 20%, un taux 5 à 10 fois plus grand que chez un patient ne les utilisant pas; Il a été estimé le taux de mortalité, dû aux complications gastro-intestinales chez les patients soignés pour de l'arthrose par des AINS à 0,04% par an, soit 3200 morts par an aux USA.

Comme nous l'avons précédemment énoncé, les meilleures sources disponibles suggèrent que le risque d'une sérieuse complication neuro-vasculaire survenant après une manipulation cervicale est approximativement, de 1 accident pour 100000 patients recevant un traitement classique pendant un an, soit 0,001%. Le risque de mort survenant après une manipulation cervicale est estimé à 1 pour 400000 patients recevant un traitement classique pendant 1 an, soit 0,00025%. Le risque d'une complication gastro-intestinale grave exigeant une hospitalisation due à une utilisation d'AINS pour une condition similaire (arthrose) est de 0,4% par an. Le risque de mort dû à une hémorragie ou à une perforation d'ulcère attribuées aux AINS est de 0,04%. Par conséquent, en se basant sur les meilleures sources disponibles, nous avons calculé, pour le traitement de conditions similaires, que **le risque de complication grave ou de mort est 100 à 400 fois plus grand pour les AINS que pour les manipulations cervicales.**

Quand on débat des évidences ou des risques liés aux manipulations vertébrales, il est important de replacer cette méthode de traitement dans un contexte approprié. Nous

devrions éviter les questions abstraites du genre : « Les manipulations sont-elles efficaces ? » ou « Les manipulations sont-elles sans danger ? ». Il est bien plus judicieux de se demander : « Pour des pathologies similaires et en terme de sécurité et d'efficacité, que valent les manipulations vertébrales comparées aux autres traitements ? »

Dans le climat médical et médiatique actuel où l'on voue aux gémonies les manipulations cervicales, on devrait plutôt s'interroger sur la prolifération des traitements dits « conventionnels » tels que les AINS ou la chirurgie. Les meilleures études disponibles indiquent que les manipulations cervicales sont une des thérapies les plus sûres et qu'elles ne doivent pas être considérées comme dangereuses. Même le plus conservateur des traitements médicaux pour les cervicalgies, la prescription d'AINS, comporte plusieurs centaines de fois plus de risques de provoquer des complications graves et même mortelles.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aker PD, Goldsmith CH, Pelosa P. Conservative management of mechanical neck pain : systematic overview and meta-analysis. *BMJ* 1996 ;313 :1291-6.
- Hurwitz EL, Aker PD, Adams AH, Meeker WC, Shekelle PG. Manipulation and mobilisation of the cervical spine. A systematic review of the literature. *Spine* 1996 ; 21 :1746-60.
- Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, Cassidy JD, Duranceau J, Suissa S et al. Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders : redefining « whiplash » and its management (published erratum appears in *Spine* 1995 ;20(21) :2372). *Spine* 1995 ;20 (Suppl 8) :1S-73S.
- Coulter ID, Hurwitz EL, Adams AH, Meeker WC, Hansen DT, Mootz RD, et al. *The appropriateness of manipulation and mobilisation of the cervical spine*. Santa Monica (Calif) :RAND Corporation ; 1996.
- Rosen M, Breen A, Hamann W, Harber P, Jayson MIV, Kelly E, et al. *Management guidelines for low back pain. Report of a clinical standards advisory group committee on back pain*. London : Her Majesty's Stationary Office (HMSO) ; 1994.
- Manniche C, Ankaer-Jensen A, Olsen A, Fog A, Williams A, Biering-Sorensen F, et al. *Low-back pain : frequency, management and prevention from an HTA perspective*. Copenhagen : Danish Institute for Health Technology Assessment ;1999. Available :<http://147.29.115.214/publikationer/docs/Low-back%20pain/default.html> (assessed 2001 august 27).
- Stroke after chiropractic manipulation, a « small but significant risk » study finds. *American Heart Association News* 1994 ;Feb19 :1-3.
- Haldeman S, Kohlbeck FJ, Mc Gregor M. Risk factors and precipitating neck movements causing vertebrobasilar artery dissection after cervical trauma and spinal manipulation. *Spine* 1999 ; 24(8) :785-94.
- Kamroth KR. *Deciding when to use cervical manipulative therapy in treating patients with symptoms of vertebrobasilar ischemia : a diagnostic rationale*. Chiropractic Technique 1991 ; 3 :122-125.
- Ferezy J. *The chiropractic neurological examination*. Gaithersburg, MD : Aspen Publishers, 1992.
- Haldeman S. *Principles and practises of chiropractic*. 2nd ed. Norwalk CT : Appleton and Lange, 1992.
- Guttman G. Injuries to the vertebral artery caused by manual therapy. (English abstract). *Manuelle Medizin* 1983 ;21 :2-14.
- Dvorak J, Orelli F. How dangerous is manipulation to the cervical spine. *Manual Medicine* 1985 ; 2 :1-4.
- Cassidy JD. Vertebral Artery Syndrome. In : Vernon H. *Upper cervical syndrome : chiropractic diagnosis and treatment*. Baltimore : Williams and Wilkins 1988 :195-222.
- Savvas P. *Non-steroidal anti-inflammatory drugs : risk factors vs benefits*. Aust Fam Physician 1991 ;20 :1026-33.
- Amstrong CP ; Blower AL. *Non-Steroidal anti-inflammatory drugs and life-threatening complications of peptic ulceration*. Gu J 1987.28 :527-32.
- Fries JF. *Assessing and understanding patient risk*. *Scand J Rheumatol* 1992 ; 92 (Suppl) : 21-4.
- Jaskoviak P. *Complications arising from manipulation of the cervical spine*. J Manipulative Physiol Ther 1980 ;3:213-9.
- Eder M. *Chiropractic therapy ; diagnosis and treatment*. Rockville, MD. Aspen Publishers, 1990 :61.
- Haldeman S, Chapman-Smith D, Peterson DM. Guidelines for chiropractic quality assurance and practice parameters. Gaithersburg, MD ; Aspen Publishers., 1993 :170-2.
- Terrett AG. *Vascular accidents from cervical spine manipulation ; report of 107 cases*. J Aust Chiro Assoc 1987 ;17 :15-24.
- Terrett AG ; Kleynhans AM. Cerebrovascular complications of manipulation. In : Haldeman S. ed. *Principals and practice of chiropractic*. Norwalk, CT ; Appleton and Lange, 1992 :579-598.
- Plamandon RL. Summary of 1992 ACA annual statistical survey. *Chiro J* 1993.30(2) ;36-42.
- Département de Neurologie, Université de Californie, Irvine, USA.
- Los Angeles College of Chiropractic, USA.
- Canadian Memorial Chiropractic College, Toronto, Ontario.

Philippe Fleuriau D.C.



6 Qu'est-ce que la médecine traditionnelle ?

L'expression médecine traditionnelle se rapporte aux pratiques, méthodes, savoirs et croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicales de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, de thérapies spirituelles, de techniques et d'exercices manuels – séparément ou en association – pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé.

En Afrique, en Asie et en Amérique latine, différents pays font appel à la médecine traditionnelle pour répondre à certains de leurs besoins au niveau des soins de santé primaires. En Afrique, jusqu'à 80 % de la population a recours à la médecine traditionnelle à ce niveau.

Dans les pays industrialisés, la médecine « complémentaire » ou « parallèle » est l'équivalent de la médecine traditionnelle.

Un usage répandu qui ne cesse de croître

La médecine traditionnelle reste très répandue dans toutes les régions du monde en développement et son usage ne cesse de croître dans les pays industrialisés.

- En Chine, les préparations traditionnelles à base de plantes représentent entre 30 et 50 % de la consommation totale de médicaments.
- Au Ghana, au Mali, au Nigéria et en Zambie, le traitement de première intention pour 60 % des enfants atteints de forte fièvre due au paludisme fait appel aux plantes médicinales administrées à domicile.
- L'OMS estime que, dans plusieurs pays d'Afrique, la plupart des accouchements sont pratiqués par des accoucheuses traditionnelles.
- En Europe, en Amérique du Nord et dans d'autres régions industrialisées, plus de 50 % de la population a eu recours au moins une fois à la médecine complémentaire ou parallèle.
- A San Francisco, à Londres et en Afrique du Sud, 75 % des personnes vivant avec le VIH ou le SIDA font appel à la médecine traditionnelle ou à la médecine complémentaire ou parallèle.
- 70 % des Canadiens ont eu recours au moins une fois à la médecine complémentaire.
- En Allemagne, 90 % des gens prennent un remède naturel à un moment ou à un autre de leur vie. Entre 1995 et 2000, le nombre de médecins ayant suivi une formation spéciale à la médecine naturelle a quasiment doublé pour atteindre 10 800.
- Aux Etats-Unis d'Amérique, 158 millions d'adultes font appel à des produits de la médecine complémentaire et, d'après la Commission for Alternative and Complementary Medicines, un montant de US \$17 milliards a été consacré aux remèdes traditionnels en 2000.

- Au Royaume-Uni, les dépenses annuelles consacrées à la médecine parallèle représentent US \$230 millions.
- Le marché mondial des plantes médicinales, en expansion rapide, représente actuellement plus de US \$60 milliards par an.

Problèmes d'innocuité et d'efficacité

Ce n'est que pour diverses utilisations de l'acupuncture, pour certaines plantes médicinales et pour certaines thérapies manuelles que les essais cliniques randomisés ont livré des faits scientifiques convaincants. Il faut faire d'autres recherches pour vérifier l'innocuité et la sécurité d'emploi de plusieurs autres pratiques et plantes médicinales.

L'absence de réglementation ou la mauvaise utilisation des pratiques et médicaments traditionnels peut avoir des effets nuisibles, voire dangereux.

Ainsi, la plante « Ma Huang » (Ephedra) est traditionnellement utilisée en Chine pour soigner la congestion des voies respiratoires. Aux Etats-Unis, elle a été commercialisée comme auxiliaire diététique, et un dosage excessif a entraîné au moins une douzaine de décès, d'accidents cardiaques ou d'accidents vasculaires cérébraux.

En Belgique, au moins 70 personnes ont dû subir une transplantation ou une dialyse rénale pour une fibrose rénale interstitielle après avoir pris pour perdre du poids une préparation fabriquée à partir d'une espèce de plante erronée.

Biodiversité et pérennité

Au-delà des problèmes d'innocuité, on s'inquiète du fait que le développement du marché des plantes médicinales, qui a d'énormes retombées sur le plan commercial, risque de menacer la biodiversité en raison du pillage des matières premières nécessaires à la fabrication des médicaments ou d'autres produits de santé naturels. Ces pratiques, si elles ne sont pas encadrées, pourraient entraîner l'extinction d'espèces en danger ainsi que la destruction de ressources et d'habitats naturels.

Autre problème apparenté, les règles de protection prévues dans les normes internationales applicables au droit des brevets ainsi que dans la plupart des lois nationales classiques sur les brevets ne suffisent pas actuellement à protéger les savoirs traditionnels et la biodiversité.

Expérimentation des méthodes et produits

- 25 % des médicaments modernes sont préparés à base de plantes qui ont au départ été utilisées traditionnellement.
- L'acupuncture a fait la preuve de son efficacité pour soulager les douleurs postopératoires, la nausée pendant la grossesse, la nausée et les vomissements associés à la chimiothérapie, ainsi que la douleur dentaire avec extrêmement peu d'effets secondaires. Elle permet également d'atténuer l'anxiété, les troubles paniques et l'insomnie.

- Le yoga peut contribuer à atténuer les crises d'asthme, tandis que les techniques de Tai Chi peuvent aider les personnes âgées à moins redouter les chutes.
- La médecine traditionnelle peut d'autre part agir sur les maladies infectieuses. En Chine, par exemple, la plante médicinale *Artemisia annua*, utilisée depuis près de 2000 ans, s'est avérée efficace contre le paludisme résistant et pourrait représenter une percée qui permettrait d'éviter près d'un million de décès par an, pour l'essentiel chez des enfants, des suites du paludisme grave.
- En Afrique du Sud, le Medical Research Council fait actuellement des études sur l'efficacité de la plante *Sutherlandia Microphylla* pour soigner les patients atteints du SIDA. Traditionnellement utilisée comme tonique, cette plante peut renforcer la masse corporelle chez les personnes vivant avec le VIH et leur donner plus d'énergie et d'appétit.

Efforts déployés par l'OMS pour promouvoir une médecine traditionnelle sûre, efficace et abordable

C'est en 2002 que l'Organisation mondiale de la Santé a mis en place sa première stratégie globale en matière de médecine traditionnelle. Cette stratégie a pour but d'aider les pays à :

- élaborer des politiques nationales d'évaluation et de réglementation des pratiques de la médecine traditionnelle et de la médecine complémentaire ou parallèle ;
- développer la base factuelle sur l'innocuité, l'efficacité et la qualité de produits et pratiques de la médecine traditionnelle et de la médecine complémentaire ou parallèle ;
- veiller à ce que la médecine traditionnelle et la médecine complémentaire ou parallèle, y compris le recours aux médicaments essentiels à base de plantes, soient disponibles et abordables ;
- promouvoir un usage thérapeutique judicieux de la médecine traditionnelle et de la médecine complémentaire ou parallèle par les prestataires et les consommateurs ;
- rassembler de la documentation sur les médicaments et remèdes traditionnels.

L'OMS aide les autorités de la santé des Etats Membres à préparer des guides pour utiliser en toute sécurité les plantes médicinales. Elle a organisé différents ateliers régionaux sur la réglementation des médicaments traditionnels à l'intention des autorités nationales de plusieurs pays des régions de l'Afrique, de l'Amérique latine et de la Méditerranée orientale. Des ateliers auront lieu en 2003 pour les pays d'Europe et d'Asie.

A l'heure actuelle, l'OMS appuie dans trois pays africains des études cliniques sur des antipaludiques ; il s'est avéré que certaines plantes comportaient un potentiel intéressant contre le paludisme.

D'autres activités de collaboration sont en cours avec le Burkina Faso, le Ghana, le Kenya, le Mali, le Nigéria, l'Ouganda, la République démocratique du Congo et le

Zimbabwe pour la recherche et l'évaluation de traitements à base de plantes contre le VIH/SIDA, le paludisme, l'anémie drépanocytaire et le diabète sucré.

En Tanzanie, l'OMS prête un appui technique aux autorités en collaboration avec la Chine pour la production d'antipaludiques extraits de la plante chinoise *Artemisia annua*. La production locale de ce médicament permettra de faire tomber le prix de la dose de US \$6 ou \$7 à \$2, montant plus abordable.

En 2003, l'appui de l'OMS a permis jusqu'ici de mettre au point et d'introduire des programmes de formation aux soins traditionnels et parallèles dans sept établissements d'enseignement de niveau tertiaire aux Philippines.

Des ateliers de formation à l'usage des médicaments traditionnels contre certains troubles et maladies ont d'autre part été organisés en Chine, en Mongolie et au Viet Nam.

Les priorités concernant la promotion de l'utilisation des médicaments

traditionnels Plus d'un tiers des habitants des pays en développement n'ont pas accès aux médicaments essentiels. L'accès à des thérapies traditionnelles ou complémentaires/parallèles sûres et efficaces pourrait être déterminant pour le développement des soins de santé.

Si la Chine, la République populaire démocratique de Corée, la République de Corée et le Viet Nam ont entièrement intégré la médecine traditionnelle dans leur système de soins, de nombreux pays doivent encore rassembler des faits normalisés sur ce type de soins et les intégrer dans leurs systèmes.

Dans 70 pays, les médicaments à base de plantes font l'objet d'une réglementation, mais le contrôle législatif des plantes médicinales n'a pas suivi un modèle structuré, et ce parce que les produits ou médicaments à base de plantes ne sont pas définis partout de la même façon et que diverses approches ont été adoptées pour l'homologation, la distribution, la fabrication et le commerce de ces produits.

Etant donné le peu de données scientifiques sur l'innocuité et l'efficacité de la médecine traditionnelle et de la médecine complémentaire et parallèle et pour d'autres raisons aussi, il est important pour les gouvernements de :

- formuler une politique et une réglementation nationales pour le bon usage de la médecine traditionnelle et de la médecine complémentaire ou parallèle ainsi que pour leur intégration dans le système national de soins, conformément à la stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle ;
- mettre en place des mécanismes de réglementation pour contrôler l'innocuité et la qualité des produits et des pratiques de la médecine traditionnelle et de la médecine complémentaire ou parallèle ;
- sensibiliser le grand public et les consommateurs aux thérapies traditionnelles et complémentaires ou parallèles qui peuvent être appliquées avec efficacité et sans danger ;

- cultiver et conserver les plantes médicinales pour qu'elles puissent être durablement utilisées.

Pour plus d'informations:

Ms Daniela Bagozzi - Chargée de Communication
Technologie de la santé et produits pharmaceutiques
OMS, Genève
Téléphone: +41 22 791 4544
Tél. portable: +41 79 4755490
Email: bagozzid@who.int

1 mai 2003



afo

Association Française d'Ostéopathie

10 parc Club du Millénaire - 34036 Montpellier cedex 1

www.afosteo.org

06 64 93 40 49