

## **DOSSIER PREVENTION AU TRAVAIL**

### **LES APPORTS DE L'OSTEOPATHIE**

**L'OSTEOPATHIE** est une **médecine exclusivement manuelle en première intention**, reconnue en France depuis 2002. Elle s'appuie sur des recommandations scientifiques et professionnelles pour assurer le respect des droits et de la sécurité des personnes

Les ostéopathes reconnus et plébiscités en tant que tels par les patients se revendiquent comme acteurs de santé et souhaitent être intégrés officiellement dans le parcours de prévention et de soin.

**Près d'un français sur deux a déjà consulté un ostéopathe.**  
**Nous dénombrons actuellement plus de 125 000 consultations/jour.**

Le champ de compétence de l'ostéopathie, défini par les textes réglementaires de 2007, s'étend à l'ensemble des troubles fonctionnels, notamment les **troubles musculosquelettiques (TMS)** qui représentent en France :

- le 2<sup>ème</sup> motif de consultation en médecine générale ou du travail,
- 62 % des motifs de consultation en ostéopathie (Etude MOST)
- et comme le souligne le dernier rapport de l'Assurance Maladie sur les risques professionnels, **86 % des déclarations de maladies professionnelles sont liées aux TMS** (40 852 déclarations approuvées).

**Les patients**, les assureurs en RCP (avec une sinistralité non significative), les OCAM, les entreprises ainsi que les professionnels de santé de terrain font confiance aux ostéopathes et sont satisfaits des résultats thérapeutiques souvent rapidement obtenus.

**Certaines entreprises** sollicitent déjà et prennent en charge l'intervention d'ostéopathes auprès de leurs salariés et obtiennent ainsi des résultats sur :

- ✓ **Le maintien au travail** grâce à la baisse du taux d'absentéisme et le risque de désinsertion professionnelle
- ✓ **Une meilleure estime vis-à-vis de l'employeur et du travail, renforcement du dialogue social** relatif aux conditions de travail
- ✓ **Une meilleure qualité de vie**, car les TMS ne sont pas seulement handicapants au seul niveau du travail, mais aussi dans le cadre personnel (vie familiale, reprise d'activité physique,...)
- ✓ **Le salarié est acteur de sa santé** et évite la prise d'antalgiques

Des structures nationales d'audit, de formation ou de soins en entreprises mettent en relation les ostéopathes et les entreprises, par exemple :

- Back Office Santé <https://www.back-office-sante.com/histoire/>
- Didacthem <https://www.didacthem.com/>

### Les Ostéopathes sont spécialistes des TMS

et sont encadrés par la loi pour recevoir des patients en première intention.

**Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie**

#### Article 1

Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de **prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels** du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. Ces manipulations sont musculo-squelettiques et myo-fasciales, exclusivement manuelles et externes. Ils ne peuvent agir lorsqu'il existe des symptômes justifiant des examens paracliniques.

#### Article 2

Les praticiens mentionnés à l'article 1er sont tenus, s'ils n'ont pas eux-mêmes la qualité de médecin, d'orienter le patient vers un médecin lorsque les symptômes nécessitent un diagnostic ou un traitement médical, lorsqu'il est constaté une persistance ou une aggravation de ces symptômes ou que les troubles présentés excèdent son champ de compétences.

### Le coût des TMS pour l'Assurance Maladie est conséquent !

#### Des prestations en nature et des indemnités journalières en hausse

Après plusieurs années d'évolution à la baisse, les prestations en nature (frais de soin) ont connu une hausse marquée en 2021, avec plus de 10 % de croissance par rapport à l'année précédente. Cette évolution est à mettre en regard de la forte baisse en 2020 liée à la survenue de la pandémie de Covid-19, qui avait entraîné une baisse des accidents du travail. Les indemnités journalières poursuivent leur progression annuelle d'environ 200 millions d'euros pour atteindre **3,8 milliards d'euros**.



## 70 millions

de journées non travaillées en 2021 liées à des AT/MP, soit l'équivalent de plus de 300 000 emplois à temps plein

En 2021, l'Assurance Maladie a dépensé 134 Millions d'euros pour la seule affection chronique du rachis lombaire.

L'Essentiel 2021 Santé et sécurité au travail (Assurance Maladie Risques professionnels)

**Les OCAM** Organismes complémentaires d'assurance maladie (mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance), conscientes de l'efficacité de l'ostéopathie, prennent en charge tout ou partie des honoraires des consultations d'ostéopathie sous réserve de l'inscription de l'ostéopathe sur la liste ADEL de la profession.

**L'ensemble des OCAM confirment que pour 90% des contrats, les patients souscrivent aux options et des surcomplémentaires permettant des remboursements complémentaires du contrat de base, dont la prise en charge de l'ostéopathie.**

# Apport de l'ostéopathie dans le plan de la santé au travail

Selon le rapport « L'Essentiel 2021 Santé et sécurité au travail » publié par l'Assurance Maladie en novembre 2022, les troubles musculo-squelettiques représentent 86% des déclarations de maladies professionnelles, soit 40 852 cas de pathologies reconnues, représentant une hausse de +16,4 % par rapport à 2020 (mesure à pondérer compte tenu de la baisse d'activité liée au Covid en 2020).

Dans ce rapport, il est indiqué que le remboursement des prestations en nature et des indemnités journalières pour les Accidents de travail et les Maladies Professionnelles est en hausse de 10 % en 2021 soit 70 millions de journées non travaillées.

L'Assurance Maladie engage des budgets faramineux pour remédier aux problématiques liées aux TMS :

- Mise en place de programmes de prévention : TMS Pros Action offre aux entrepreneurs qui le souhaitent d'identifier les risques de TMS dans leur entreprise et de proposer des plans d'actions de prévention, ce qui représente 2011 dossiers pris en charge pour un budget de 27 859 039 €.
- Aide financière pour que les entreprises puissent s'équiper de matériel adapté pour limiter les risques de TMS, avec un minimum de 1000 euros de subvention, et jusqu'à 50 % du montant de l'investissement. Le budget de subventions alloué à la prévention des TPE nationales a représenté 62 355 684 € pour 2021.

Malgré cela, la prise en charge des TMS par l'Assurance Maladie (prestations en nature et indemnités journalières) ne fait qu'augmenter au cours des années.

## Qu'est-il proposé aux travailleurs déclarés pour TMS ?

Le plus souvent, leur médecin préconise du repos avec la prise de médicaments antalgiques. Dès la reprise du travail, la ou les douleurs reviennent dans la majorité des cas. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/Rapport2022.pdf>

Le monde de la santé connaît actuellement une réelle difficulté à répondre rapidement aux demandes des patients aussi bien dans les cabinets de médecine générale que dans ceux de kinésithérapie. Les services d'urgences des hôpitaux sont saturés. Les ostéopathes sont une force vive à intégrer dans le parcours proposé au patient et à rajouter par les pouvoirs publics dans le Plan de prévention et de santé au travail. Par décrets, les ostéopathes sont formés et habilités à poser des diagnostics, à repérer les drapeaux rouges et réorienter les patients si les symptômes présentés n'entrent pas dans leur champ de compétence.

Les conventions entre entreprise et ostéopathes au sein de l'établissement ont démontré un recul de l'absentéisme au travail et de la prise médicamenteuse.

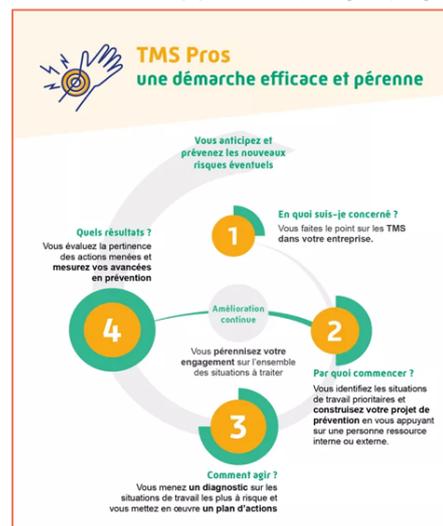
Les salariés, acteurs de leur santé sur leur lieu de travail, ont plébiscité dans les audits cette approche thérapeutique et il est ressorti de meilleure notation de la qualité au travail dans lesdites entreprises. La mise à jour du 28 avril 2022 du Code du Travail nomme les personnels concourant aux services de santé ; les ostéopathes en font partie.

Il appartient au Ministère de la Prévention et de la Santé et au Ministère du Travail de trouver des leviers économiques pour inciter les OCAM et les entreprises, par le biais de SPSTI par exemple, à trouver le financement d'un type de convention. Et allant plus loin, pourquoi ne pas impliquer l'Assurance Maladie elle-même en créant et remboursant un bilan corporel ostéopathique annuel pour tout travailleur effectué en entreprise ou en cabinet privé ?

Evolution du nombre de MP sur la période 2010-2021



Données nationales ATMP issues des bases annuelles SNTRP sur les neuf CTN, compte spécial, sections au taux FSMA/bureaux, sièges sociaux (hors catégories professionnelles particulières).



Les entreprises adhérentes des SPSTI (Service de Prévention et de Santé au Travail Interentreprises) consacrent également d'énormes budgets en prévention et frais de santé.

POIDS DE LA RÉPARATION AU REGARD DE CELUI DE LA PRÉVENTION

PRÉVENTION SSTI  
1,4 MILLIARD D'EUROS

DÉPENSES DE SANTÉ  
257 MILLIARDS D'EUROS



## Rapport sur les OCAM

Des solutions, non médicamenteuses, existent et sont de plus en plus adoptées par les patients. Ces derniers font souvent le choix de se tourner vers les disciplines alternatives.

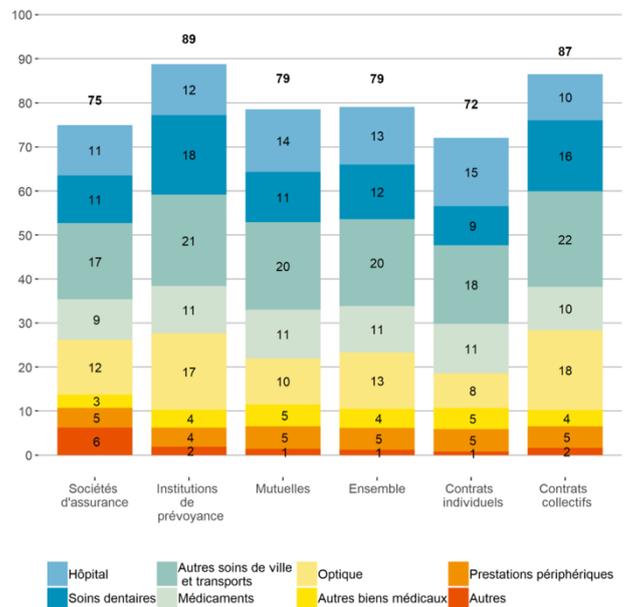
Selon les OCAM, les options pour le remboursement des soins en thérapies alternatives séduisent de plus en plus.

Il est de plus en plus fréquent de voir les spots publicitaires pour la prise en charge des séances d'ostéopathie, montrant son efficacité pour les dorsalgies, les tendinites, les céphalées, et bien sûr les TMS.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/rapport-oc-2020.pdf>  
(page 32)

Graphique 3.5 – Prestations par postes de soins en 2019

En % des cotisations



Note : Les « prestations périphériques » sont les prestations à la périphérie du système de soins. Elles comportent des prestations de médecine alternative (ostéopathe, psychologue, etc.), de prévention (patches anti-tabac, vaccinations internationales, etc.), des prestations de confort à l'hôpital ou en cures thermales (chambre particulière, lit accompagnant, télévision, etc.). Les prestations « Autres » comportent les variations de provisions pour sinistres restant à payer (qui ne peuvent être ventilées par poste de soins) ainsi que des prestations accessoires à la santé (prime de naissance, garde d'enfant, aide-ménagère, décès, etc.).  
Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2019.  
Source : ACPR, calculs DREES.

[www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/678160/document/2021295\\_parcourstmspro.pdf](http://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/678160/document/2021295_parcourstmspro.pdf)

## Historique de l'ostéopathie

Nous considérons que la médecine manuelle prend naissance du temps d'Hippocrate, considéré comme le père de la médecine, 400 avant JC, et prend forme au fil des siècles avec Avicenne, Galien, Paré...

Au 19<sup>ème</sup> siècle, aux USA, l'ostéopathie en tant que médecine manuelle est formalisée et enseignée.

Elle arrive en France dans les années 60.

Malgré le manque de réglementation et les procès pour exercice illégal de la médecine, l'ostéopathie répondait déjà à un besoin de soins de la part de patients que ni la médecine traditionnelle ni la kinésithérapie ne pouvaient leur apporter.

### Sur le plan réglementaire

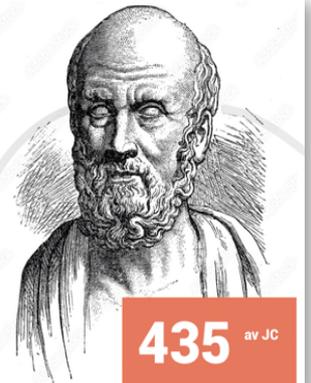
La profession d'ostéopathe est réglementée depuis l'édiction des décrets d'application et les arrêtés du 25 mars 2007 encadrant enfin l'article 75 de la loi 2002-303 ([liste complète en annexe n°1](#)).

Une réforme des textes réglementaires sur la formation en ostéopathie et les agréments des écoles aboutit en 2015 après 20 mois de concertation. Les référentiels « activités – compétences », « formation » en ostéopathie sont élaborés conjointement par le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, le Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche avec la participation active des différentes organisations professionnelles dont l'AFO.

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000029894219>

## Hippocrate

“ L'art de la thérapeutique manuelle est ancien et je tiens en haute estime ceux qui l'ont découvert, comme ceux qui de génération après génération me succéderont, et dont les travaux contribueront au développement de l'Art manuel de guérir. ”



La formation est désormais fixée à 4 860 heures sur 5 années et réparties en 7 grands domaines d'enseignement. Elle est dispensée dans une trentaine d'écoles, soit en formation initiale pour les bacheliers, soit en formation continue pour les professionnels de santé.

Des dispenses d'enseignement peuvent être accordées en fonction du parcours initial de l'étudiant en ostéopathie.

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000029894273>

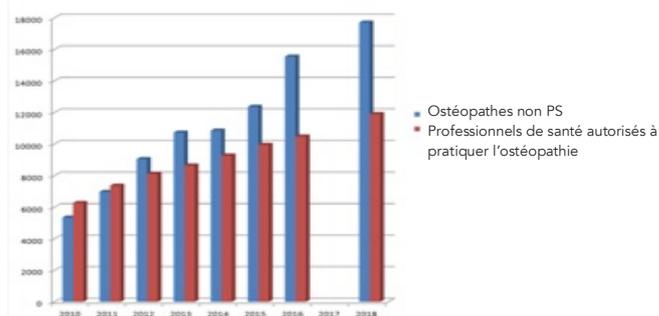
## Sur le plan démographique

Il y a aujourd'hui plus de 30 000 porteurs du titre d'ostéopathe enregistrés sur les listes en France.

Le partage du titre d'ostéopathe nuit à l'existence d'une réelle profession d'ostéopathie. Ce titre commun confère à l'ostéopathie une démographie très particulière. Ce graphique nous montre la répartition des différents professionnels autorisés à pratiquer l'ostéopathie en France en 2108.



Parmi les 29 612 professionnels pratiquant l'ostéopathie, 17 897 sont des ostéopathes DO (issus de formations initiales) pour 11 715 autres praticiens (selon CEJOE).



## Sur le plan scientifique

Très médiatisée, plébiscitée par les patients, intégrée au parcours du soin centrée sur les patients, l'ostéopathie peine encore à être approuvée par le corps médical, en l'absence d'études validées scientifiquement. La recherche scientifique sur la validation des actes ostéopathiques n'a été rendue possible que depuis l'édiction des décrets de 2007 et surtout par ceux de 2014.

La littérature scientifique sur le fonctionnement et l'efficacité des actes ne cesse de s'étoffer (voir annexes n°3) et une approche basée sur l'Evidence-based practice (pratique fondée sur les preuves) permet de constituer une base de données importantes sur les résultats des actes ostéopathiques, plus probantes que les études scientifiques basées sur une randomisation et des protocoles de recherche encore assez mal définis.

## Sur le plan européen

L'Association Française d'Ostéopathie est la seule organisation française à siéger dans les commissions de l'Europe Ostéopathy (ex-EFFO European Federation and Forum for Osteopathy) qui regroupe les institutions ostéopathiques de 22 pays. Elle a participé ainsi à la réglementation de l'ostéopathie dans de nombreux pays européens dont certains, comme le Royaume uni, le Danemark, la Norvège, le Portugal, qui en ont fait une profession de santé.

## Sur le plan administratif

Les Agences Régionales de Santé (ARS) qui enregistrent l'inscription de tous les ostéopathes (Liste Adeli) ne sont pas pour autant les interlocuteurs renseignés, ni les pourvoyeurs de directives officielles permettant aux ostéopathes de recevoir en toute sécurité et légalité les 50% de la population qui les consultent (la crise sanitaire du COVID 19 a mis en exergue cette défaillance).

Seules les organisations socio-professionnelles regroupant les ostéopathes non professionnels de santé essaient d'assurer l'encadrement de cette pratique en finançant des études, par la création d'un code de déontologie normé par l'AFNOR NF S99-806 en 2020, par la proposition de formations continues obligatoires par décret,... sans qu'aucune structure de tutelle ne les supervise.

Nos organisations ont du mal à être entendues des pouvoirs publics et n'ont à ce jour aucun interlocuteur dédié au ministère de la santé.

### Overview of Regulated Countries in Europe

Where the osteopathic profession is recognised as a primary healthcare profession, with title protection and where patients need no referral.



"Regulated by law normally means that the title 'osteopath' is protected by law, and that osteopaths and/or osteopathic physicians can only use the titles if they meet certain statutory conditions in terms of competencies and registration and/or licensure".

(Adapted from the Osteopathic International Alliance statutes 3.1)

\* France 2002: Not recognised as a healthcare profession, but educational institutions are regulated

\*\* Ital 2018: Recognised as a healthcare profession. Regulation process is ongoing

# Annexe : Textes réglementaires

## Reconnaissance de l'ostéopathie et de la chiropraxie en France

### Loi décrets, arrêtés de la profession ostéopathe Article 75 de la loi 2002-303 du 4 mars 2002

Les premiers décrets d'application de la loi de 2002 sont édictés par le ministre de la Santé en mars 2007. Il s'agit des :

- Décret 2007-435 du 25 mars 2007 (actes et exercice)
- Décret 2007-437 du 25 mars 2007 (formation & agrément écoles)
- Décret 2007-1564 du 2 nov 2007 (modifiant le décret 2007-435)
- Arrêté du 25 mars 2007 (dossier DRASS et épreuves d'aptitude)
- Arrêté du 25 mars 2007 (formation & commission agrément écoles)

Suivis des textes :

- Loi HPST modifications des textes concernant l'ostéopathie
- Décret 2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences de la loi HPST
- Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 (Loi HPST – Bachelot)



Suivis des textes règlementant la formation après les travaux de concertation 2012-2114 :

- Un décret du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, publié le 14 septembre 2014 au Journal officiel, fixe les nouveaux critères permettant aux établissements de dispenser une formation officielle en ostéopathie (Décret no 2014-1043 du 12 septembre 2014)
- Décret 2014-1043 du 12 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie publié au Journal Officiel de la République française du 14 septembre 2014
- Arrêté du 29 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie publié au Journal officiel de la République française du 14 octobre 2014
- Par ailleurs, un nouveau référentiel « activités – compétences – formation » en ostéopathie, élaboré conjointement par le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes et le Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, a été publié pour une mise en œuvre dans tous les établissements à compter de la rentrée 2015
- La formation est désormais fixée à 4860 heures en cinq années et réparties en 7 grands domaines d'enseignement. Une procédure de dispense de suivi et de validation de certains enseignements est également prévue afin de prendre en compte le parcours antérieur des étudiants
- Décret 2014-1505 du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie publié au Journal officiel de la République française du 14 décembre 2014
- Arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie publié au Journal Officiel de la République française du 14 décembre 2014
- Arrêté du 12 décembre 2014 relatif aux dispenses d'enseignement susceptibles d'être accordées en vue de la préparation au diplôme permettant d'user du titre d'ostéopathe publié au Journal officiel de la République française du 14 décembre 2014

# Etude MOST - Etude des Motifs de consultation en OSTéopathie



Thibault Dubois, DO, MSc; Julien Berthiller, MSc; Jérôme Nourry DO, MEd; Gérgory Landurier, DO; Florent Brière, DO; Sébastien Chardigny, DO; Julie Coatmellec, DO; Emmanuel Burguete, DO; Dr Anne-Florence Lanusse-Cazalé, PhD

Auteur correspondant : thibault.dubois@foreos.fr

## Introduction

D'après l'IRDES, 40 % des français affirment avoir déjà consulté un ostéopathe. Environ 13 millions de Français ont recours à l'ostéopathie chaque année ce qui représente 20 millions de consultations ostéopathiques annuelles. Or, à ce jour, peu d'études descriptives décrivent ces patients.

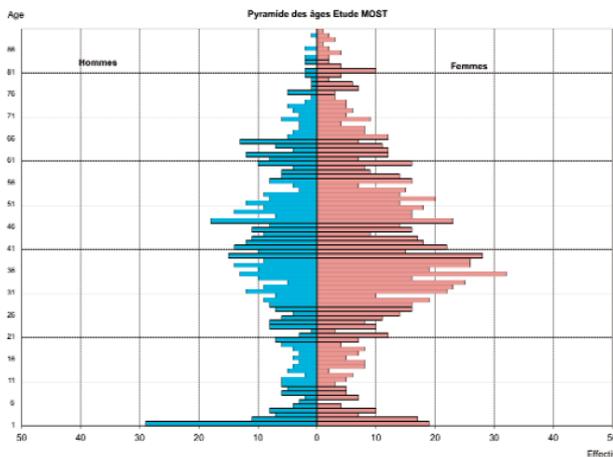
## Matériel et Méthode

L'étude MOST est une étude transversale, descriptive, prospective et multicentrique. L'objectif principal était de recueillir de manière exhaustive et standardisée les caractéristiques cliniques et sociodémographiques des patients consultant en cabinet d'ostéopathie en France dans un échantillon de patients recrutés par des ostéopathes et des cliniques d'écoles. Le nombre de sujets nécessaires pour une précision bilatérale à 2,5% était de 1 536 patients. L'étude MOST a fait l'objet d'une demande d'autorisation CNIL obtenue sous le numéro DE-2012-042.

## Résultats

Les résultats de l'étude ont été recueillis par 98 ostéopathes investigateurs et deux cliniques d'écoles (CIDO, IdHEO). 1 556 patients ont été inclus en 12 semaines entre février et mai 2012.

La pyramide des âges des patients recrutés dans l'étude MOST (N=1556) est la suivante :



La moyenne d'âge des patients est de 39,1 ans, la médiane est de 39,0 ans, le mode de un an et l'étendue est de [0; 90] ans. Les hommes représentent 38,5% (n=599) de la population, les femmes 61,5% (n=957).

La moyenne d'âge et le ratio homme/femme de l'étude MOST sont des données comparables aux données de la littérature comme l'indique le tableau suivant :

	N	Moyenne d'âge	Femmes	Hommes
<b>MOST</b>	<b>1556</b>	<b>39,1 (DS=20,8)</b>	<b>61,5%</b>	<b>38,5%</b>
Grappin J et al. *	4211	38,4 (DS=21,1)	58,7%	41,3%
Martinez D et al. **	306	43,4 (DS=15,9)	61,2%	38,8%
NCOR pilot ***	1630	44,8 (DS=19,1)	56,0%	44,0%

Les motifs principaux de consultations sont résumés en 8 catégories :

Motif principal de consultation	n	Pourcentage de 1556
<b>Douleurs musculosquelettiques</b>	<b>n=958</b>	<b>61,6%</b>
Pédiatrie	n=180	11,6%
Radiculopathie	n=126	8,1%
Sphère abdominale	n= 67	4,3%
Céphalées / Migraines / ORL	n= 73	4,7%
Stress / Anxiété / Insomnie	n= 38	2,4%
Bilan ostéopathique	n= 71	4,6%
Autres	n= 43	2,8%
<b>TOTAL</b>	<b>N=1556</b>	<b>100%</b>

Les zones atteintes par les douleurs de l'appareil musculosquelettique des patients consultant en ostéopathie sont résumées ainsi :

Douleur musculo-squelettique	n	Pourcentage de 1556
Lombaire	n=202	13,0%
Cervicale	n=152	9,8%
Colonne dorsale / Thorax	n=134	8,6%
Membre inférieur	n=125	8,0%
Sacro-iliaque / Glutéale	n=112	7,2%
Membre supérieur	n=109	7,0%
Rachialgie globale	n= 62	4,0%
Autre	n= 52	3,3%
ATM	n= 10	0,6%
<b>TOTAL</b>	<b>n=958</b>	<b>62,0%</b>

Les modalités d'apparition de la douleur ont été classées selon la classification de l'International Association for Study of Pain (IASP).

Apparition de la douleur	Effectif N=1556	Pourcentage
Aiguë / apparition soudaine (d'origine inconnue)	n=410	26,3 %
Aiguë / post-traumatique (d'origine connue)	n=318	20,4 %
Subaiguë	n=378	24,3 %
Chronique	n=308	19,8 %
Pas de douleur / bilan	n=142	9,1 %

## Conclusion et discussion

Les douleurs musculosquelettiques représentent 62% des motifs de consultation ostéopathique. Ces douleurs sont essentiellement des rachialgies (42,6%). Sur l'ensemble des motifs de consultation, la plainte douloureuse représente 91,9% des prises en charge ostéopathiques. Les seules douleurs aiguës représentent 46,7% des prises en charge ostéopathiques. Les ostéopathes semblent donc être des spécialistes de la prise en charge de la douleur et notamment des douleurs musculosquelettiques du rachis.

\* Grappin JM, Schott AM, Gelas Dore B, Touzet S, DIM de Lyon, Motifs de consultations en cabinet d'ostéopathie, Apostill, 18, 2002  
 \*\* Martinez D A, Rupert R L, Ndetan H T, A demographic and epidemiological study of a Mexican chiropractic college public clinic, Chiropractic & Osteopathy 2009, 17,4  
 \*\*\* Standardised Data Collection Project Standardised data collection within osteopathic practice in the UK : development and first use of a tool to profile osteopathic care in 2009, Carol Fawkes, Janine Leach, Shiry Mathias, Ann P. Moore; Clinical Research Centre for Health Professions, University of Brighton

### VERTIGES ET OSTÉOPATHIE

Les vertiges peuvent être définis comme une perturbation de la conscience posturale ou un étourdissement, qui est un sentiment de mouvement perçu. Les étourdissements sont un handicap très courant ; une étude épidémiologique menée en France a révélé que 69,4% de la population s'était plainte de vertiges au cours de la dernière année.

Les étourdissements et les vertiges sont également fréquents dans la population âgée (> 65 ans, comme l'a révélé l'étude longitudinale anglaise sur le vieillissement. Les étourdissements ont été classés en plusieurs types : étourdissements dus à des troubles de l'oreille, du nez et de la gorge, étourdissements liés au système nerveux, vertige paroxystique positionnel bénin (VPPB) et étourdissements cervicogènes, certains patients présentant deux ou plusieurs de ces types simultanément. Les vertiges cervicogènes se distinguent des autres formes de vertiges par un déséquilibre associé à une anomalie de la colonne cervicale qui est aggravée ou atténuée par les mouvements ou les positions de la colonne cervicale. Ce type d'étourdissements peut entraîner une variété de symptômes invalidants, notamment des malaises, des instabilités, des perceptions de rotation et une désorientation. Ces symptômes peuvent par conséquent causer de graves problèmes de santé, notamment des blessures physiques, c'est-à-dire à la suite de chutes et des problèmes psychologiques, par exemple, la dépression et l'anxiété, la peur des espaces ouverts, l'incapacité à effectuer des activités de la vie quotidienne et d'exercer correctement sa profession.

Un lien significatif a été identifié entre les muscles cervicaux, la position de la tête et la stabilité posturale ; en particulier, entre le rachis cervical et l'appareil vestibulaire et visuel et différentes zones du système nerveux central. Cependant, il y a des conjectures quant à savoir si les étourdissements cervicogènes peuvent être distingués comme une condition indépendante. Certains chercheurs affirment que les étourdissements sont rarement cervicogènes, tandis que d'autres pensent que c'est l'une des principales causes des étourdissements. Récemment, une revue de la littérature a conclu qu'il semble très raisonnable de reconnaître que les anomalies du rachis cervical peuvent souvent provoquer des étourdissements et des vertiges <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24057828/>

À des fins cliniques, la colonne cervicale peut être ciblée pour des interventions visant à traiter des étourdissements cervicogènes suspectés.

Cette cause cervicale de vertiges est peu connue et pourtant très répandue. Elle peut se caractériser cliniquement par :

- l'absence de cause organique aux vertiges (demandez des analyses médicales pour écarter une pathologie grave ou une blessure)
- les caractéristiques non rotatoires du vertige : sensation d'ébriété
- la présence conjointe de douleurs ou gênes cervicales

le respect de l'Evidence based practice nous impose de consulter les données scientifiques disponibles afin de s'assurer de proposer la meilleure solution au patient. Les manipulations ou mobilisations du rachis permettent-ils une amélioration des troubles vertigineux cervicogéniques ?

Une équipe s'est posé la question à travers une revue systématique de littérature publiée en 2018 dans le *journal of physical therapy science*

#### *L'efficacité de la thérapie manuelle dans le traitement des vertiges cervicogéniques: une revue systématique*

Auteurs : Khalid Yaseen 1, Paul Hendrick 2, Ayah Ismail 1, Mohannad Felemban 1, Mansour Abdullah Alshehri 3

Objectif : Cette revue fournit une évaluation des preuves de l'efficacité de l'utilisation de la thérapie manuelle pour traiter les vertiges cervicogéniques.

Sujets et méthodes : La littérature a été systématiquement recherchée le 2 mai 2016 en utilisant les bases de données en ligne suivantes :

Medline, EMBASE, CINAHL et PEDro. Cette revue a inclus des essais contrôlés randomisés et a comparé l'efficacité de la thérapie manuelle pour le traitement des vertiges cervicogènes, par rapport à d'autres types d'intervention. Cette étude a mesuré les changements en fonction de l'intensité et de la fréquence des étourdissements.

Résultats : La recherche principale a trouvé 30 articles, mais seulement quatre articles répondaient aux critères d'inclusion. L'évaluation de la qualité méthodologique a été réalisée par deux chercheurs à l'aide de l'échelle PEDro. Le niveau de preuve a été déterminé à l'aide d'une échelle de notation reconnue. Trois des quatre articles ont été jugés de qualité méthodologique élevée, tandis que le quatrième a été jugé de qualité moyenne. Le niveau de preuve attribué était modéré (niveau 2).

Conclusion : La thérapie manuelle est potentiellement efficace pour gérer les étourdissements cervicogènes. Cependant, en raison de l'hétérogénéité des résultats et des techniques et du faible nombre d'études, des recherches supplémentaires sont recommandées pour fournir des preuves concluantes.

## EFFICACITE DE L'OSTEOPATHE SUR LES DOULEURS LOMBAIRES

Les douleurs lombaires sont un problème de santé publique majeur. Bien que communes, fréquentes ou banales, elles peuvent conduire à une détérioration de la qualité de vie et retentissant sur les activités professionnelles ou sportives.

La vision moderne du parcours de soin implique que le patient soit un acteur de la décision thérapeutique et de la stratégie de traitement pour retrouver une situation de confort. Cette implication repose sur le principe de la preuve d'efficacité de toutes les solutions existantes. Le plus haut niveau de preuves scientifiques pour juger de l'efficacité d'un traitement est la méta-analyse ou revue systématique de littérature.

Dans le cas où le patient opte pour des manipulations vertébrales lombaires avec craquement, de type « remplacement », son choix peut être appuyé par des données scientifiques.

Une méta-analyse réalisée en 2019 s'est penchée sur le sujet, en voici la traduction du résumé :

### Avantages et inconvénients des manipulations de la colonne vertébrale pour le traitement de la lombalgie chronique : examen systématique et méta-analyse d'essais contrôlés randomisés

Auteurs : Sidney M Rubinstein 1, Annemarie de Zoete 2, Marienke van Middelkoop 3, Willem J J Assendelft 4, Michiel R de Boer 2, Maurits W van Tulder

Objectif : Évaluer les avantages et les inconvénients des manipulations de la colonne vertébrale pour le traitement des lombalgies chroniques.

Conception : revue systématique et méta-analyse d'essais contrôlés randomisés.

Sources de données : Medline, PubMed, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), CINAHL, Physiotherapy Evidence Database (PEDro), Index to Chiropractic Literature, et registres des essais jusqu'au 4 mai 2018, y compris les listes de référence des essais éligibles et des Commentaires.

Critères d'éligibilité pour la sélection des études : Essais contrôlés randomisés examinant l'effet de la manipulation ou de la mobilisation de la colonne vertébrale chez les adultes ( $\geq 18$  ans) souffrant de lombalgie chronique avec ou sans douleur référée. Les études portant exclusivement sur la sciatique ont été exclues, tout comme la littérature grise. Aucune restriction n'a été appliquée à la langue ou au paramètre.

Méthodes d'examen : deux examinateurs ont indépendamment sélectionné des études, extrait des données et évalué le risque de biais et la qualité des preuves. L'effet de la manipulation a été comparé aux thérapies recommandées, aux thérapies non recommandées, aux manipulations factices (placebo) et aux manipulations en tant que thérapie adjuvante. Les principaux critères de jugement étaient la douleur et l'état fonctionnel spécifique du dos, examinés sous forme de différences moyennes et de différences moyennes normalisées (SMD), respectivement. Les résultats ont été examinés à 1, 6 et 12 mois. La qualité des preuves a été évaluée à l'aide de GRADE. Un modèle à effets aléatoires a été utilisé et l'hétérogénéité statistique a été explorée.

Résultats : 47 essais contrôlés randomisés incluant un total de 9211 participants ont été identifiés, qui étaient en moyenne d'âge moyen (35-60 ans). La plupart des essais comparaient la manipulation aux thérapies recommandées. Des preuves de qualité modérée suggèrent que la manipulation a des effets similaires à d'autres thérapies recommandées pour le soulagement de la douleur à court terme (différence moyenne -3,17, intervalle de confiance à 95% -7,85 à 1,51) et une petite amélioration cliniquement meilleure de la fonction (SMD -0,25, confiance à 95% intervalle -0,41 à -0,09). Des preuves de haute qualité suggèrent que, par rapport aux thérapies non recommandées, les manipulations entraînent de petits effets, pas cliniquement meilleurs, pour le soulagement de la douleur à court terme (différence moyenne -7,48, -11,50 à -3,47) et une amélioration cliniquement meilleure à modérée de la fonction (SMD -0,41, -0,67 à -0,15). En général, ces résultats étaient similaires pour les résultats intermédiaires et à long terme, tout comme les effets des manipulations en tant que thérapie adjuvante. La preuve pour la manipulation factice était de qualité faible à très faible, ces effets doivent donc être considérés comme incertains. L'hétérogénéité statistique n'a pas pu être expliquée. *Environ la moitié des études ont examiné les événements indésirables graves et indésirables, mais dans la plupart d'entre eux, il n'était pas clair comment et si ces événements étaient systématiquement enregistrés. La plupart des événements indésirables observés étaient liés à l'appareil locomoteur, de nature transitoire et de gravité légère à modérée.* Une étude avec un faible risque de biais de sélection et capable d'examiner le risque (n = 183) n'a trouvé aucun risque accru d'un événement indésirable (risque relatif 1,24, intervalle

de confiance à 95% 0,85 à 1,81) ou de la durée de l'événement (1,13, 0,59 à 2.18) par rapport à la fausse manipulation. Dans une étude, le Data Safety Monitoring Board a jugé qu'un événement indésirable grave pouvait être lié aux manipulations.

Conclusion : la manipulation produit des effets similaires aux thérapies recommandées pour les lombalgies chroniques, tandis que la manipulation semble être meilleure que les interventions non recommandées pour l'amélioration de la fonction à court terme. Les cliniciens doivent informer leurs patients des risques potentiels d'événements indésirables associés à la manipulation.

## EFFICACITE DE L'OSTEOPATHE SUR LES DOULEURS CERVICALES

Les cervicalgies communes font très souvent l'objet de mobilisations ou de manipulations par un kinésithérapeute, ostéopathe ou chiropracteur. Même si cette solution est populaire et socialement inscrite dans nos habitudes, l'Evidence based practice (pratique du soin basée sur les preuves) impose à l'ostéopathe une obligation éthique et morale.

En tant qu'experts des manipulations et mobilisations vertébrales, il doit apporter des éléments de preuves d'efficacité de ses actes.

L'objet de cet article est de proposer la traduction des conclusions d'un travail de récolte de preuves scientifiques de qualité daté de novembre 2017 et publié dans le journal :

### [L'efficacité de la thérapie manuelle et de l'exercice pour traiter les douleurs cervicales non spécifiques : une revue systématique](#)

Auteurs : Benjamin Hidalgo 1 2 3, Toby Hall 4, Jean Bossert 1, Axel Dugeny 1, Barbara Cagnie 5, Laurent Pitance

Objectif : Examiner et mettre à jour les données probantes sur les différentes formes de thérapie manuelle (MT) et d'exercice pour les patients présentant différents stades de la cervicalgie non spécifique (NP).

Sources de données : MEDLINE, Cochrane-Register-of-Controlled-Trials, PEDro, EMBASE.

Méthode : une revue systématique qualitative couvrant une période allant de janvier 2000 à décembre 2015 a été menée conformément aux directives mises à jour. Des critères d'inclusion spécifiques uniquement sur les essais cliniques randomisés ont été utilisés ; y compris la différenciation selon les stades de cervicalgies Non spécifique (aiguë – subaiguë ou chronique), ainsi que la sous-classification basée sur le type d'interventions MT : MT1 (manipulation articulaire avec craquement) ; MT2 (techniques de mobilisation et / ou de tissus mous) ; MT3 (MT1 + MT2) ; et MT4 (Mobilisation avec mouvement). Dans chaque sous-catégorie, la MT peut être associée ou non à l'exercice et / ou aux soins médicaux habituels.

Résultats : Initialement, 121 études ont été identifiées pour une inclusion potentielle. Sur la base de critères d'évaluation qualitatifs et quantitatifs, 23 essais cliniques randomisés ont été identifiés pour examen.

Preuve pour la cervicalgie non spécifique subaiguë : **Preuve modérée** : en faveur de (i) MT1 à la colonne cervicale (Cx) combiné avec des exercices par rapport à MT1 à la colonne thoracique (Tx) combiné avec des exercices ; (ii) MT3 au Cx et Tx combinés à l'exercice par rapport au MT2 au Cx avec exercice ou par rapport aux soins médicaux habituels pour la douleur et la satisfaction à l'égard des soins de court à long terme.

Preuve pour la cervicalgie non spécifique chronique : **FORTE-preuve** : Aucune différence d'efficacité entre MT2 au (x) niveau (x) symptomatique (s) par rapport à MT2 au (x) niveau (s) asymptomatique (s) de Cx pour la douleur et la fonction. **Modéré à fort : preuves** : en faveur de MT1 et MT3 sur Cx et Tx avec exercice par rapport à l'exercice ou MT seul pour la douleur, la fonction, la satisfaction à l'égard des soins et de la santé générale de courte à modérée. **Preuve MODÉRÉE** : en faveur (i) de MT1 par rapport à MT2 et MT4, tous appliqués au Cx, pour la mobilité du cou et la douleur à très court terme ; (ii) de MT2 en utilisant des techniques de tissus mous pour les Cx et Tx ou MT3 pour les Cx et Tx par rapport à l'absence de traitement à court terme pour la douleur et l'invalidité.

Conclusion : Cette revue systématique met à jour les preuves de manipulations et mobilisations combinée ou non à du renforcement musculaire ou aux soins médicaux habituels pour les différentes étapes de la cervicalgie non spécifique et fournit des recommandations pour de futures études. **Deux points majeurs pourraient être mis en évidence**, le premier est que la **combinaison de différentes formes de techniques manuelles (manipulations et mobilisations) avec l'exercice est meilleure que la thérapie manuelle ou le renforcement/étirement musculaire seul**, et la seconde est que la **mobilisation n'a pas besoin d'être appliquée au(x) niveau(x) symptomatique(s) pour obtenir une amélioration**. Ces deux points peuvent avoir des implications cliniques pour réduire le risque lié à certaines techniques de manipulations appliquées à la colonne cervicale.