

LES PRATIQUES NON CONVENTIONNELLES

EVALUATION DE L'EFFICACITE THERAPEUTIQUE ET DE L'INNOCUITE PAR ANALYSE DES ESSAIS CLINIQUES ET DES ETUDES SCIENTIFIQUES

**RAPPORT DU GROUPE DE CONTACT DU FNRS ASSOCIANT
DES REPRESENTANTS DES FACULTES DE MEDECINE ET
DES ACADEMIES ROYALES DE MEDECINE**

Octobre 1998

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	3
A. Avis du Parlement Européen	3
B. Etude préalable du problème - Méthode de travail - Structure et résumé du rapport	4
CHAPITRE 1	
Catalogue des pratiques non conventionnelles	7
(parallèles, alternatives ou complémentaires) (Annexe I)	
CHAPITRE 2	
Les aspects sociologiques.....	7
CHAPITRE 3	
Critères des recherches scientifiques.....	8
CHAPITRE 4	
L'homéopathie.....	10
(Annexe II)	
CHAPITRE 5	
L'acupuncture	11
(Annexe III)	
CHAPITRE 6	
Chiropraxie - Ostéopathie	11
(Annexe IV)	
CHAPITRE 7	
Les dangers.....	13
CHAPITRE 8	
Conclusions	14

Annexe I : Catalogue des pratiques non conventionnelles	17
Annexe II : Etude critique des études contrôlées concernant l'homéopathie	21
Annexe III : Bases scientifiques de l'acupuncture	26
Annexe IV : Ostéopathie-Chiropraxie	29
Annexe V : Composition du groupe de contact FNRS	33

INTRODUCTION

Monsieur le Ministre COLLA a présenté un avant-projet de loi visant à enregistrer des « pratiques non conventionnelles » comme l'homéopathie, l'acupuncture, la chiropraxie, l'ostéopathie.

A l'initiative des Doyens des Facultés de Médecine de la Communauté française et de l'Académie Royale de Médecine, le Fonds National de la Recherche Scientifique a créé un groupe de contact « Recherches sur les Pratiques non Conventionnelles ». Des représentants de la Koninklijke Academie voor Geneeskunde et des Facultés de Médecine de la Communauté flamande se sont joints au groupe de contact. La liste des participants est donnée en annexe V.

Le Professeur Jacques BONIVER, Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Liège, préside le groupe de contact. Le Professeur Marc BOGAERT, Secrétaire perpétuel de la Koninklijke Academie voor Geneeskunde, co-préside les réunions. Le Professeur Didier MOULIN, Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Catholique de Louvain, assure le secrétariat.

Dans un mémorandum commun, les Doyens des Facultés de Médecine de la Communauté française ont estimé qu'on ne pouvait entreprendre l'enregistrement, voire la reconnaissance de telles pratiques que si des recherches menées selon les méthodologies scientifiques permettaient d'en évaluer l'efficacité et l'innocuité.

Cette position rejoint celle du Parlement Européen dans sa résolution sur le statut des médecines non conventionnelles (A4-0075-97).

A. Avis du Parlement Européen (extrait)

« Considérant le fait qu'il est nécessaire d'identifier clairement chacune des disciplines médicales non conventionnelles ; considérant qu'à cette fin, il convient de mener les études cliniques, évaluations des résultats de traitement, études fondamentales (mécanismes d'action) et d'autres études scientifiques ou recherches académiques pour évaluer l'efficacité des thérapies mises en œuvre, étant entendu que cette évaluation doit avoir lieu selon les méthodologies courantes en matière de thérapeutique humaine, à savoir celles fondées sur les connaissances scientifiques du moment ressortissant, en particulier, aux sciences biologiques et aux statistiques ».

« Demande à la Commission d'élaborer en priorité une étude approfondie sur l'innocuité, l'opportunité, le champ d'application et le caractère complémentaire et/ou alternatif de chaque discipline non conventionnelle, ainsi qu'une étude comparative entre les modèles juridiques nationaux auxquels sont affiliés les praticiens des médecines non conventionnelles ».

« Invite le Conseil, à l'issue des travaux préliminaires repris ci-dessus à favoriser le développement de programmes de recherche dans le domaine des médecines non conventionnelles intégrant l'approche individuelle et holistique, le rôle préventif ainsi que les spécificités des disciplines médicales non conventionnelles ; s'engage pour sa part à faire de même »...

B. Etude préalable du problème - Méthode de travail - Structure et résumé du rapport

Vu l'urgence, le groupe a estimé qu'il ne lui était pas possible de développer des programmes de recherche nouveaux sur ces problèmes.

Le travail qui est présenté dans ce document répond aux recommandations contenues dans le mémorandum du Parlement Européen, citées plus haut.

Dans ce rapport, on utilisera le terme « pratiques conventionnelles » pour dénommer les interventions à visée thérapeutique qui relèvent de l'Art de Guérir*. Par opposition, celles qui n'en relèvent pas sont dites « *pratiques non conventionnelles* ».

Pour les pratiques conventionnelles, un curriculum d'études a été bien défini. Il permet au futur praticien (médecin, kinésithérapeute, ...) d'explorer les différents domaines de la physiopathologie afin de pouvoir poser, dans son activité professionnelle, un diagnostic (lorsqu'il s'agit d'un médecin) et établir une thérapeutique. Diagnostic et thérapeutique reposent également sur des expériences dont les résultats sont analysés à l'aide de méthodes fiables et reproductibles. De même, les dangers éventuels de ces techniques ont été étudiés afin de les minimiser et d'éviter les circonstances où ils pourraient se produire. De plus, les praticiens, au cours de leur carrière professionnelle, suivent une formation continuée qui leur permet de se tenir au courant des progrès de la médecine, ce dont bénéficient les patients.

Le groupe de contact du FNRS a constitué, pour chacune des quatre pratiques non conventionnelles reprises dans le projet de loi, un groupe de travail dans le but de faire une analyse fouillée de la littérature médicale nationale et internationale et d'en tirer des conclusions. Il a également constitué des groupes pour évaluer les aspects sociologiques du recours à ces pratiques, la diversité des pratiques non conventionnelles en général et, enfin, ce que les publications scientifiques rapportent comme morbidité et mortalité causées par l'exercice de ces pratiques.

Les quatre pratiques non conventionnelles qui font l'objet de ce document et du projet du Ministre M. COLLA ne sont pas les seules qui existent. Il y en a un très grand nombre, dont la valeur n'a pas pu être déterminée par des critères scientifiques. Il est utile que le lecteur soit informé du très grand nombre de ces pratiques et des différents domaines qu'elles veulent couvrir. Ceci a été décrit dans le chapitre 1. Cette liste est toujours sujette à modification. Elle est longue et elle est donnée dans l'annexe I.

Il est utile aussi que le lecteur soit informé de l'aspect sociologique de ces pratiques non conventionnelles. Dans le monde actuel, de nombreuses personnes y ont recours. Des études faites à ce sujet sont reprises dans le chapitre 2.

Le choix des méthodes d'analyse qu'il faut utiliser pour évaluer une pratique à visée thérapeutique *est* évidemment essentiel. Pour la pratique médicale conventionnelle, de telles méthodes ont été mises au point au cours de ces dernières années et elles permettent de voir quelle est l'efficacité de telle ou telle intervention à visée thérapeutique. Ces procédures, ou méthodes de preuve, sont appelées par les Anglo-saxons « Evidence-Based Medicine » (EBM). Elles étudient les résultats positifs ou négatifs, suivant des méthodes statistiques très

* Selon les dispositions de l'Arrêté Royal n°78 du 10 novembre 1967. A noter que les praticiens de l'Art de Guérir n'acceptent pas une telle dénomination et estiment qu'il faut parler de « pratiques médicales » ou plus simplement « médecine » ; le terme « pratiques conventionnelles » sera donc utilisé dans ce rapport uniquement pour faciliter la comparaison des « pratiques non conventionnelles » avec la pratique médicale.

poussées, et permettent de voir la vraie valeur d'une thérapeutique par rapport à une absence de thérapeutique, ou de voir si l'effet observé n'est pas lié à l'effet placebo. La prise en considération du phénomène placebo prend une importance grandissante en médecine. L'effet placebo est un effet non spécifique de la thérapeutique employée, et généralement distinct de l'objectif thérapeutique recherché. Il est le mieux évaluable dans le contexte de la relation entre le soignant et le soigné et dépend fortement de « l'attente » ou la « croyance en l'efficacité de l'acte thérapeutique » ou encore de « l'imagination » qui habite chacun d'eux. On peut le mettre en évidence en comparant les effets de la thérapeutique, quelle qu'elle soit, avec ceux qu'engendre le même environnement thérapeutique dont a été expérimentalement omise (à l'insu du soignant et du soigné) la partie supposée active. Ces points seront développés dans le chapitre 3. Il convient, comme le recommande le Parlement Européen (vide supra), de soumettre les pratiques non conventionnelles à ces méthodes d'analyse, afin de juger de leurs éventuelles efficacité et innocuité.

Le chapitre 4 est consacré à l'homéopathie, ainsi que l'annexe II. Les principes en sont définis. L'homéopathie est abondamment utilisée mais les études disponibles qui ont été analysées suivant les techniques décrites ci-dessus indiquent que les résultats obtenus sont loin d'être différents de ceux que l'on pourrait obtenir avec un placebo. Il est surprenant de voir que les substances mises dans le commerce sous le nom de produits homéopathiques ne sont pas soumises aux critères d'une sélection rigoureuse au niveau d'instances gouvernementales spécialisées.

La deuxième pratique non conventionnelle, l'acupuncture, est reprise dans le chapitre 5 ainsi que dans l'annexe III. Là aussi, les résultats obtenus indiquent qu'il n'y a guère de différence avec un placebo. Dans certains cas, on a rapporté un effet différent du placebo, mais ces cas sont limités et ne concernent pas une pathologie propre, ce qui en est d'ailleurs le danger car les impressions subjectives que le patient pourrait avoir peuvent masquer des éléments qui, eux, objectivement recherchés, conduiraient au bon diagnostic et au traitement adéquat. Ici, il existe de réels dangers, dont celui de phénomènes infectieux résultant d'une insuffisance de précautions d'asepsie. Il faut aussi citer des accidents par insuffisance de connaissances anatomiques. Tous ces accidents peuvent être particulièrement dangereux et sont malheureusement plus fréquents qu'on ne le voudrait.

Les deux dernières pratiques non conventionnelles ont été réunies en un seul chapitre, le chapitre 6, intitulé chiropraxie-ostéopathie. Il ne nous a pas semblé que l'on devait faire un chapitre séparé pour chacune de ces pratiques. En effet, ce sont des manipulations manuelles qui sont dans l'ensemble assez similaires, quoi que se différenciant par la nature de certaines techniques. L'ostéopathie se rattache surtout à une conception holistique qui considère ~~ici~~ qu'une manipulation locale modifie profondément le fonctionnement de l'ensemble du corps humain lui permettant de guérir, quelle que soit la nature des maladies en cause, y compris celles que la médecine moderne conçoit et traite avec une efficacité prouvée. Les études cliniques sur l'efficacité de l'ostéopathie-chiropraxie, rapportées dans des publications internationales, n'apportent guère de réponse positive. Comme on le verra à l'annexe IV, la méthodologie n'a pas toujours été suffisamment rigoureuse pour que l'on puisse en tirer des résultats justifiant une place spécifique de ces pratiques. Par ailleurs, il faut noter qu'un grand nombre de techniques manipulatoires sont déjà pratiquées par des médecins qui ont acquis le curriculum adéquat leur permettant de choisir la bonne technique et d'en connaître les limites : cette médecine manuelle ne doit pas être confondue avec l'ostéopathie et la chiropraxie.

Les dangers présentés par diverses pratiques non conventionnelles, analysés dans le chapitre 7, sont de nature différente pour chacune d'entre elles. Les dangers de l'acupuncture ont été signalés. Les dangers liés à la chiropraxie et à l'ostéopathie peuvent être également très graves car ces manipulations manuelles peuvent entraîner des lésions importantes. Parmi les dangers liés aux pratiques non conventionnelles, il faut aussi insister sur le fait que dans un certain nombre de cas, le recours aux pratiques non conventionnelles risque d'écarter le patient de traitements « conventionnels » dont il a besoin en fonction de sa pathologie. Ceci risque de créer des conditions particulièrement défavorables pour le patient.

Conclusions

En conclusion, les résultats actuels d'études réalisées selon les méthodologies couramment utilisées en médecine ne permettent pas de démontrer l'efficacité thérapeutique de l'homéopathie, de l'acupuncture, de l'ostéopathie et de la chiropraxie. Par ailleurs, ces pratiques présentent parfois des dangers importants et surtout, elles risquent d'écarter les patients des pratiques médicales « conventionnelles » dont l'efficacité est démontrée et dont ils ont besoin.

Il faut ajouter que l'exercice de ces pratiques non conventionnelles pose le problème de l'exercice illégal de l'Art de Guérir lorsqu'elles sont utilisées par des non médecins.

Enfin, si certains sont convaincus qu'il est de l'intérêt pour la population de légiférer sur les pratiques non conventionnelles, il serait utile de pouvoir faire des recherches évaluant, à l'échelle de la population, le rapport entre les bénéfices escomptés et les dangers pour les malades soignés par ces techniques non conventionnelles.

Chapitre 1

Catalogue des pratiques non conventionnelles (parallèles alternatives ou complémentaires)

Il existe de nombreuses pratiques à visée thérapeutique, qui sont dénommées « pratiques non conventionnelles » dans le projet du Ministre M. COLLA. On les appelle souvent « médecines parallèles » ou « alternatives » ou « complémentaires ». Les National Institute of Health, aux USA, ont établi un classement de ces très nombreuses pratiques dont la liste, sans doute incomplète, est donnée dans l'annexe I. On peut y voir les diverses pratiques qui existent actuellement, qui indiquent que le projet du Ministre M. COLLA peut dépasser de loin les problématiques de l'homéopathie, de l'acupuncture, de l'ostéopathie et de la chiropraxie.

Chapitre 2

Les aspects sociologiques

On rapporte souvent que la popularité des pratiques non conventionnelles est en hausse¹. Des études réalisées dans les années 1990 suggèrent que l'incidence de l'utilisation d'au moins une forme de ces pratiques dans la population générale est de 10% en Angleterre, 30 à 40% en France, 33% aux Etats-Unis, et de 60% au Japon¹. En 1993, Eisenberg et collaborateurs rapportent que 34% des adultes américains recourent à au moins une forme de pratique non conventionnelle, définie comme une pratique qui n'est généralement pas enseignée dans les universités ni généralement disponible dans les hôpitaux généraux². D'autre part, la reconnaissance légale et l'intégration des pratiques non conventionnelles dans les curricula universitaires varient considérablement d'un pays à l'autre, sans effet évident sur le comportement des patients consommateurs¹. Les déterminants socio-culturels du succès des pratiques non conventionnelles sont mal connus.

Ces constatations permettent de souligner l'intérêt d'une enquête récente réalisée sur un échantillon représentatif de la population américaine, publiée dans une prestigieuse revue de la littérature médicale internationale³ et résumée ci-dessous.

L'étude avait pour but de tester trois raisons généralement proposées pour lesquelles les patients recourent aux pratiques non conventionnelles :

1. Insatisfaction : les patients estiment que la médecine conventionnelle est insuffisamment efficace, trop technologique, trop impersonnelle, ou trop coûteuse.
2. Besoin d'autonomie : les patients trouvent la médecine conventionnelle jugée trop paternaliste.
3. Congruence philosophique : les patients sont attirés par les pratiques non conventionnelles parce que celles-ci sont davantage en accord avec leurs conceptions philosophiques ou religieuses.

¹ News. Complementary medicine is booming. Brit Med J 1996 ; 313 : 131-133.

² Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbance TL, Unconventional medicine in the United States : prevalence, costs, and patterns of use. N Engl J med 1993 ;328 : 246-252.

³ Astin JA. Why patients use alternative medicine. JAMA 1998 ; 279 : 1548-1553.

Les résultats de ces études sont les suivants :

- L'incidence du recours aux pratiques non conventionnelles aux Etats Unis est de 40%.
- Toutefois, l'incidence du recours *exclusif* aux pratiques non conventionnelles n'est que de 4%.
- Les problèmes de santé les plus fréquemment mentionnés sont les douleurs dorsales, l'anxiété et le syndrome de fatigue chronique.
- Les types de pratiques non conventionnelles utilisés sont variés et nombreux, allant de la chiropraxie et l'homéopathie, au spiritualisme et à la musicothérapie. Aucun type de pratique non conventionnelle ne semble avoir plus de succès que les autres.
- Les variables suivantes permettent de prédire le recours aux pratiques non conventionnelles : (1) niveau d'éducation plus élevé, (2) tendance culturelle caractérisée par l'implication dans la préservation de l'environnement, le féminisme, la réalisation de soi (« personal growth psychology and self actualization »), la promotion de formes ésotériques de spiritualité, l'attrance pour l'exotisme, en un mot, une « creative culture » dont se réclament actuellement 24% des Américains adultes, (3) antécédent d'expérience personnelle ayant provoqué un bouleversement de sa conception du monde, (4) santé ressentie comme étant mauvaise, (5) compréhension holistique de la nature de la maladie, (6), des dorsalgies, de l'anxiété, des douleurs chroniques, des problèmes urinaires.
- La majorité des patients recourent aux pratiques non conventionnelles non par insatisfaction de la médecine conventionnelle, mais par recherche d'une médecine plus compatible avec leur vision du monde et leur interprétation de la maladie.

En résumé, aux Etats Unis, le recours aux pratiques non conventionnelles est fréquent, mais rarement exclusif. Il reflète un courant culturel devenu important, surtout dans les couches les plus éduquées de la société.

Il serait souhaitable de répéter ce type d'études en Belgique, afin de mieux évaluer les effets possibles du projet de loi du Ministre M. COLLA.

Chapitre 3

Critères des recherches scientifiques

Le simple fait que de nombreuses personnes recourent plus ou moins régulièrement à diverses pratiques non conventionnelles, comme l'homéopathie, l'acupuncture, l'ostéopathie et la chiropraxie, ne paraît pas constituer, *a priori*, un élément suffisant pour reconnaître le bien-fondé de ces pratiques. La reconnaissance éventuelle de ces pratiques non conventionnelles implique qu'au minimum, leur efficacité et leur innocuité soient démontrées, à défaut de pouvoir établir leur mécanisme d'action précis sur des bases scientifiques.

La démonstration de l'efficacité d'un traitement médical, quel qu'il soit, repose sur des règles unanimement reconnues ayant donné lieu à ce qu'il est convenu d'appeler la médecine basée sur les preuves ou « **Evidence-Based Medicine** »⁴ (EBM) des auteurs anglo-saxons.

⁴ Evidence -based Medicine

. Evidence-based Working Group. - Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA, 1992, **268**, 2420-2425.

. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. - Evidence-based medicine : how to practice and teach EBM. Churchill Livingstone, New York, 1997, 250p.

Cette approche rationnelle doit permettre de distinguer l'« évidence », basée sur les faits, de l'« opinion », basée sur la seule expérience personnelle. Elle vise essentiellement à démontrer que le traitement proposé a une activité supérieure à l'effet dit placebo.

L'**effet placebo**⁵ est bien connu en médecine : le simple fait de prendre en charge le patient permet déjà de le soulager, notamment dans le cas des nombreuses affections à composante psychosomatique. L'Evidence-Based Medicine exige la réalisation d'études comparatives dans lesquelles le traitement présumé actif est comparé avec un traitement sans activité intrinsèque (placebo), de manière aléatoire (distribution des traitements au hasard) et en aveugle (ni le patient, ni le thérapeute, ne connaissant le type de traitement alloué). La comparaison des résultats obtenus avec les deux traitements sur des groupes de patients suffisamment importants, bien suivis et bien analysés, permettra alors d'approcher la vérité, en apportant ce que l'on appelle l'évidence ou encore la preuve.

Différents **niveaux de preuve** peuvent être considérés. Il est classique de les classer selon la hiérarchie suivante, du niveau de preuve le plus élevé au niveau de preuve le plus bas : conclusions de méta-analyses, résultats d'essais cliniques contrôlés, études de cas contrôlés, rapports de cas cliniques anecdotiques (« case report » des auteurs anglo-saxons, ...). A l'heure actuelle, il est classique de considérer la méta-analyse comme la garante d'un niveau de preuve maximum ; dès lors, il est important de bien définir cette méthodologie, d'en connaître les modalités, mais aussi les limites, d'autant plus que cette méthodologie sera utilisée à plusieurs reprises dans la suite du présent rapport.

La **méta-analyse**⁶ consiste à regrouper les données issues d'études comparables et à les réanalyser au moyen d'outils statistiques adéquats. Le principal avantage de la méta-analyse est de réunir un nombre important de patients et d'événements, permettant ainsi d'arriver à des conclusions plus solides que ne le permettent les études individuelles, et donc d'approcher la vérité (par exemple, apporter la preuve que tel traitement est supérieur à un placebo). Les résultats de la méta-analyse vont cependant dépendre, de façon critique, du choix des essais qui la composent. Idéalement, la méta-analyse doit prendre en compte les résultats de tous les essais contrôlés (c'est-à-dire comparatifs avec un placebo), construits

. Louis-Simonet M, Perrier A. - La pratique de la médecine fondée sur des preuves : un exercice quotidien. *Med Hyg*, 1997, **55**, 2014-2018.

⁵ Placebo

. Lecomte J. - Signification physiopathologique de l'action thérapeutique du placebo. *Rev Med Liège*, 1986, **41**, 941-946.
. Oh VMS. - The placebo effect : can we use it better ? *Br Med J*, 1994, **309**, 69-70.
. Streitberger K Kleinhenz J. - Introducing a placebo needle into acupuncture research. *Lancet*, 1998, **352**, 364-365.

⁶ Méta-analyse

. Villar J, Carroli G, Belizan JM. - Predictive ability of meta-analyses of randomised controlled trials. *Lancet*, 1995, **345**, 772-776.
. Moher D, Olkin I. - Meta-analysis of randomized controlled trials. A concern for standards. *JAMA*, 1995, **274**, 1962-1964.
. Naylor CD. - Meta-analysis and the meta-epidemiology of clinical research. *Br Med J*, 1997, **315**, 617-619.
. Bailar JC III. - The promise and problems of meta-analysis. *N Engl J Med*, 1997, **337**, 559-561.
. Leloirier J, Grégoire G, Benhaddad A, et al. - Discrepancies between meta-analyses and subsequent large randomized, controlled trials. *N Engl J Med*, 1997, **337**, 536-542.

pour répondre à une même question (par exemple, tel traitement est-il supérieur au placebo ?) et réalisés chez des patients ayant les mêmes caractéristiques. Elle aura d'autant plus de force de persuasion qu'il existe une homogénéité dans les résultats des essais individuels, mais sera immanquablement influencée par les biais de publications privilégiant les études « positives » aux dépens des études « négatives ». Bref, la méta-analyse constitue un outil précieux pour la recherche clinique et l'Evidence-Based Medicine, mais elle n'est pas une panacée. En effet, dans certains cas, et particulièrement celui de beaucoup d'études actuelles sur l'efficacité des pratiques non conventionnelles, il existe un net besoin de pratiquer plutôt des essais cliniques contrôlés, randomisés, de grande envergure, sur des échantillons de population bien caractérisés et construits pour répondre à des questions précises. Les résultats de telles études sont appelés à donner des informations plus claires que celles des méta-analyses pratiques jusqu'ici.

Chapitre 4

L'homéopathie

Définition

L'homéopathie repose sur une hypothèse dite loi de similitude qui affirme que toute substance capable de provoquer certains symptômes chez un sujet en bonne santé peut guérir ces mêmes symptômes chez le sujet malade. Pour que cette substance agisse, il faut la diluer de façon sérielle. Chaque dilution étant accompagnée d'agitation énergétique du solvant afin de dynamiser la préparation. Aux très fortes dilutions utilisées, il n'existe en principe plus de molécules de la substance originelle. Les doctrines homéopathiques invoquent une propriété particulière du remède née du phénomène de « dynamisation ».

Avis

La propriété de dynamisation n'a jamais pu être prouvée scientifiquement. Il est de la plus haute importance au point de vue de la responsabilité en Santé Publique de vérifier dans quelle mesure l'application de cette théorie, sous forme d'une thérapeutique, offre des garanties d'efficacité et d'innocuité (cf. chapitre 6).

Dans l'annexe I, on trouve une revue détaillée de la littérature consacrée aux essais cliniques pour les traitements homéopathiques. Cette revue complète concerne des équipes de différents horizons. Elle montre que les traitements homéopathiques n'offrent, dans la méthode utilisée pour le contrôle par comparaison, pas d'effet différent ou à peine du placebo ou n'a donné aucun effet positif lorsque l'analyse est faite suivant les critères de l'Evidence-Based Medicine. Si l'on veut poursuivre l'étude des thérapeutiques homéopathiques, il faut donc entreprendre de nouvelles recherches où les procédures de contrôle, la constitution des groupes à comparer et l'interprétation des résultats seront faites sur des bases scientifiques. Il est évident que ces résultats posent de multiples problèmes pour la sécurité des patients. En effet, même lorsque ces thérapeutiques sont utilisées par des homéopathes médecins, certains de ceux-ci, en raison du mode de raisonnement utilisé dans leur pratique, courent le risque d'ignorer ou de négliger des pathologies importantes qui requièrent des traitements médicaux (« conventionnels ») spécifiques.

On doit rappeler que diagnostic et thérapeutique ne peuvent être dissociés et doivent reposer sur une formation adéquate et un raisonnement cohérent. Le diagnostic demande des connaissances multiples afin d'identifier l'origine des symptômes, pouvant tenir compte des

observations subjectives mais en se basant surtout sur des observations objectives. La thérapeutique nécessite des études de validation pour montrer son utilité et la réalité de son action. Les préparations homéopathiques ne répondent pas à ces critères, comme on peut le voir dans les conclusions de l'annexe I. De plus, le rôle préventif de l'homéopathie qu'invoquent ses adeptes ne repose sur aucun argument objectif.

Chapitre 5

L'acupuncture

Définition

L'acupuncture utilise la stimulation cutanée par des aiguilles. Celles-ci doivent être implantées en des points particuliers dont la liste est longue. Il faut noter qu'elle ne représente qu'une partie de la médecine chinoise traditionnelle, ceci afin de dissiper toute équivoque. Elle nécessite des connaissances anatomiques importantes ainsi que des notions de physiologie. Le plus souvent, elle est pratiquée par des médecins.

Avis

La méthode de travail a été, comme pour l'homéopathie, de faire le relevé de la littérature concernant l'acupuncture. On trouve ce relevé dans l'annexe II.

L'étude des essais cliniques est difficile à interpréter car les méthodes de randomisation qui ont été utilisées ne sont pas convaincantes dans la plupart des essais. Il faut donc être très prudent quant on étudie les résultats de ces recherches en fonction de la méthodologie, qui doit être très rigoureuse.

L'étude des essais cliniques montre que les résultats obtenus, à part dans quelques pathologies bien précisées, ne sont guère différents de ceux obtenus par un placebo. La difficulté de ces recherches consiste en la constitution de groupes témoins où l'on soit certain du choix du contrôle et de l'indicateur statistique. Il existe évidemment toute une série d'impressions subjectives qui peuvent intervenir pour compliquer l'interprétation.

Ces techniques, si elles ne semblent pas avoir d'effets secondaires indésirables importants, présentent cependant un danger en ce qui concerne l'asepsie. En effet, si elles ne sont pas réalisées dans de bonnes conditions de stérilité, elles risquent d'être une manière de contamination qu'il ne faut pas négliger, surtout dans le contexte actuel. Ici aussi, il apparaît nécessaire de valider les techniques utilisées dans l'acupuncture. On rapporte aussi des accidents mécaniques, parfois très graves (pneumothorax, hémopéricarde) qui peuvent être liés à une certaine méconnaissance de l'anatomie par les praticiens.

Chapitre 6

Chiropraxie - Ostéopathie

Cette partie du rapport s'est basée sur une étude bibliographique que l'on trouve à l'annexe III, ainsi que sur des entretiens avec les représentants des chiropracteurs et des ostéopathes. Si l'homéopathie et l'acupuncture sont exercées dans la très grande majorité des cas par des docteurs en médecine, il n'en est pas de même pour l'ostéopathie et la chiropraxie. Il faut cependant souligner que de nombreux médecins ont bénéficié d'une formation complémentaire en médecine manuelle et qu'ils exercent cette activité après avoir posé un diagnostic précis. Cette activité médicale de manipulations vertébrales ne présente aucun rapport avec l'ostéopathie telle qu'elle est discutée ici, en particulier dans sa conception holistique et avec la chiropraxie qui elles, sont pratiquées le plus souvent par des non médecins. Par chiropraxie et ostéopathie, on entend des techniques manuelles qu'il semble nécessaire de réunir en un seul chapitre en raison de l'ambiguïté qui réside dans l'utilisation

par l'un ou l'autre spécialiste représentant de ces techniques, tantôt chiropractiques, tantôt ostéopathiques. Il apparaît cependant nettement, après avoir entendu les utilisateurs de ces techniques, que la chiropraxie est mieux définie que l'ostéopathie.

Définition

On peut définir la chiropraxie d'après un texte édité par l'Association Belge des Chiropracteurs et l'on peut y lire que l'objet de la chiropraxie est de préserver ou de rétablir l'équilibre physiologique du corps, en prévenant ou en éliminant les déficiences structurelles qui peuvent affecter son intégrité statique et dynamique. La chiropraxie tend ainsi à obtenir un état d'équilibre et, par conséquent, à recréer l'intégrité neurophysiologique et mécanique. Cette intégrité peut, entre autres, être compromise par des atteintes du système locomoteur et rétablie par des interventions manuelles du chiropracteur et des soins complémentaires qu'il prodigue. Un exposé plus complet se trouve dans l'annexe III. Ainsi, la chiropraxie s'attache à prévenir ou à éliminer les déficiences structurelles qui peuvent affecter l'intégrité statique et dynamique du corps. Dans la même définition, on voit que d'autres perturbations d'origine musculaire, tendineuse, capsulaire, ou d'autres, peuvent également nécessiter des soins chiropractiques.

La définition de l'ostéopathie est complexe. Il faut noter qu'en ce qui concerne l'ostéopathie, il existe dans notre pays plusieurs écoles « d'ostéopathie ». L'ostéopathie est une approche holistique ; « tout peut interagir aussi bien d'un point de vue pathogénique que thérapeutique » ; « l'approche ostéopathique inclut différents axes articulaires, musculaires, viscéraux, crânio-sacrés, relationnels et, à titre d'appoint, on n'y exclut pas les conseils diététiques » (tout comme pour la chiropraxie d'ailleurs).

Ainsi, ici aussi, l'ostéopathie utilise des manipulations. Ceci explique qu'il ne paraît pas opportun de distinguer la chiropraxie de l'ostéopathie, cette dernière paraissant moins bien définie que la précédente. De plus, l'approche holistique indique une conception plus vague de différentes lésions viscérales ou neuromotrices pouvant être traitées à distance. Une définition plus complète pourra être lue également dans l'annexe III. Il n'existe pas de séparation nette entre la chiropraxie et l'ostéopathie. Il est donc difficile de définir ce qui appartient à l'une comme à l'autre. Néanmoins, telle que définie par les chiropracteurs, la chiropraxie paraît plus précise dans l'approche et les traitements de certaines lésions plus particulièrement articulaires.

Avis

Il n'a pas été possible de retrouver dans la littérature des travaux qui établissent des bases scientifiques des deux pratiques manuelles. Cependant, certains travaux intéressent la biomécanique rachidienne et ont été réalisés sous l'égide ou avec la collaboration de chiropracteurs et d'ostéopathes. Il s'agit toutefois de biomécanique fondamentale. D'autres publications concernent l'effet clinique de l'une ou l'autre de ces manipulations. Elles concernent une période allant de 1979 à 1995 (cf. annexe IV). Il faut bien reconnaître que ces travaux montrent que la méthodologie employée était souvent de qualité insuffisante et qu'elle rend par conséquent peu plausible une conclusion concernant l'efficacité technique de ces manipulations. Ces travaux indiquent que les manipulations ne peuvent être utilisées que dans certains cas bien précis. Les brèves définitions données ci-dessus, si elles montrent l'ambiguïté de la différence qu'il y aurait à faire entre la chiropraxie et l'ostéopathie, indiquent aussi qu'elles devraient se baser que sur des connaissances physiopathologiques et cliniques. Ces notions sont essentielles pour l'établissement d'un diagnostic et la prescription

d'une thérapeutique qui reste liée aux manipulations. On lira avec intérêt un Editorial récemment publié dans le New England Journal of Médecine⁷ qui rapporte une analyse critique de la pratique de la chiropraxie aux Etats Unis.

En ce qui concerne ces techniques manuelles, chiropraxie et ostéopathie, on ne peut passer sous silence l'existence de risques très importants liés à ces manipulations. Celles-ci sont à l'origine d'accidents bien connus et liées particulièrement aux endroits choisis pour les manipulations dans le cadre des pratiques chiropractiques ou ostéopathiques. Il est donc indispensable de ne réserver ces pratiques qu'à ceux qui ont acquis les notions nécessaires.

En conclusion, ces techniques devraient également être validées si l'on veut mettre en évidence les pathologies pour lesquelles elles pourraient être indiquées. Ces manipulations nécessitent des connaissances théoriques dans de très nombreux domaines de la médecine. Rappelons que les manipulations vertébrales sont régulièrement pratiquées par les médecins et que cet acte thérapeutique fait partie intégrante de la nomenclature médicale, cette médecine manuelle ne doit pas être confondue avec l'ostéopathie et la chiropraxie. Les complications parfois très graves qui peuvent résulter de ces manipulations manuelles sont importantes souvent, et peuvent être très fréquentes. Parmi les pratiques non conventionnelles, la chiropraxie et l'ostéopathie sont certainement les pratiques qui présentent le plus de dangers dans leurs applications.

Chapitre 7

Les dangers

Diverses études récentes insistent sur le caractère parfois dangereux de la pratique de l'homéopathie⁸ et plus encore de l'acupuncture⁹⁻¹¹.

En ce qui concerne l'homéopathie, les effets secondaires sont inexistantes uniquement à la condition que les dilutions des teintures-mères soient suffisamment élevées (au-delà de 5 CH). Les faibles dilutions, en particulier l'usage de dilutions décimales font apparaître les signes de toxicité des produits de départ, la caractérisation des extraits étant souvent imprécise¹⁰.

Ce qui paraît alors le plus inquiétant aussi bien dans notre pays qu'en France ou aux Etats Unis, par exemple, c'est la manière indirecte dont de la pratique homéopathique peut créer ou aggraver des pathologies par non-recours au dispositif du système de santé officiel et donc à la médecine « conventionnelle ». Ce non recours peut être passif (hésitation psychologique à proposer une hospitalisation en cas d'aggravation) ou actif (conseil aux patients de se mettre à l'abri des agressions de la médecine officielle (vaccination, chimiothérapie et autres traitements en oncologie). Ici les publications sur l'importance du

⁷ Skekelle PG. - New England Journal of Medicine. 1998, 339 :1074-1075.

⁸ E Ernst, A White . Acupuncture: safety first BMJ 1997;314:1362

⁹ E Ernst. Risk-free homeopathy? Schweiz Med Wochenschr 1996;126:1677-9

¹⁰ Aberer W et al. Homeopathic preparations - severe adverse effects, unproven benefits. Dermatologica 1991;182 (4): 253.

phénomène manquant pour apprécier l'étendue des dangers, mais plusieurs cas de patients ayant été victimes de soins inappropriés sont régulièrement publiés¹¹.

En ce qui concerne l'acupuncture, des études récentes mettent encore l'accent sur un nombre de cas impressionnant où les traitements ont provoqué soit la mort (tamponnade péricardique), soit des hémorragies (hémarthroses) ou des pneumothorax. En outre la fréquence des infections localisées ou généralisées liées à la pose d'aiguilles contaminées est alarmante (bactéries mais aussi virus de l'hépatite et même HIV)⁸.

Les dangers des manipulations des pratiques chiropractiques et ostéopathiques ont été soulignés (cf. chapitre 6 et annexe IV).

Bien que les dangers de l'homéopathie et de l'acupuncture puissent être réputés moins fréquents que pour les manipulations vertébrales ou pour des indications similaires de la médecine conventionnelle (iatrogénèse médicamenteuse), il convient de dire que les populations de patients ne sont pas directement comparables, pas plus que les indications précises.

En conclusion, la démonstration de l'innocuité¹² de toute pratique de soins proposée est tout aussi, voire encore plus, importante que la démonstration de son efficacité, principe universel qui s'applique également à la médecine conventionnelle. Dans le cas particulier des pratiques non conventionnelles susmentionnées, les dangers peuvent être de deux ordres. Tout d'abord, il y a les **dangers liés à la pratique elle-même** (par exemple, dilution insuffisante de préparations dites homéopathiques, asepsie imparfaite dans la pratique de l'acupuncture, manipulations vertébrales dangereuses dans la chiropraxie). Ce point vient d'être encore mis en exergue par un Editorial récent du New England Journal of Medicine qui réclame un contrôle rigoureux des remèdes alternatifs. Ensuite, il y a les **dangers résultant du retard de mise en œuvre d'un traitement conventionnel** qui pourrait s'avérer efficace, voire salvateur dans certains cas. Ce point capital met en exergue toute l'importance de la démarche diagnostique, étape préalable indispensable avant l'application d'un traitement, et pré-requis qui nécessite, dans bien des cas, des connaissances médicales approfondies.

Chapitre 8

Conclusions

Au terme d'une analyse très fouillée de toutes les études qui ont cherché à établir l'efficacité des diverses pratiques non conventionnelles, le groupe de contact est arrivé aux constatations suivantes :

1) La revue de la littérature scientifique consacrée aux quatre pratiques non conventionnelles, - homéopathie, acupuncture, chiropraxie, ostéopathie - indique qu'il y a très peu d'éléments qui permettent d'envisager l'inclusion de ces pratiques dans l'arsenal thérapeutique de la médecine dite conventionnelle.

¹¹ Angell M, Kassirer JP. - Alternative medicine - The risks of untested and unregulated remedies. New England J Med, 1998, **339**, 839-841.

¹² Innocuité

. Angell M, Kassirer JP. - Alternative medicine - The risks of untested and unregulated remedies. New Engl J Med, 1998, **339**, 839-841.

2) La quasi-totalité des essais cliniques entrepris selon les protocoles offrant les meilleures garanties de rigueur scientifique aboutit à conclure :

- a) soit à l'absence de résultats probants,
- b) soit à des effets non différents de ceux du placebo,
- c) soit à des résultats qui, après une analyse scientifique, se sont avérés négatifs.

3) Les quatre pratiques, homéopathie, acupuncture, chiropraxie et ostéopathie, ne sont pas sans danger, risquant d'entraîner pour certaines d'entre elles des complications irréversibles. Même lorsque des médecins recourent à ces pratiques, garantissant par leur formation de base et leur formation continuée une capacité de fixer des indications et des limites en fonction d'un diagnostic établi sur des bases scientifiques, ils ne peuvent toujours garantir l'innocuité de la pratique.

4) Avant de mettre en vigueur une législation réglementant une pratique non conventionnelle quelconque, il convient de vérifier si les avantages d'une telle pratique l'emportent réellement sur ses inconvénients. Il est suggéré de mettre sur pied dès maintenant des programmes de validation basée sur des études scientifiques incluant de larges populations, études auxquelles collaboreront des spécialistes de ces programmes et praticiens expérimentés dans l'exercice de méthodes non conventionnelles.

5) Comme l'évoquent les travaux du Parlement européen en cette matière, il conviendrait de faire précéder toute acceptation des pratiques non conventionnelles par l'établissement de critères scientifiques permettant d'offrir une véritable protection des consommateurs de soins, répondant ainsi à un souci élémentaire de gestion de la santé publique.

ANNEXES

CATALOGUE DES PRATIQUES NON CONVENTIONNELLES

Il n'existe aucun index, glossaire ou dictionnaire officiel des « médecines » alternatives.

L'Office of Alternative Medicine (OAM) des National Institutes of Health (NIH) dont on attendrait qu'une de ses premières vocations consiste à établir et mettre à jour un recensement exhaustif des très nombreuses pratiques, offre, sous toutes réserves, une classification succincte et une liste dont nous nous sommes inspirés comme point de départ pour établir le catalogue préliminaire présenté ici. Le site internet de l'OAM est <http://altmed.od.nih.gov/oam/>

On peut classer les pratiques en fonction de thèmes suivants, proposés par les NIH :

- 1) **Systèmes alternatifs de pratiques médicales**
- 2) **Applications bioélectromagnétiques**
- 3) **Changements diététiques, nutritionnels et de style de vie**
- 4) **Médecine par les plantes**
- 5) **“ Manual Healing ”**
- 6) **Contrôle de la relation CORPS-ESPRIT**
- 7) **Traitements pharmacologiques et biologiques**
- 8) **Procédés ou démarches à visée diagnostique**

Nous avons créé le dernier thème n°8 (non individualisé par la classification du NIH) pour faire apparaître qu'une démarche diagnostique sert souvent de support indépendant à une série très diversifiée de démarches thérapeutiques, même chez certains praticiens de systèmes alternatifs présentés comme des médecines complètes (rubrique n°1).

Dans ses grandes lignes, la liste s'agence en fonction de ces rubriques qui peuvent, bien entendu se chevaucher.

Dans ce catalogue, il est bon de remarquer que la terminologie reprenant l'utilisation d'appareillage physique ou de techniques manipulatoires, l'administration de différentes substances, le recours à des méthodes de diagnostic font partie des mots utilisés dans le cadre des disciplines de la médecine conventionnelle ; il ne s'agit que d'une similitude de vocabulaire.

1) Systèmes alternatifs de pratiques médicales

Acupuncture	Médecine Naturopathique
Médecine anthroposophique	Thérapie de la vie antérieure
Médecine ayurvédique	Shamanisme
Pratiques de soins traditionnelles dans des communautés	Médecine tibétaine
Homéopathie	Médecine orientale traditionnelle

2) Applications bioélectromagnétiques

Traitement par la lumière bleue et l'éclairage artificiel	Appareils d'électrostimulation et de stimulation neuromagnétique
Electroacupuncture	Spectroscopie de Résonance magnétique

Champs électromagnétiques

3) Changements diététiques, nutritionnels et de style de vie

Changements d'habitude de vie

Régimes alimentaires

« Gerson Therapy »

Macrobiotique

Mégavitamines

Suppléments nutritionnels

Phytothérapie

4) Médecine par les plantes

Divers types de phytothérapies

5) « Manual Healing »

Acupressure

Technique d'Alexander

« Biofield Therapeutics »

Chiropraxie

Méthode de Feldenkrais

Thérapie par Massage

Osthéopathie

Réflexologie

« Rolfing »

Toucher thérapeutique

Méthode de Trager

Thérapie de Zone

6) Contrôle de la relation CORPS-ESPRIT

ArtThérapie

Biofeedback

Thérapie par la danse

Thérapie par l'humour

Psychothérapie

Techniques de relaxation

Hypnothérapie

Méditation

Musicothérapie

Thérapie par la prière

Groupes de soutien

Yoga

7) Traitements pharmacologiques et biologiques

Agents anti-oxydants

Thérapie cellulaire

Thérapie par chélation

thérapie métabolique

Agents oxydants (Ozone, H₂, O₂)

8) Procédés ou démarches à visée diagnostique

Iridologie

Evaluation du terrain biologique

(= biological terrain assesment ou BTA)

(pH, redox, résistivité de sang, urine, salive)

Photographie Kirlian

Kinésiologie

Diverses analyses de sang

anticorps ou anti-malignine

tests cytotoxiques ou d'intolérance métabolique

analyse fonctionnelle intracellulaire (FIA)

Analyse de salive

BTA

analyse de cristallisation phytothérapeutique

Analyses d'urines

analyses d'acides aminés

BTA

Analyse de selles

analyse complète de l'état de digestion des selles

Diagnostic des fonctions bioélectriques (BFD)

Analyse de cheveux

Culture de tissus

pour choisir chimiothérapie anticancéreuse

Procédure d'imagerie

analyse de contour (« contourographie de moiré »)

effet Kirlian

Echo-Doppler transcranien

On peut aussi faire une liste alphabétique non discriminative de tous les mots répertoriés en français dans le vocabulaire des praticiens de thérapies parallèles ou de médecines “douces”. L'avantage est d'en faire saisir le nombre. Plusieurs de ces vocables

sont des synonymes. Faute de critères descriptifs suffisants, le même mot peut désigner des pratiques différentes.

Actinologie	Acupressure	Acupuncture
Aérothérapie	Aérothermothérapie	Alexander F.M.
Alexander G.	Algothérapie	Anthroposophie
Antigymnastique	Apithérapie	Argilothérapie
Aromathérapie	Art-thérapie	Auriculomédecine
Auriculothérapie	Autorééducation corporelle	Autosuggestion
Ayur-Véda	Bain d'air	Bain d'algues
Bains flottants	Balancement énergétique	Balnéothérapie
Bio-énergie	Biokinergie	Biosynergie
Bromatologie	Centres anti-tabac	Chimiothérapie
Chirologie	Chiropractie	Chromothérapie
Chromothérapie	Climatologie	Colorthérapie
Crénothérapie	Cristallothérapie	Cryothérapie
Diététique	Digitopuncture	Do-in
Drainage lymphatique	Elixirs floraux	Endermologie
Energétique	Ergothérapie	Etiopathie
Eutonie	Fangothérapie	Fasciathérapie
Feldenkrais	Focusing	Galactothérapie
Gemmothérapie	Géobiologie	Gestalt-thérapie
Guérisseur	Gymnastique holistique	Haptonomie
Harmonisants de Bach	Hébertisme	Héliothérapie
Hilarothérapie	Holistique	Holothérapie
Homéopathie	Hydrothérapie	Hygiénisme
Hypnose	Hypnothérapie	Immunothérapie infinitésimale
Isolation sensorielle	Kinélogie	Kinésiologie
Ki-shin-tai-jutsu	Kneippisme	Kousmine
Laserthérapie	Lithothérapie	Macrobiotique
Magnétothérapie	Magnétisme	Magnétologie
Magnétothérapie	Massages	Médecine anthroposophique
Médecine chinoise	Médecine holistique	Médecine orthomoléculaire
Méditation	Mésothérapie	Métallothérapie
Méthode Alexander	Méthode Feldenkrais	Méthode Kousmine
Méthode Mézière	Méthode Tomatis	Méthodes audiophoniques
Mézière	Musicothérapie	Nasothérapie
Naturopathie	Naturothérapie	Neurostimulation transcutanée
Nutrithérapie	Nutrition	Oligothérapie
Onirothérapie	Orthothérapie	Ostéopathie
Oxygénothérapie	Ozonothérapie	P.N.L.(program.neurolinguist.)
Palingénésie	Phosphénisme	Photothérapie
Physiothérapie	Phyto-minéralogie	Phytothérapie
Polarité	Posturologie	Psychodrames
Qi Gong	Radiesthésie	Rebirth
Rebouteux	Réflexologie	Régression thérapeutique
Reiki	Relaxation	Relaxation dynamique
Scénothérapie	Sels de Schuessles	Sevrage tabagique
Sexologie	Shiatsu	Sinobiologie
Somato-relaxologie	Sophrologie	Stretching postural
Sympathicothérapie	Tabac	Tai-chi-chuan
Tantra	Technique F.M. Alexander	Thalassothérapie

Thérapie énergétique
Thérapies comportementales

Thérapie manuelle
Thermalisme

Thérapies cognitives
Tomatis

Les conclusions provisoires de ce survol des pratiques non conventionnelles sont les suivantes :

1) Le développement des pratiques non conventionnelles semble s'orienter vers une très grande diversification des approches qui va bien au-delà des questions débattues à propos des pratiques les plus couramment citées. L'ésotérisme et les connotations religieuses sont très présents.

2) Compte tenu de l'absence totale d'évaluation de l'utilité et de l'apport de ces pratiques il paraît difficile de dire qu'elles rendent aux personnes qui y recourent, moins de services que l'homéopathie, l'acupuncture ou les médecines manipulatives les mieux connues.

3) La difficulté de préciser la place de ces pratiques dans l'offre de soins vient notamment de la pauvreté du corpus de connaissances minimales autorisant une description de chaque pratique.

4) Quelques études de terrain, à caractère sociologique, devraient permettre de voir dans quelle mesure se vérifient les témoignages de beaucoup de patients qui recourent à ce type d'offre de soins. Selon ces témoignages, un même praticien (médecin ou non-médecin) combine plusieurs techniques " parallèles ", par exemple homéopathie + fleurs de Bach + iridologie ; acupuncture + photographie Kirlian.

5) Du point de vue de l'évaluation scientifique de l'efficacité de ces démarches en termes de santé publique, la distance paraît grande entre les enseignements tirés des quelques métaanalyses publiées à propos de pratiques supposées bien codifiées et le foisonnement sauvage que connaît dans la réalité quotidienne, l'ensemble des pratiques non conventionnelles.

ETUDE CRITIQUE DES ETUDES CONTROLEES CONCERNANT L'HOMÉOPATHIE

INTRODUCTION

Les dernières années ont vu l'avènement de l' "Evidence-Based Medicine" (EBM), encore appelée médecine fondée sur les preuves (1,2,3). Pour être reconnu, un traitement, quel qu'il soit, doit avoir fait la preuve de son efficacité et de sa sécurité dans des études contrôlées versus placebo, randomisées, réalisées si possible en double insu ou double aveugle, en répondant aux règles strictes dites des "Good Clinical Practice" ou GCP (4).

Les traitements pharmacologiques de la médecine conventionnelle se sont pliés, depuis de nombreuses années déjà, à ces exigences, de plus en plus sévères, et les médicaments nouvellement commercialisés ont tous passé le crible de cette sélection rigoureuse (5).

Depuis quelques années, on voit apparaître dans la littérature scientifique des travaux relatifs à l'homéopathie réalisés selon une méthodologie comparable à celle des essais médicamenteux classiques. Les homéopathes ne manquent pas de faire référence aux rares travaux positifs publiés dans l'une ou l'autre revue. Une méta-analyse publiée dans le Lancet en 1997 a fait la synthèse de ces différents travaux et a semblé conclure à un effet positif des traitements homéopathiques par rapport à un placebo (7). Ce travail de compilation a cependant été fortement critiqué, notamment parce qu'il ne respecte pas les règles élémentaires de méta-analyse qui veulent que les études incluses soient menées sur une population homogène (c'est-à-dire avec une pathologie comparable), selon un protocole similaire ou très proche et avec une intervention thérapeutique identique (8). La méta-analyse du Lancet, au contraire, reprenait toutes les études concernant l'homéopathie, quelle que soit la maladie à traiter et le traitement prescrit, pourvu qu'il soit homéopathique. Par ailleurs, il est bien connu qu'une méta-analyse est un pis-aller, sujet à des biais de publication (même si la méta-analyse du Lancet a tenté de les prendre en compte). Ainsi, les résultats d'une méta-analyse sont toujours plus favorables que ceux d'un grand essai clinique contrôlé randomisé et doivent donc toujours être vérifiés (9,10).

Vu l'intérêt croissant pour les tentatives de validation de l'homéopathie par des techniques expérimentales ou par des essais cliniques (11,12), le but de ce travail est de faire le point sur les études contrôlées versus placebo qui analysent l'efficacité des traitements homéopathiques. Elles concernent essentiellement les affections respiratoires en pédiatrie, les phénomènes immunoallergiques et les pathologies douloureuses. Cette analyse de la littérature est basée essentiellement sur :

- 1) un article de synthèse publié dans le British Medical Journal reprenant toutes les études contrôlées concernant l'homéopathie qui ont été publiées jusque 1991 (13); cette analyse a été comparée à une autre revue publiée peu auparavant (14);
- 2) un article critique de la revue Prescrire publié en 1995 et analysant toutes les études contrôlées concernant l'homéopathie publiées entre 1991 et 1995 (15);
- 3) une grande méta-analyse du Lancet publiée en 1997 (7); et
- 4) une recherche Medline des études les plus récentes non incluses dans les travaux de synthèse susmentionnés.

BILAN DES ESSAIS CONTROLES RÉALISÉS JUSQUE 1990-1991

Une équipe hollandaise a évalué la qualité méthodologique de 107 essais contrôlés concernant l'homéopathie, publiés dans des journaux classiques, dans des journaux de médecine alternative ou rendus publics par d'autres moyens de communication (proceedings, dissertations, livres, ...) (13). Une première analyse brute montre que sur les 107 essais, 81 rapportent des résultats positifs alors que 24 ne montrent aucune différence par rapport au placebo. Cette première analyse, bien que superficielle, est souvent citée par les homéopathes pour affirmer que l'homéopathie est un traitement efficace, supérieur au placebo. Dans une seconde étape, l'analyse plus détaillée montre que beaucoup de ces essais sont de piètre qualité. Alors que 75 essais sont décrits comme étant menés en double aveugle, le placebo n'est décrit comme indiscernable du traitement homéopathique que dans 31 d'entre eux. De ces 31 essais, seuls 15 ont un score supérieur au seuil permettant de séparer un essai de bonne qualité d'un essai de qualité insuffisante. De ces 15 essais, seulement 5 ont inclus plus de 25 patients dans le groupe expérimental. Ces 5 essais suggèrent un effet supérieur du traitement homéopathique par rapport au placebo, mais ceci semble une preuve insuffisante pour admettre définitivement que l'homéopathie soit un moyen thérapeutique efficace.

Une autre revue publiée en 1990 a conclu que seulement 40 essais cliniques concernant l'homéopathie étaient suffisamment randomisés pour pouvoir être évalués correctement (14). Les auteurs reconnaissent qu'il est difficile de quantifier ces essais sur le plan de la qualité méthodologique. De ces 40 essais, 20 concluent en faveur de l'homéopathie et 20 ne montrent pas d'effet supérieur au placebo. Il est donc difficile de conclure au vu de ces résultats.

Enfin, selon la Revue Prescrire, avant 1991, une centaine d'essais comparatifs avait été publiée, dont la plupart contenaient des biais méthodologiques ou d'interprétation évidents (15).

ACTUALISATION 1995 DE LA REVUE PRESCRIRE (15)

Depuis 1991 à début 1995, les articles indexés aux Current Contents au mot clé "Homeopathy" ont été systématiquement recherchés. Cette recherche documentée a été complétée par une interrogation croisant les mots clés "homeopathy" et "clinical trial" dans les bases de données Medline et Embase, donc limitée aux essais cliniques publiés dans des revues internationales à comité de lecture.

Au total, 11 études ont été retenues portant sur les thématiques suivantes :

- 1) post-partum (Hofmeyr, Afrique du Sud, Br J Clin Pract 1990, 44, 619-21)
- 2) agitation postopératoire de l'enfant (Aliheu, France, Pédiatrie, 1990, 45, 465-6)
- 3) polyarthrite rhumatoïde (Andrade, Brésil, Scand J Rheumatol, 1991, 20, 204-8)
- 4) polyarthrite rhumatoïde (Wiesenauer, Allemagne, Aktuel Rheumatol 1991, 16, 1-9 et Gaus, 1993, 18, 159-162)
- 5) verrues plantaires (Labrecque, Canada, Can Med Assoc J, 1992, 146, 1749-53)
- 6) instabilité vésicale (Kurz, Autriche, Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch, 1993, 33 (Suppl 1), 330-1)
- 7) obésité (Werk, Allemagne, Therapiewoche, 1994, 44, 34-35)
- 8) diarrhée de l'enfant (Jacobs, Nicaragua, Pediatrics, 1994, 93, 719-725)
- 9) affections récidivantes des voies aériennes supérieures de l'enfant (De Lange de Klerk, Pays-Bas, Br Med J, 1994, 309, 1329-1332)

- 10) asthme atopique (Reilly, Grande-Bretagne, Lancet, 1994, 344, 1601-6; suite de Lancet 1986, ii, 881-886)
- 11) chirurgie dentaire (Lökken, Norvège, Br Med J, 1995, 310, 1439-42)

Les résultats de ces études sont soit non significativement différents du placebo, soit différents du placebo mais avec divers problèmes méthodologiques ne permettant pas de conclure de façon définitive : critères de jugements trop nombreux et mal définis, nombre de patients insuffisant, nombre de perdus de vue excessif, consommation de médicaments "allopathiques" mal connue, ... Il est particulièrement informatif de constater que les travaux présentant la plus grande envergure et la meilleure méthodologie ont donné des résultats négatifs et que seules des études sujettes à caution ont montré des résultats positifs en faveur du traitement homéopathique. Même le travail publié dans le Lancet en 1994 suggérant que l'évidence en faveur de l'immunothérapie homéopathique est reproductible (16) ne permet pas d'emporter la conviction en raison d'un nombre de sujets avec asthme atopique inclus dans l'étude relativement limité (seulement 24 sujets analysés) et de la grande hétérogénéité des réponses individuelles. Par ailleurs, la petite méta-analyse faite par les auteurs sur trois essais ne peut être considérée comme valable, notamment parce que les deux premiers essais concernaient la rhinite allergique et non l'asthme atopique (et qu'un de ces deux essais avait été publié dans une revue spécifique d'homéopathie).

META-ANALYSE 1997 DU LANCET (7)

La recherche est plus exhaustive que celle de Prescrire (15) puisqu'elle comprend, non seulement une recherche par les systèmes informatisés classiques, mais aussi une collecte d'études par différents contacts spécialisés. L'analyse de base comprend 186 essais parmi lesquels 119 remplissent les critères d'inclusion préétablis (études double-aveugle et/ou randomisées placebo-contrôlées). Parmi celles-ci, 89 études comportaient des données suffisantes pour entrer dans la méta-analyse. L'odds ratio pour l'ensemble de ces 89 études est de 2.45 (95 % CI 2.05, 2.93) en faveur de l'homéopathie. Après correction pour des biais de publication éventuels, l'odds ratio tombe à 1.78 (95 % CI 1.03, 3.10). Parmi ces 89 études, seulement 26 ont été considérées comme étant de bonne qualité : l'odds ratio calculé sur ces études était de 1.66 (95 % CI 1.33, 2.08). Comme les pathologies étudiées étaient très hétérogènes, les auteurs ont ciblé leur analyse sur deux domaines particuliers où plusieurs travaux étaient disponibles : 4 études sur la conjonctivite allergique saisonnière (odds ratio 2.03; 95 % CI 1.51, 2.74) (mais toutes avec le même investigateur principal, ce qui laisse planer un doute !) et 5 études sur l'iléus postopératoire (différence significative pour le ballonnement et le transit, mais avec des traitements homéopathiques différents; de plus, l'essai le plus important a donné des résultats négatifs, contrastant avec les résultats positifs des 4 autres études de plus petite envergure).

Les auteurs concluent que les résultats de la méta-analyse ne sont pas compatibles avec l'hypothèse selon laquelle les effets cliniques de l'homéopathie sont entièrement expliqués par un effet placebo. Cependant, l'analyse effectuée sur des entités nosologiques et des traitements très hétérogènes n'apporte pas de preuve suffisante qu'un traitement homéopathique spécifique est vraiment efficace pour une condition clinique particulière, point pour le moins essentiel dans la pratique de l'art de guérir.

Cette conclusion reprend la deuxième analyse réalisée par la Revue Prescrire (17) qui, sous le titre « Une méta-analyse en question » conclut que « une analyse approfondie de cette méta-analyse conduit à contester sa conception même et à ne pas en accepter les résultats ».

ETUDES RECENTES NON REPRISES DANS LES DEUX ANALYSES PRECEDENTES

Nous avons effectué une recherche complémentaire Medline avec le mot-clé "Homeopathy". Quelques études supplémentaires ont été retrouvées, publiées au cours de la dernière année et non reprises dans les deux analyses précédentes, et en particulier pas dans la méta-analyse du Lancet.

Une méta-analyse récente des traitements homéopathiques dans l'iléus post-opératoire (critère d'efficacité : apparition du premier gaz) a conclu à une efficacité des préparations de dilution $< 12C$, mais non à celles de dilution $\geq 12C$ (18). Les auteurs reconnaissent cependant qu'il existe différents biais méthodologiques (notamment sur la fiabilité de mesure du critère d'évaluation) ne permettant pas de conclure de façon définitive. Selon eux, ces résultats devraient être confirmés dans un grand essai contrôlé randomisé.

Une étude double aveugle récente n'a pas permis de démontrer la supériorité de l'arnica C30 sur la douleur et l'infection après une hystérectomie par rapport à un placebo (19). En outre, un travail sur le traitement homéopathique classique des céphalées chroniques, mené par des homéopathes avec une rigueur méthodologique sans faille conclut à l'absence d'effet par rapport au placebo (20).

Aucune autre étude n'emporte la conviction qu'un traitement homéopathique spécifique soit supérieur à un traitement par placebo dans la prise en charge d'une pathologie particulière.

CONCLUSIONS

L'analyse de la littérature internationale des études contrôlées versus placebo des traitements homéopathiques ne permet pas de démontrer de façon péremptoire la supériorité du traitement homéopathique sur le placebo. Les études répondant aux critères de qualité minimale sont soit négatives, soit positives mais avec des biais méthodologiques ne permettant pas de conclure de façon définitive. De plus, de nombreux résultats positifs n'ont pu être confirmés par des équipes indépendantes, alors que ce critère est un élément capital en science en général et en médecine en particulier. La méta-analyse récente du Lancet, même si elle a été faite avec une méthodologie rigoureuse, ne permet pas non plus de conclure puisqu'elle ne respecte pas le principe même d'homogénéité de pathologie et de traitement requis pour une méta-analyse. Seul un grand essai parfaitement mené et bien contrôlé permettrait d'apporter l'indispensable évidence qui fait, jusqu'à présent, cruellement défaut à l'homéopathie pour pouvoir revendiquer de faire partie des thérapeutiques basées sur les preuves ("Evidence-Based Medicine").

-
1. Evidence-based Working Group. - Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA, 1992, 268, 2420-2425.
 2. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. - Evidence-based medicine : how to practice and teach EBM. Churchill Livingstone, New York, 1997, 250 p.
 3. Louis-Simonet M, Perrier A. - La pratique de la médecine fondée sur des preuves : un exercice quotidien. Med Hyg, 1997, 55, 2014-2018.
 4. Li Wan PO A. - Evidence-based pharmacotherapy. Pharmaceut J, 1996, 256, 308-312.
 5. Scheen AJ. - Comment j'explore ... la qualité et l'impact clinique d'un essai thérapeutique. Rev Med Liège, 1996, 51, 782-785.

6. Gaus W, Högel J. - Studies on the efficacy of unconventional therapies. Problems and designs. *Drug Res*, 1995, 45, 88-92.
7. Linde K, Clausius N, Ramirez G, et al. - Are the clinical effects of homeopathy placebo effects ? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Lancet* 1997, 350, 834-841.
8. Scheen AJ. - L'homéopathie peut-elle trouver sa légitimité dans les résultats "positifs" d'une méta-analyse ? *Rev Med Liege*, 1997, 52, 694-697.
9. LeLorier J, Grégoire G, Benhaddad A, et al. - Discrepancies between meta-analyses and subsequent large randomized, controlled trials. *N Engl J Med*, 1997, 337, 536-542.
10. Bailar JC III. - The promise and problems of meta-analysis. *N Engl J Med*, 1997, 337, 559-561.
11. Senior K. Homeopathy : science or scam ? *Mol Med Today*, 1995, 266-269.
12. Ernst E, Kaptchuk TJ. - Homeopathy revisited. *Arch Intern Med*, 1996, 156, 2162-2164.
13. Kleijnen J, Knipschild P, ter Riet G. Clinical trials of homeopathy. *Br Med J*, 1991, 302, 316-323.
14. Hill C, Doyon F. Review of randomized trials of homeopathy. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 1990, 38, 138-1147.
15. Anonymous. - Homéopathie. Actualisation 1995 du dossier d'évaluation. *Prescrire*, 1995, 15, 674-684.
16. Reilly D, Taylor MA, Beattie NGM, et al. - Is evidence for homeopathy reproducible ? *Lancet*, 1994, 344, 1601-1606.
17. Noiry JP. - Evaluation de l'homéopathie (suite). Une méta-analyse en question. *Prescrire*, 1998, 18, 39-41.
18. Barnes J, Ernst E. - Homeopathy for postoperative ileus ? A meta-analysis. *J Clin Gastroenterol*, 1997, 25, 628-633.
19. Hart O, Mullee MA, Lewith G, Miller J. - Double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial of homeopathic arnica C30 for pain and infection after total abdominal hysterectomy. *J R Soc Med*, 1997, 90, 73-78.
20. Walach H, Haeusler W, Lowest et al. - Classical homeopathic treatment of chronic headache. *Cephalalgia*, 1997, 17, 119-26.

BASES SCIENTIFIQUES DE L'ACUPUNCTURE

La méthode a consisté à :

- 1) retrouver par Medline l'ensemble des travaux publiés sur l'efficacité clinique de l'acupuncture, en anglais ou en français, entre 1981 et 1998, soit environ 3500 articles ;
- 2) reprendre les méta-analyses déjà publiées sur l'acupuncture :
 - rapport Commission Européenne COST B4, mars 1998
 - Patel M. et al. : Int J. Epid 1989 ;18 :900-906
 - Kleijnen J. et al. : Thorax 1991 ;46 :799-802
 - Vickers A.J. : J Roy Soc Med 1996 ;89 :303-311
 - Thomas M., Lundberg T. : Pain 1996 ; 4(3) :1-4
 - White A.R. : Forschende Komplementamedizin 1994 ;4 :102-105 ;
- 3) prendre l'avis d'experts ou de panels d'experts :
 - NIH : Consensus Development Statement on Acupuncture 5/11/1997
 - Paul Lauwers, Association Belge des Médecins Acupuncteurs (1998)
 - L. Auquier et A. André : Méthodes thérapeutiques non conventionnelles (1998) ;

Voici le résultat de ce travail.

De l'ensemble de la littérature consacrée à l'acupuncture, on peut considérer qu'environ 205 études cliniques ont été menées de manière « contrôlée » en comparant la technique (aiguille, électrostimulation, moxa, massopressure, ...) à un placebo, à un placement « sham » de la stimulation, à une alternative thérapeutique, ...

Ces études constituent le substrat des méta-analyses dont il est fait référence ci-dessous.

Acupuncture dans la douleur¹³

A partir d'une méta-analyse de 14 études randomisées et contrôlées de l'acupuncture dans des douleurs dégénératives chroniques (lombalgies n=5, cervicalgies n=6, douleurs abarticulaires n=3), les auteurs (suisses) relèvent les points suivants :

1. Le choix du contrôle est important

Les comparaisons acupuncture/traitements conventionnels et acupuncture/placebo sont favorables à l'acupuncture et ceci est encore plus apparent quand on compare l'acupuncture aux traitements conventionnels.

2. Le choix de l'indicateur statistique intervient dans la signification

Ainsi, quel que soit l'indicateur statistique choisi (risk difference, odd ratio, 1-relative difference), les cervicalgies répondent à l'acupuncture ; suivant qu'on utilise 2 ou 3 indicateurs statistiques, les lombalgies répondent à l'acupuncture, ce qui n'est pas le cas des douleurs abarticulaires.

3. Les notions de cervicalgies, lombalgies, douleurs abarticulaires ne sont que des symptômes. Ils peuvent être retrouvés dans des pathologies multiples et recouvrir des

¹³ Int. J. Epidem. 1989 ;18(4) :900-906.

réalités extrêmement différentes : l'échantillonnage de ces études est très hétérogène et donc non adéquat

4. Il faut noter que si les études sont réalisées en aveugle, la signification statistique indiquant une supériorité de l'acupuncture n'est pas retrouvée, d'où l'importance du choix du contrôle de l'indicateur statistique.

Acupuncture dans l'asthme¹⁴

Les auteurs ont révisé la littérature médicale de 1963 à 1989 par Medline et retenu 13 études avec groupe contrôle ; ils ont aussi coté la qualité méthodologique. Dans ces conditions, 8/13 études avaient un score supérieur à 50 (50% - 72%). Ils n'ont pas réalisé de méta-analyse. Ils concluent que jusqu'à présent, il n'existe pas d'argument en faveur d'une efficacité de l'acupuncture dans l'asthme.

Acupuncture et arrêt du tabac¹⁵

Si l'acupuncture semble efficace, ce serait par un effet placebo car l'effet n'est pas lié au placement sélectif des aiguilles et n'est pas supérieur aux autres traitements.

Acupuncture comme anti-émétique¹⁶

- 33/42 études cliniques publiées sont retenues parce qu'elles sont contrôlées ; la qualité méthodologique a été validée par des observateurs indépendants et cotée (bonne, moyenne, faible). La technique consiste à stimuler le point d'acupuncture P6 situé au niveau du poignet par aiguille, par pression, électro-acupuncture, par injection et parfois lorsque le patient est encore anesthésié. Par ailleurs, le mécanisme d'action éventuel n'apparaît pas clairement.

- **Résultats** : lorsque l'acupuncture est administrée à un patient sous anesthésie générale, son effet anti-vomissement n'est pas supérieur au placebo (4/4 études) ; il le devient lorsque le patient n'est plus anesthésié (27/29 études) ; ceci se confirme dans 11 des 12 études de la meilleure qualité méthodologique.

A noter que la stimulation de P6 doit précéder le stimulus émétique, que la stimulation de points autres que P6 est moins efficace, que l'anesthésie locale de P6 fait perdre le bénéfice de la stimulation acupunctureale de ce point.. Mais tous les expérimentateurs ont-ils été objectifs, se demandent les reviewers ?

Conférence de consensus du NIH (1997)

Leurs conclusions sont les suivantes :

1. Les résultats des études consacrées à l'acupuncture sont équivoques car des problèmes méthodologiques existent (contrôles, placebo, sham).
2. Des résultats encourageants existent dans des indications comme les nausées post-intervention ou post-chimiothérapie, et dans les douleurs dentaires post-opératoires.
3. L'acupuncture peut être utile comme thérapeutique adjuvante (« adjunct treatment ») ou comme alternative acceptable, ou incluse dans la prise en charge globale du patient.

¹⁴ Thorax 1991 ;46 :799-802.

¹⁵ Komplementamedizin 1997 ;4 :102-105.

¹⁶ J. Roy. Soc. Med. 1996 ;89 :303-311.

4. Il y a assez d'éléments positifs pour englober l'acupuncture dans l'arsenal de la médecine conventionnelle.

Les conclusions de cette conférence doivent cependant être relativisées car il existe un certain biais dans la sélection du panel des participants à cette conférence.

Conclusions

Aujourd'hui, on dispose donc de revues critiques bien faites sur l'évaluation de l'efficacité de l'acupuncture ainsi que des avis d'experts qui permettent de se faire une première opinion sur la place thérapeutique de l'acupuncture dans des indications déterminées.

1. Comme antiémétique spécialement, les études consacrées à la stimulation de P6 semblent suffisamment convaincantes pour admettre *cette* indication. Ceci rejoint l'opinion du rapport COST B4 des Communautés Européennes.
2. Dans la douleur du rachis arthrosique, l'acupuncture semble plus efficace que les traitements conventionnels mais jusqu'à nouvel ordre, ceci semble lié à un effet placebo supérieur (car dans les études réalisées en aveugle, cette supériorité n'est pas retrouvée). Si elle est prescrite dans ce contexte précis, et réalisée par des personnes ayant des connaissances anatomiques et physiologiques importantes, c'est-à-dire en pratique des médecins, l'acupuncture pourrait être inscrite dans des indications bien précises dans l'arsenal thérapeutique comme le suggère la conférence de consensus du NIH.
3. Dans l'asthme, les arguments manquent pour adopter une attitude aussi favorable.
4. Dans l'arrêt du tabac, l'effet de l'acupuncture serait nettement lié à son effet placebo.

OSTEOPATHIE-CHIROPRACTIQUE

Les bases scientifiques des théories ostéopathiques ou chiropractiques

Les données de la littérature n'ont pas permis de trouver des travaux qui établissent des bases scientifiques des deux thérapeutiques manuelles.

Cependant, un certain nombre de travaux intéressant la biomécanique rachidienne ont été réalisés sous l'égide ou avec la collaboration de praticiens de ces thérapeutiques et/ou de centres de formation à ces thérapeutiques. Il s'agit toutefois de travaux de biomécanique fondamentale.

En conclusion, il n'y a pas, à notre connaissance, de travaux scientifiques publiés et valables ayant servi de base aux concepts chiropractiques et/ou ostéopathiques. Il est important de souligner à ce propos que les différents praticiens de ces deux types de thérapeutiques manuelles rencontrés n'ont pas fait état d'études, voire même ont reconnu, très honnêtement, qu'il n'existait pas de tel support scientifique.

Les études cliniques

Il existe dans la littérature de nombreux travaux concernant l'effet clinique de l'une ou l'autre manipulation.

Quelques méta-analyses ont été publiées.

Une première analyse de ces travaux montre que la méthodologie employée était souvent de qualité insuffisante, invalidant une éventuelle conclusion concernant l'efficacité clinique de la manipulation.

La plupart des travaux pèchent dans la procédure de randomisation et la description de la technique de manipulation. La méthode de double aveugle n'est pas appliquée. Si ce dernier aspect mérite d'être relevé, il paraît cependant compréhensible et logique que les études soient pénalisées sur ce point particulier.

AUQUIER et ANDRE ont réalisé une analyse des travaux de type méta-analyse. KLEIN a également réalisé une telle étude. Les conclusions sont concordantes, bien que la motivation initiale du travail ne soit pas identique. Nous les rapporterons ci-après.

Un travail multicentrique (Meade) montrait que le traitement manipulatif était plus efficace que le traitement externe hospitalier. Le travail était basé sur 741 patients et l'étude portait sur l'évaluation de la douleur avant et après traitement de lombalgies d'origine mécanique. Cependant, ce travail conséquent, ayant même comporté un suivi de deux ans, a été critiqué. Malgré la randomisation, les deux groupes de patients traités se sont avérés non comparables, invalidant le travail d'autant que le bénéfice apparaissait très faible.

La différence entre le traitement médical et chiropractique n'est pas apparue dans un travail mené par Hurwitz en 1994.

Shekelle et al (1992) ont montré que la manipulation donnait des résultats satisfaisants dans les lombalgies aiguës et subaiguës. Toutefois, il n'est pas établi que la manipulation soit efficace si la lombalgie était compliquée par une atteinte du sciatique.

Koes et al concluent au terme d'une analyse de 35 essais cliniques randomisés que l'efficacité des manipulations n'a pu être démontrée de façon absolue.

L'analyse des diverses études permet de conclure que la manipulation pourrait être utile, sans que cela ne soit formellement démontré, dans le cas de lombalgies aiguës ou subaiguës sans sciatique. Son efficacité par rapport au traitement médical dans la lombalgie chronique (dont plus de 40% ont une composante psychosomatique et sont donc sensibles au placebo) n'est pas démontrée.

Selon KLEIN, la manipulation pourrait être efficace dans la céphalée de tension et dans la cervicalgie mais les risques de la manipulation vertébrale surtout au niveau cervical paraissent disproportionnés.

Ajoutons deux intéressantes études publiées récemment dans le New England Journal of Medicine. L'une concerne les lombalgies et indique que la chiropraxie n'apporte pas d'avantage significatif par rapport aux traitements habituels non médicamenteux¹⁷ et l'autre concerne l'asthme et démontre l'absence d'efficacité de la chiropraxie¹⁸.

En conclusion :

- la revue de littérature démontre que les études sont très complexes à réaliser
- la technique de randomisation et les manipulations sont souvent mal décrites
- la méthode du double aveugle fait toujours défaut
- le contrôle des populations est peu défini
- de multiples biais sont présents
- seules les lombalgies aiguës ou subaiguës seraient susceptibles de bénéficier d'une amélioration au plan de la douleur
- aucune étude ne démontre l'efficacité d'un traitement manipulatif à long terme sur la lombalgie chronique.

Les risques liés aux manipulations

Un certain nombre de travaux rapportent des accidents consécutifs à des manipulations vertébrales. Ces accidents sont souvent des hernies post manipulations comprimant les structures nerveuses et nécessitant une libération chirurgicale.

Au niveau cervical, les accidents sont bien connus. Ils sont probablement favorisés par l'existence d'un état antérieur qu'il importe de connaître et de pouvoir reconnaître. Les accidents sont liés au traumatisme des vaisseaux vertébraux. Ils sont favorisés par les manipulations en extension et rotation surtout du rachis cervical supérieur. L'interdiction de manipuler le rachis cervical supérieur a été proposée par certains auteurs (KPONKTON et al, 1992 ; AUQUIER, 1998).

¹⁷ Bacon J et al. - New England Journal of Medicine. 1998, 339 :1013-1020.

¹⁸ Cherkin DC et al. - New England Journal of Medicine. 1998, 339 :1021-1029.

HURWITZ et al (1996) et ASSENDELFT (1996) évaluent que les accidents après manipulations cervicales surviennent dans la majorité des cas lorsqu'elles sont réalisées par des praticiens non médecins, démontrant le risque accru d'accidents lorsque la manipulation n'est pas entourée de toutes les précautions souhaitables.

La littérature rapporte principalement des accidents importants mais l'évaluation des complications moindres est très malaisée. Généralement, le patient ne poursuit pas le praticien, dont la responsabilité est d'ailleurs très mal définie. Souvent, le patient retourne à la médecine conventionnelle mais il n'y a pas de rapport réalisé suite à l'accident manipulatif. Le patient ne raconte pas toujours ses mésaventures.

Aucune publication ne présente de follow-up des patients après manipulation. Aucune information n'est donc disponible quant à des complications qui pourraient être qualifiées de mineures qui pourraient survenir.

En conclusion :

- il est certain que les manipulations au niveau cervical en particulier font courir un risque au patient, en particulier lorsqu'elles sont pratiquées par des non-médecins. Il en va de même au niveau thoracique et lombaire bien que l'incidence soit moindre ;
- les complications de type neurologique sont graves et provoquent des invalidités dramatiques, extrêmement coûteuses pour la société ;
- dans beaucoup de cas, il semblerait qu'un état antérieur ait été méconnu. Ceci souligne l'importance de poser un diagnostic précis et objectif de la lésion sans se baser sur un concept lésionnel hypothétique non objectif ;
- il est également apparu qu'il n'existe aucune évaluation des complications mineures et du follow-up des patients ayant subi des manipulations ;
- une évaluation correcte des complications majeures et mineures des manipulations s'avère indispensable. Le retentissement de celles-ci en terme de coût social, d'invalidation et de répercussion sur la durée du traitement s'avère donc indispensable et primordiale ;
- il en va de même pour le problème de la responsabilité du praticien, un problème qui n'est jamais abordé en profondeur. Dans tous les cas d'accidents thérapeutiques et de dommages, il importe qu'il y ait des poursuites. Rappelons que cette possibilité a été admise aux Pays-Bas lorsque ce pays a autorisé l'exercice de l'homéopathie, de l'acupuncture et des non médecins.

-
- . Anderson R, Meeker WC, Wiirick BE, Mootz RD, Kirk D, Adams A. - A meta-analysis of clinical trials of spinal manipulation. *J.Manip.Physiol.Therap.* 1992, 15 :181-94.
 - . Assendelft WJ, Bouter LM, Kessels AGH. - Effectiveness of chiropractic and physiotherapy in the treatment of low back Pain : a critical discussion of the British Randomized Clinical trial. *J.Manipulative Physiol.Therap.* 1991, 14 :281-286.
 - . Assendelft WJ, Bouter LM, Knipschild PG. - Complications of spinal manipulation. A comprehensive review of the litterature. *J. of family practice*, 1996, 42 :475-780.
 - . Auquier L. - Les complications neurovasculaires des manipulations du rachis cervical . Point de vue d'un expert judiciaire. *La Rev.Med.Orthop.*, 1998, 52 :14-15.
 - . Auquier L, André A. - Méthodes thérapeutiques non conventionnelles.
 - . Brunarski DJ. - Clinical trials of spinal manipulations : a critical appraise and review of the litterature. *J.Manip.Physiol.Therap.*, 1984, 7 :243-249.
 - . Di Fabio R. - Clinical assessment of manipulation and mobilization of the lumbar spine : a critical review of the litterature. *Phys.Ther.*, 1989, 66 :51-4.
 - . Greenlands S, Reisbord I, Hadelmans S, Buerger A. - A controlled clinical trial of manipulation : a review proposal. *J.Occup.Med.* 1979, 22 :670-6.
 - . Hurwitz EL, Aker PD, Adams AH, Meeker WC, Shekelle PG. - Manipulation and mobilization of the cervical spine. *Spine*, 1996, 21 :1746-1760.

- . Hurwitz EL. - The relative impact of chiropractic vs. medical management of low back pain on health status in a multispeciality group practice. *J.Manip.Physiol.Therap.*, 1994, 17(2) :74-82.
- . Klein P. - L'ostéopathie et la chiropractie. *Rev.Med.Bruxelles* (sous presse), 1998.
- . Koes BW, Assendelft WJ, Van Der Heijden GJGM, Bouter LM, Knipschild PG. - Spinal manipulation and mobilisation for back and neck pain : a blinded review. *Br.Med.J.*, 1991, 303 :1298-303.
- . Kponkton A, Hamonet C, Montagne A, Devailly J.P. - Complications de la manipulation cervicale. Une observation de « locked-in syndrome ». *Presse.Med.*, 1992, 21 :2050-2052.
- . Meade TW, Dyer S, Browne W, Townsend J., Frank AO. - Low back pain in mechanical origin : randomized comparison of chiropractic and hospital outpatient treatment. *BJM*, 1990, 300 :1431-1437.
- . Meade TW, Dyer S, Browne W, Townsend J., Frank AO. - Randomized comparison of chiropractic and hospital outpatient management for low back pain : results from extended follow up. *BJM*, 1995, 311 :349-351.
- . Oger J. - Accidents des manipulations vertébrales. *Rev.Rhum.*, 1966, 33 :494-504.
- . Seaman D. - Joint complex dysfunction, a novel term to replace subluxation/subluxation : etiological and treatment considerations. *J.Manipulative Physiol.Ther.*, 1997, 20 : 634-644.
- . Shekelle PG, Adams AH, Chassin MR, Hurwitz EL, Brook RH. - Spinal manipulation for Low-back pain. *Ann.Internal Med*, 1992, 117 :590-598.
- . Triano JJ, McGreco RM, Hondras MA, Brennan PC. - Manipulative therapy versus education programs in chronic low back pain. *Spine*, 1995, 20: 948-955.
- . Vautravers Ph, Lecocq S. - Fréquence des accidents vasculaires après manipulations vertébrales cervicales. Facteurs de risque. *La Rev.Med.Orthop.*, 1998, 52 :8-11.

Composition du Groupe de Contact FNRS

Représentants de l'ULg

Professeur BONIVER Jacques, Doyen de la Faculté de Médecine, Professeurs J.M. CRIELAARD, J.C. DEVOGHEL, A. DRESSE, D. GIET et A. SCHEEN.

Représentants de l'UCL

Professeur MOULIN Didier, Doyen de la Faculté de Médecine, Professeurs T. GODFRAIND, J. DE NAYER, J.J. ROMBOUTS et J.L. SCHOLTES.

Représentants de l'ULB

Professeur DEGAUTE Jean-Paul, Doyen de la Faculté de Médecine, Professeurs M. ABRAMOW, Th. APPELBOOM, P. CNOKAERT, M. ROOZE et M. SOSNOWSKI.

Représentants de l'UMH

Professeur GODAUX Etienne, Doyen de la Faculté de Médecine, Professeurs de G. BROUCKERE, P.Y. DUCHESNE et J. DUCOBU.

Représentants des FUNDP

Professeur PIRONT André, Doyen de la Faculté de Médecine, Professeurs J. DULIEU, A. GOFFINET et R. WATTIAUX.

Représentants de l'Académie Royale de Médecine

Professeur de SCOVILLE, Secrétaire perpétuel, Professeurs A. ANDRE, R. DE MARNEFFE, R. LEMAIRE, M. LORTHIOIR, A. VINCENT et J. STIENNON-HEUSON.

Représentants des Universités de la Communauté flamande

Représentants de la VUB

Professeur VAN CAMP B., Doyen de la Faculté de Médecine, et Professeur W. BETZ.

Représentants de la RUG

Professeur CLEMENT D., Doyen de la Faculté de Médecine, Professeurs Th. CHRISTIAENS, J. DE VULDER et G. VANDERSTRAETEN.

Représentants de l'UIA

Professeur SCHEUERMANN D.W., Doyen de la Faculté de Médecine et Professeur M. DEBROE.

Représentant de la LUC

Professeur TEUCHY H., Doyen de la Faculté de Médecine.

Représentants de la KUL

Professeur JANSSENS J., Doyen de la Faculté de Médecine, Professeurs J. DESMYTER, R. LYSSENS, V. VAN HOUDENHOVE et G. VERMAUT.

Représentants de la Koninklijke Academie voor Geneeskunde

Professeur BOGAERT M., Secrétaire perpétuel, Professeurs E. EYSKENS, K. GEBOES, J. GYBELS, P. HERDEWIJN, S. PATTYN, F.A. VAN ASSCHE, R. VAN DEN BERGH et G. VERDONK.