

L'OSTEOPATHIE EN FRANCE : UN BILAN ECONOMIQUE POSITIF

Etude d'impact économique

Avril 2019

A S T E R **è** S
p r o d u c t e u r d ' i d é e s

Le cabinet ASTERES ETUDES & CONSEIL a été mandaté par le REGISTRE DES OSTEOPATHES DE FRANCE et CBF ASSURANCES pour mesurer l'impact économique de l'ostéopathie en France.

Les équipes d'ASTERES ETUDES & CONSEIL ont bénéficié d'une totale indépendance dans la conduite de cette étude, que ce soit dans la sélection d'études médicales robustes, dans la modélisation des dépenses de santé ou dans l'estimation d'impact économique.

La présente étude n'engage que ses rédacteurs, Pierre BENTATA, Charles-Antoine SCHWERER et Nicolas BOUZOU. Le REGISTRE DES OSTEOPATHES DE FRANCE et CBF ASSURANCES ne seraient être tenus responsables des propos avancés par les économistes d'ASTERES ETUDES & CONSEIL.



Nicolas BOUZOU
Economiste
Directeur-Fondateur d'ASTERES



Charles-Antoine SCHWERER
Economiste
Directeur des études d'ASTERES



Pierre BENTATA
Docteur en économie
Economiste associé à ASTERES



La conduite de cette étude a été financée par le Registre des Ostéopathes de France

8 RUE THALES 33692 MERIGNAC

TEL : 05 56 18 80 44

Et par CBF Assurances

56 BOULEVARD PICPUS 75012 PARIS

TEL : 01 44 73 46 46

1 RUE LONGCHAMP 06000 NICE

TEL : 04 93 87 83 97

La pratique de l'ostéopathie se démocratise rapidement : 42% des Français avaient déjà consulté un ostéopathe en 2010 contre 67% en 2016¹. La profession, qui bénéficie d'une bonne image, connaît une croissance soutenue puisque le nombre de praticiens est passé de 11 608 en 2010 à 31 574 en 2019. Devenu un phénomène de société, l'ostéopathie constitue une pratique dont il est temps d'évaluer l'impact économique.

Afin de mesurer la valeur créée ou détruite par l'ostéopathie pour la société, il convient de disposer de solides travaux scientifiques sur l'impact de l'ostéopathie sur la santé des patients. Malheureusement peu de travaux sont robustes et répondent à des exigences élevées en termes de taille de l'échantillon, de groupe témoins ou encore de délai entre la manipulation et l'évaluation d'impact. Si de nombreuses études évaluent le sentiment de bien-être après une manipulation, nous souhaitons nous concentrer sur l'efficacité des pratiques dans les mois qui suivent.

Pour mener notre étude d'impact économique, nous sélectionnons les travaux les plus conservateurs et les plus robustes ayant été menés sur l'ostéopathie. Nous nous concentrons sur les lombalgies et les cervicalgies, motifs de consultation les plus fréquents et les mieux documentés. La littérature scientifique révèle que le recours à l'ostéopathie en sus des traitements médicaux permet d'améliorer le taux de réponse au traitement (de 47% pour la médecine seule à 50% pour la médecine combinée à l'ostéopathie).

L'amélioration de la santé consécutive à l'usage conjoint de la médecine et de l'ostéopathie réduit notamment les arrêts de travail et génère donc un gain économique pour les entreprises et l'Assurance Maladie. Les séances d'ostéopathie n'étant pas remboursées par l'Assurance Maladie, elles entraînent une dépense pour les patients et/ou leurs complémentaires santé. Par patient, notre modèle permet d'évaluer à 342 euros l'économie financière réalisée par la société si le patient atteint de cervicalgie ou de lombalgie va chez l'ostéopathe en plus du traitement médical.

Des travaux de recherche évaluent à 6% la part de patients atteints de lombalgie ou de cervicalgie qui se rendent chez un ostéopathe en complément du traitement médical. Rapporté respectivement aux 2,57 millions de personnes et aux 847 000 personnes souffrant de lombalgies et de cervicalgies qui entraînent un arrêt de travail, le bénéfice pour la société s'élève à 67 millions d'euros par an. Les entreprises sont les premières bénéficiaires avec un gain de 51 millions d'euros par an, suivie de l'Assurance Maladie avec un gain de 29 millions d'euros par an. Les patients et leurs complémentaires santé sont déficitaires, avec une dépense de 13 millions d'euros par an.

Impact économique annuel de l'ostéopathie en France



¹ La totalité des chiffres de la Synthèse sont repris dans la suite de l'étude et sourcés à cette occasion.

L'OSTEOPATHIE EN FRANCE : UNE PRATIQUE DEMOCRATISEE ET APPRECIEE

Données de cadrage

La pratique de l'ostéopathie en France connaît une croissance soutenue. La majorité de la population a déjà consulté un ostéopathe et a une bonne image de la profession. Le nombre de praticiens a explosé, doublant en 6 ans. L'ostéopathie est devenue un phénomène de société et il convient donc d'estimer solidement son impact.

Depuis une dizaine d'années, l'ostéopathie s'est largement développée en France. Cette pratique, dont l'exercice et la formation sont réglementés depuis 2002,² semble s'être démocratisée et bénéficier d'une bonne image auprès de la population française. En effet, trois sondages effectués depuis 2010 observent qu'une part croissante de la population a déjà consulté un ostéopathe. Alors que 42% des répondants avaient consulté un ostéopathe en 2010, ils étaient 48% en 2014 et 67% en 2016.³ Par ailleurs, selon le sondage le plus récent, 91% des répondants ont une bonne image de la profession et 30% une très bonne image.⁴

Confirmant cette tendance, le nombre d'ostéopathes est passé de 11 608 en 2010 à 20 134 en 2014 et 31 574 en 2019.⁵ La densité d'ostéopathes connaît ainsi une forte croissance : on compte 47 ostéopathes pour 100 000 habitants en 2019 contre 18 en 2010.⁶ A cet égard, on observe aussi une maturité du secteur avec une part de plus en plus importante d'ostéopathes exclusifs parmi la population d'ostéopathes. En 2010, 47% des ostéopathes pratiquaient exclusivement l'ostéopathie contre 60% en 2016. Parallèlement, la part des ostéopathes masseurs-kinésithérapeutes a diminué, passant de 43% à 35%.

Cette croissance a certainement de multiples causes et qu'il conviendrait d'explicitier par des travaux de recherche. Une enquête menée en 2016 auprès de 347 patients d'ostéopathes à Toulouse et dans les Hautes-Pyrénées a révélé que la grande majorité des patients avait découvert l'ostéopathie par « bouche-à-oreille » (78%) et consultait pour une douleur articulaire ou musculaire (72%)⁷.

² L'ostéopathie est réglementée par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 qui subordonne l'usage professionnel du titre d'ostéopathe à l'obtention d'un diplôme délivré par un établissement de formation agréé par le ministre de chargé de la santé. Par ailleurs, les décrets n°2007-435 et n° 2007-437 du 25 mars 2007 précisent l'étendue des pratiques autorisées ainsi que l'usage du titre professionnel selon les diplômes obtenus en dehors de celui d'ostéopathe. En effet, une part importante des ostéopathes sont médecins, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, ou infirmiers.

³ Opinionway 18/11/2010 pour le Syndicat de Médecine Manuelle Ostéopathie de France, Opinionway 3/07/2014 pour le Syndicat Français Des Ostéopathes et Ifop, *Ostéopathe, notoriété et image de la profession*, 01/07/2016 pour les Ostéopathes de France.

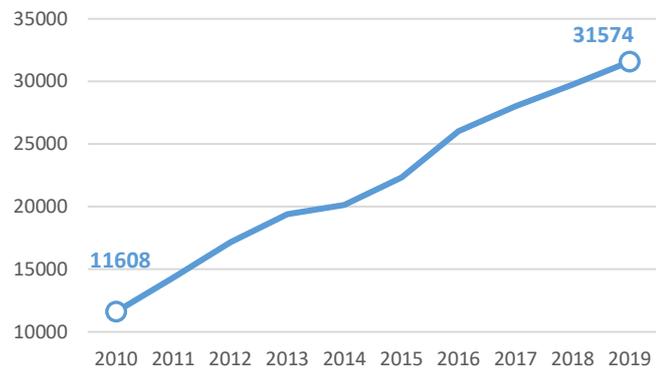
⁴ Ifop 2016, *ibid.*

⁵ Registre des Ostéopathes, *Démographie des Ostéopathes*, 21 avril 2016, <https://www.osteopathie-france.fr/asso-prof/asso-rof/2828-rof-demographie-des-osteopathes-21-avril-2016> pour les données 2010 et 2014. Source interne au Registre des Ostéopathes pour les données 2019.

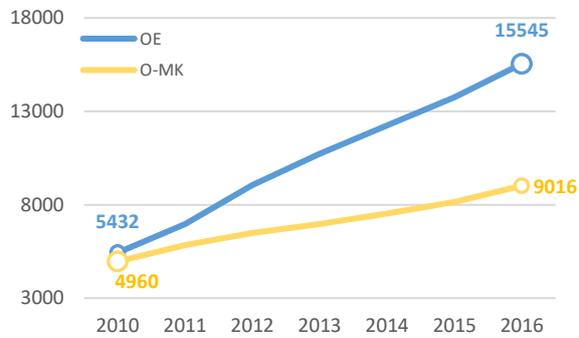
⁶ Les calculs de densité de population sont effectués à partir des chiffres de population de médecins généralistes issus de la Drees, des données démographiques de l'Insee et des données issus du Registre des Ostéopathes. Voir Drees, <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=2497>; <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3334>; Insee, *Evolution de la population, Bilan démographique 2018*, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926>; et Registre des Ostéopathes, *op. cit.*

⁷ C Jaquemart & E Schroeder, *Déterminants du recours à l'ostéopathie en première intention. Enquête auprès de la patientèle d'ostéopathes exclusifs en Haute-Garonne et Hautes-Pyrénées*, Thèse de doctorat, Université de Toulouse III, 2017.

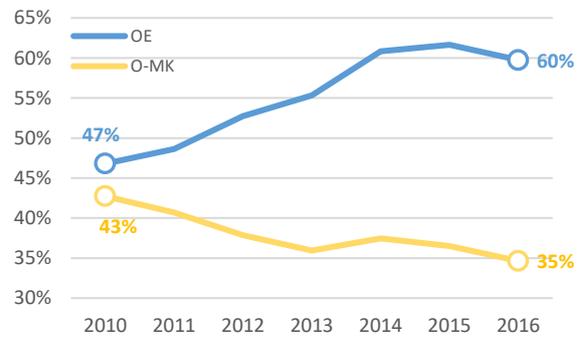
Evolution du nombre d'ostéopathes



Ostéopathes exclusifs (OE) et ostéopathes masseurs kinésithérapeutes (O-MK)



Part des ostéopathes exclusifs (OE) et masseurs kinésithérapeutes (O-MK) dans le total des ostéopathes



Sources : Registre des Ostéopathes, Insee, Drees. Calculs Asterès.

L'IMPACT DE L'OSTEOPATHIE SUR LA SANTE : RARES SONT LES TRAVAUX SOLIDES

Revue de littérature scientifique

L'impact de l'ostéopathie dépend de son efficacité relativement aux autres disciplines médicales pour traiter certaines pathologies. La revue de littérature scientifique existante révèle que peu d'études solides permettent d'évaluer les effets de l'ostéopathie. Les travaux menés traitent souvent de petits échantillons, évaluent la qualité de vie du patient plus que l'efficacité du traitement et sont sujets à de nombreux biais. Les seules pathologies sur lesquelles des travaux solides sont disponibles sont la lombalgie et la cervicalgie. Les évaluations de l'impact sur les otites, l'asthme, les migraines et de nombreuses autres pathologies ne sont pas assez rigoureuses pour être exploitées.

2.1 L'impact de l'ostéopathie sur la lombalgie et la cervicalgie : se concentrer sur les études solides

La lombalgie et la cervicalgie représentent le premier motif de consultation d'un ostéopathe. En effet, plusieurs études observent que plus de 60% des patients consultent pour des douleurs lombaires ou cervicales.⁸ Logiquement, les études scientifiques portant sur les lombalgies et les cervicalgies comptent parmi les plus nombreuses dans l'évaluation de l'efficacité de l'ostéopathie.

Pour autant, la plupart des études sur ces deux sujets souffrent d'importants biais. Comme le note le rapport de l'Inserm sur l'efficacité de l'ostéopathie « la méthodologie des études n'est en général pas optimale. »⁹ Le niveau de preuve des études portant sur l'impact de l'ostéopathie sur les cervicalgies est considéré comme très bas.¹⁰ Les résultats sont contradictoires sur les lombalgies avec parfois des manipulations en complément ayant un impact positif et d'autres fois aucun effet.¹¹

Les études sont hétérogènes ; les douleurs observées ne sont pas les mêmes – lombalgies chroniques,¹² subchroniques,¹³ au cours de la grossesse,¹⁴ rachidienne,¹⁵ cervicalgies¹⁶ – certaines

⁸ T Dubois et al, *Étude des motifs de consultation en ostéopathie*, 2012; C Morin & A Aubin, « Primary Reasons for Osteopathic Consultation: A Prospective Survey in Quebec », *Public Library of Science ONE*, 9(9), PMC4153609, 2014 ; A Plisson, *Motifs de consultation et ostéopathie : Etude dans une clinique ostéopathique étudiante parisienne*, Mémoire pour l'obtention du diplôme en Ostéopathie, IDO Paris-FERO, 2016 ; C Jaquemart & E Schroeder, *Déterminants du recours à l'ostéopathie en première intention. Enquête auprès de la patientèle d'ostéopathes exclusifs en Haute-Garonne et Hautes-Pyrénées*, Thèse de doctorat, Université de Toulouse III, 2017.

⁹ C Barry & B Falissard, *Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie*, Inserm, 2012, p. 81.

¹⁰ Voir la revue systématique Cochrane effectuée par A Gross et al., « Manipulation or mobilization for neck pain », *Cochrane Database Systematic Reviews*, 1 : CD004249, 2010.

¹¹ A Furlan et al., « Complementary and alternative therapies for back pain II. Evidence report/technology assessment No 194 », AHRQ Publication No. 10(11)E007, Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality, 2010.

¹² M Chown et al. « A prospective study of patients with chronic back pain randomised to group exercise, physiotherapy or osteopathy », *Physiotherapy*, 94(1): 21-28, 2008.

¹³ GB Andersson, « A comparison of osteopathic spinal manipulation with standard care for patients with low back pain », *The New England Journal of Medicine*, 341(19) : 1426-1431.

¹⁴ JC Licciardone et al., « Osteopathic manipulative treatment of back pain and related symptoms during pregnancy: a randomized controlled trial », *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 202(1): 43 e41-48, 2010.

¹⁵ NH Williams et al., « Randomized osteopathic manipulation study (ROMANS): pragmatic trial for spinal pain in primary care », *Family Practice*, 20(6): 662-669, 2003.

¹⁶ TM McReynolds et al., « Intramuscular ketorolac versus osteopathic manipulative treatment in the management of acute neck pain in the emergency department: a randomized clinical trial », *Journal of American Osteopathic Association*, 105(2): 57-68.

observent l'ostéopathie comme traitement principal,¹⁷ d'autres comme un soin complémentaire,¹⁸ et la plupart se concentrent sur des évaluations qualitatives de la douleur qui ne peuvent pas être traduites en termes économiques.¹⁹ Enfin, certaines ont un suivi très court (une heure²⁰) alors que d'autres observent les effets dans un temps relativement long (3 à 6 mois²¹, voire un an²²). Par ailleurs, certaines études évaluent l'impact économique de l'ostéopathie mais leur méthodologie ne permet pas de généraliser les résultats.²³ En conséquence, peu d'études peuvent être utilisées pour évaluer l'impact économique de l'ostéopathie et même pour ces dernières, la généralisation est difficile car la méthode implique un ensemble de manipulations et de techniques qui vont au-delà de l'ostéopathie.²⁴

Aussi, notre évaluation d'impact économique prendra pour fondement uniquement les études considérées comme suffisamment solides dans les revues systématiques.²⁵ A partir de celles-ci, il apparaît que l'ostéopathie peut être efficace pour les lombalgies aiguës, subaiguës et chroniques ainsi que les cervicalgies subaiguës et aiguës, à condition d'être utilisée comme complément à un traitement médical traditionnel.

¹⁷ JC Licciardone et al., « Osteopathic manipulative treatment of back pain and related symptoms during pregnancy: a randomized controlled trial », *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 202(1): 43 e41-48, 2010 ; JC Licciardone et al., « Osteopathic manipulative treatment for chronic low back pain: a randomized controlled trial », *BMC Musculoskeletal Disorders*, 6(13):43-50, 2003.

¹⁸ UK BEAM Trial Team, « United Kingdom back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: effectiveness of physical treatments for back pain in primary care », *British Medical Journal*, 329(7479): 1377-1381, 2004 ; NH Williams et al., « Cost-utility analysis of osteopathy in primary care: results from a pragmatic randomized controlled trial », *Family Practice*, 21(6): 643-650, 2004 ; NH Williams et al., « Randomized osteopathic manipulation study (ROMANS): pragmatic trial for spinal pain in primary care », *Family Practice*, 20(6): 662-669, 2003.

¹⁹ M Chown et al. « A prospective study of patients with chronic back pain randomised to group exercise, physiotherapy or osteopathy », *Physiotherapy*, 94(1): 21-28, 2008 ; UK BEAM Trial Team, « United Kingdom back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: effectiveness of physical treatments for back pain in primary care », *British Medical Journal*, 329(7479): 1377-1381, 2004 ; JC Licciardone et al., « Osteopathic manipulative treatment of back pain and related symptoms during pregnancy: a randomized controlled trial », *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 202(1): 43 e41-48, 2010.

²⁰ TM McReynolds et al., « Intramuscular ketorolac versus osteopathic manipulative treatment in the management of acute neck pain in the emergency department: a randomized clinical trial », *Journal of American Osteopathic Association*, 105(2): 57-68.

²¹ NH Williams et al., « Randomized osteopathic manipulation study (ROMANS) : pragmatic trial for spinal pain in primary care », *Family Practice*, 20(6): 662-669, 2003.

²² UK BEAM Trial Team, « United Kingdom back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: effectiveness of physical treatments for back pain in primary care », *British Medical Journal*, 329(7479): 1377-1381, 2004.

²³ NH Williams et al., « Cost-utility analysis of osteopathy in primary care: results from a pragmatic randomized controlled trial », *Family Practice*, 21(6): 643-650, 2004 ; NH Williams et al., « Randomized osteopathic manipulation study (ROMANS): pragmatic trial for spinal pain in primary care », *Family Practice*, 20(6): 662-669, 2003.

²⁴ UK BEAM Trial Team, « United Kingdom back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: effectiveness of physical treatments for back pain in primary care », *British Medical Journal*, 329(7479): 1377-1381, 2004.

²⁵ G Bronfort et al., « Effectiveness of manual therapies: the UK evidence report », *Chiropractic & Osteopathy*, 18: 1-33, 2010 ; JC Licciardone, « Educating osteopaths to be researchers - what role should research methods and statistics have in an undergraduate curriculum ? », *International Journal of Osteopathic Medicine*, 11(2): 62-68, 2008 ; N Verhaeghe et al., « Osteopathic care for low back pain and neck pain : a cost-utility analysis », *Complementary Therapies in Medicine*, 40 : 207-213, 2018.

2.2 L'impact de l'ostéopathie sur les otites, l'asthme, les migraines, la paralysie ou la pneumonie : trop peu d'études de qualité sont disponibles

Les études allant au-delà de l'évaluation des traitements contre la lombalgie et la cervicalgie sont trop peu nombreuses ou souffrent d'un trop grand nombre de biais pour servir de base à une évaluation économique. Ainsi, on trouve moins de cinq études portant sur l'impact de l'ostéopathie sur les troubles temporo-mandibulaires,²⁶ les otites,²⁷ l'asthme,²⁸ les migraines²⁹ ou encore la paralysie cérébrale³⁰ et la pneumonie.³¹ De plus, la majorité de ces études portent sur une population restreinte – insuffisante pour fournir des conclusions généralisables à l'ensemble de la société – et la quasi-totalité a été publiée dans la même revue, « *The Journal of the American Osteopathic Association* », ce qui représente un important biais de publication.

Enfin, un grand nombre d'études s'intéresse uniquement à l'impact de l'ostéopathie sur le traitement de la douleur et ne peut être directement traduit en termes économiques. Il est alors possible d'évaluer l'équivalent monétaire du bien-être généré par les pratiques ostéopathes mais pas l'impact économique réel de ces pratiques. Il en va ainsi par exemple des études portant sur la dysménorrhée fonctionnelle,³² le syndrome du canal carpien,³³ le renforcement de la stabilité en position debout,³⁴

²⁶ A Kalamir et al., « Intraoral manipulation and jaw exercises shown to be of benefit in temporomandibular joint disorder », *Journal of the American Osteopathic Association*, 112 : 156-157, 2012 ; A Cuccia et al., « Osteopathic manual therapy versus conventional conservative therapy in the treatment of temporomandibular disorders : a randomized controlled trial », *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 14(2) : 179-184, 2010.

²⁷ MV Mills et al., « The use of osteopathic manipulative treatment as adjuvant therapy in children with recurrent acute otitis media », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157(9) : 861-866 ; R Wahl et al., « Echacea purpurea and osteopathic manipulative treatment in children recurrent otitis media : a randomized controlled trial », *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 8 : 56, 2008.

²⁸ SE Bockenbauer et al., « Quantifiable effects of osteopathic manipulative techniques on patients with chronic asthma », *Journal of the American Osteopathic Association*, 102 : 371-375, 2002 ; PA Guiney et al., « Effects of osteopathic manipulative treatment on pediatric patients with asthma : a randomized controlled trial », *Journal of the American Osteopathic Association*, 105(1) : 7-12, 2005.

²⁹ RE Anderson & C Seniscal, « A comparison of selected osteopathic treatment and relaxation for tension-type headaches », *Headache*, 46(8) : 1273-1280, 2006 ; K Voigt et al., « Osteopathic manipulative therapy helps patients with migraines », *Journal of the American Osteopathic Association*, 111 : 572-573, 2011.

³⁰ B Dunacan et al., « Effectiveness of osteopathy in the cranial field and myofascial release versus acupuncture as complementary treatment for children with spastic cerebral palsy : A pilot study », *Journal of the American Osteopathic Association*, 108 : 559-570, 2008 ; K Wyatt et al., « Cranial osteopathy for children with cerebral palsy : a randomized controlled trial », *Archives of Disease in Childhood*, 96(6) : 505-512, 2011.

³¹ D Noll et al., « Efficacy of osteopathic manipulation as adjunctive patients with pneumonia : a randomized controlled trial », *Osteopathic Medicine and Primary Care*, 4 : 2, 2010 ; D Noll et al., « Clinical and research protocol for osteopathic manipulative treatment of elderly with pneumonia », *Journal of the American Osteopathic Association*, 108 : 508-516, 2008 ; D Noll et al., « Adjunctive osteopathic manipulative treatment in the elderly hospitalized with pneumonia : a pilot study », *Journal of the American Osteopathic Association*, 99 : 143-146, 1999 ; D Noll et al., « Benefits of osteopathic manipulative treatment for hospitalized elderly patients with pneumonia », *Journal of the American Osteopathic Association*, 100 : 776-782, 2000.

³² A Cofourain & R Meslé, « Evaluation de l'efficacité d'une approche ostéopathique des dysménorrhées fonctionnelles. Essai comparatif », *Apostill*, 17 : 4-10, 2006 ; M Proctor et al., « Spinal manipulation for primary and secondary dysmenorrhea », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3 : CD002119, 2006.

³³ Y Huard & R Meslé, « Syndrome du canal carpien chez la femme préménopausée : prise en charge ostéopathique », *Apostill*, 16 : 4-10, 2005 ; J Seban et al., « Efficacité d'un traitement ostéopathique sur le syndrome du canal carpien. Etude préliminaire », *La revue de l'ostéopathie*, 1 : 19-24, 2011.

³⁴ R Jarski et al., « The effectiveness of osteopathic manipulative treatment as complementary therapy following surgery : A prospective, match-controlled outcome study », *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 6(5) : 77-81, 2000.

les douleurs chez la femme enceinte³⁵ ou encore le traitement des tendinites.³⁶ En conséquence, les effets potentiels de l'ostéopathie dans le traitement d'un grand nombre de pathologies et de troubles musculosquelettiques ne peuvent être quantifiés avec rigueur.

³⁵ Licciardone et al., « Osteopathic manipulative treatment of back pain and related symptoms during pregnancy : a randomized trial », *American Journal of Obstetrics Gynecology* , 202(1) : 43e41-48, 2010 ; K Hensel et al., « Pregnancy research on osteopathic manipulation optimizing treatment effects : the PROMOTE study », *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 212(1) : 108e1-e9, 2014.

³⁶ M Wynne et al., « Effect of counterstain on stretch reflexes, hoffman reflexes, and clinical outcomes in subjects with plantar fascitiis », *Journal of the American Osteopathic Association*, 106 : 547-556, 2006.

LOMBALGIE ET CERVICALGIE : CONSTRUIRE LE CAS D'UN PATIENT-TYPE

Méthodologie

La méthodologie construite pour estimer l'impact économique de l'ostéopathie *via* le traitement de la lombalgie et de la cervicalgie repose sur un cas de patient type. Nous collectons des données sur l'impact comparé des différents traitements de la lombalgie et de la cervicalgie, sur la fréquence du recours aux ostéopathes en complément des médecins et sur l'ensemble des dépenses liées à la pathologie (pour le patient et leurs complémentaires santé, l'Assurance Maladie et les entreprises). A partir de l'ensemble de ces données, il est possible de mesurer le coût du parcours de soin selon le recours ou non à l'ostéopathie dans le cas de lombalgies et de cervicalgies entraînant un arrêt de travail.

3.1 Une étude robuste et conservatrice comme base d'analyse

L'impact du traitement ostéopathique est très variable d'une étude à l'autre. Une étude d'impact récente conduite par les chercheurs des universités de Gent, de Louvain et de Bruxelles,³⁷ dont nous reprenons la méthodologie, considérait que le taux de réponse au traitement ostéopathique était de 88,3% pour les lombalgies et de 55,3% pour les cervicalgies, contre 23,1% et 22,6% pour un traitement médical seul. Pour autant, une partie des études médicales sur lesquelles se fondent ces résultats souffrent de nombreux biais, évoqués dans la section précédente. Pour notre évaluation, nous choisissons de faire appel à l'étude la plus robuste et la plus conservatrice de la revue de littérature.³⁸

Dans cette étude menée sous la direction de John C. Licciardone, à l'Université de North Texas, l'échantillon est relativement important (170 et 175 personnes), le temps d'observation est de 3 mois et l'analyse a été faite en aveugle. Le taux de réponse d'un traitement ostéopathique complémentaire y est de 50% contre 47% pour un traitement médical seul, et l'efficacité du traitement doit intervenir dans les trois mois. Dans le cas contraire, la pathologie devient chronique et nécessite un traitement médical plus lourd. La différence établie entre les deux traitements dans l'étude est statistiquement significative.

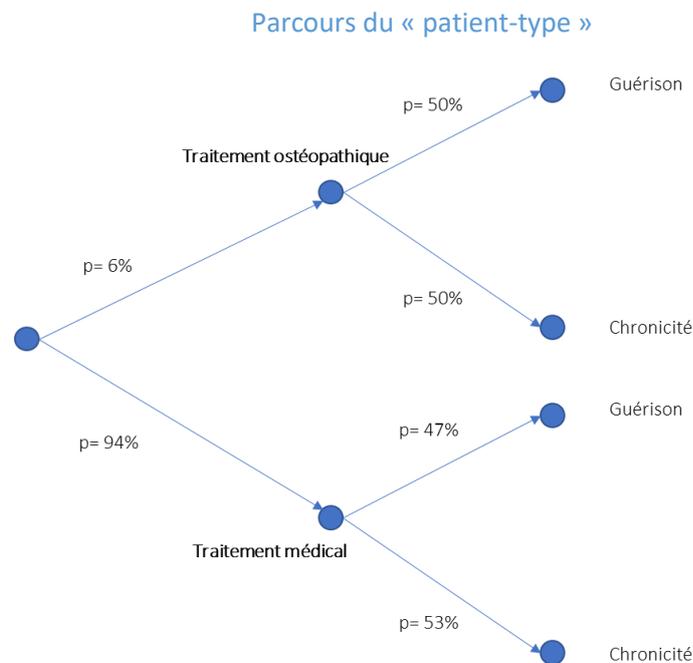
3.2 La construction du parcours du patient et les probabilités de ses choix

Afin d'évaluer l'impact de l'ostéopathie dans le traitement des lombalgies et cervicalgies, nous construisons le cas d'un « patient-type » souffrant d'une douleur lombaire ou cervicale aiguë le contraignant à demander un arrêt de travail. Ce dernier fait face à deux choix : il peut consulter un ostéopathe en complément de son médecin généraliste ou consulter uniquement son médecin généraliste. Dans le premier cas, les consultations de l'ostéopathe représenteront un coût supplémentaire mais sa probabilité de guérison sera légèrement améliorée.

³⁷ N Verhaeghe et al., « Osteopathic care for low back pain and neck pain : a cost-utility analysis », *Complementary Therapies in Medicine*, 40 : 207-213, 2018

³⁸ JC Licciardone et al., « Recovery from chronic low back pain after osteopathic manipulative treatment : A randomized controlled trial », *Journal of the American Osteopathic Association*, 116 : 144-155, 2016. Une autre étude aurait pu être utilisée, mais elle incorpore un traitement par ultrason qui n'a pas d'impact observable mais pourrait influencer sur les réponses des patients, au moins psychologiquement. Il s'agit de JC Licciardone et al., « Osteopathic manual treatment and ultrasound therapy for chronic low back pain : A randomized controlled trial », *Annals of Family Medicine*, 11(2) : 122-129, 2013.

Le comportement de ce patient peut donc être représenté par un arbre de décisions donnant lieu à 4 résultats potentiels. En premier lieu, d'après l'enquête menée par Marie Deciron dans le cadre de sa thèse de médecine, la probabilité qu'un patient atteint de lombalgie fasse le choix de consulter un ostéopathe en plus d'un médecin est de 6%.³⁹ En second lieu, comme vu plus haut, d'après l'étude de John C. Licciardone, la probabilité de guérison pour le patient qui suit un traitement ostéopathe en plus du traitement médical est de 50% contre 47% pour le seul traitement médical⁴⁰.



3.3 La mesure des coûts pour un traitement médical seul et pour un traitement médical plus un traitement ostéopathe pour le patient et leurs complémentaires santé, l'Assurance Maladie et les entreprises

La mesure de l'impact économique doit différencier les principaux acteurs économiques concernés par l'ostéopathie : le patient et leurs complémentaires santé, l'Assurance Maladie et les entreprises. Pour chaque acteur, il convient de comparer le coût du traitement médical seul au coût du traitement médical et ostéopathe.

³⁹ M Deciron, *Prise en charge et parcours de soins des patients lombalgiques : descriptions des patients d'un cabinet de médecine générale*, p.42, Thèse de doctorat, Université d'Angers, 2016. Calculs Asterès à partir des 331 patients suivis dans l'enquête et répartis entre les types de lombalgies (aiguë ou subaiguë, chronique ou récidivante) et les types d'accès à l'ostéopathie (prescription ou consultation sans prescription). Dans la suite de l'étude, nous extrapolons cette donnée à la cervicalgie.

⁴⁰ JC Licciardone et al., « Recovery from chronic low back pain after osteopathic manipulative treatment : A randomized controlled trial », *Journal of the American Osteopathic Association*, 116 : 144-155, 2016. Ces données portent sur la lombalgie et sont les plus conservatrices. D'après les différentes informations récoltées et les méthodes souvent admises dans les études existantes, nous extrapolons dans la suite de l'étude cette donnée à la cervicalgie.

- Patients et complémentaires santé : les coûts représentent l'ensemble des dépenses médicales non remboursées par l'Assurance Maladie ainsi que les pertes de revenus pour le patient en cas d'arrêt de travail.
- Assurance Maladie : les coûts représentent les remboursements de consultations, de dépenses de médicaments et de diagnostic ainsi que les indemnités journalières versées en cas d'arrêt maladie.
- Entreprises : les pertes sont représentées par les indemnités versées en cas d'arrêt maladie ainsi que les coûts de friction relatifs à la perte de productivité du poste vacant. Nous faisons l'hypothèse qu'en cas d'absence, l'entreprise perd 80% du rendement du poste et non 100% car le reste des salariés peut, partiellement, remplacer le salarié absent.⁴¹

Mesure des indemnités journalières

Concernant les indemnités journalières, nous considérons que le patient est un salarié payé au salaire médian, soit 1787 euros net, ce qui représente un salaire brut de 2304 euros et un salaire brut plus cotisations patronales de 3272 euros. L'Assurance Maladie verse donc une indemnité journalière de 37,87 euros, celle-ci se calculant de la façon suivante : 50% du salaire brut des 3 derniers mois divisé par 91,25 jours.

Nous faisons l'hypothèse que l'entreprise verse le premier mois une indemnité destinée à fournir au salarié en arrêt 90% de sa rémunération brute puis 66,66% tous les mois suivants, soit 30,30 euros par jour jusqu'à la fin du premier mois puis 12,12 euros par jour ensuite.

Enfin, en ce qui concerne le patient, il perd un jour de son salaire par jour d'arrêt, mais récupère les indemnités journalières versées par l'Assurance Maladie et l'entreprise, perdant ainsi 8,6 euros par jour le premier mois puis 26 euros par jour les jours suivants.

Les dépenses de soins se répartissent entre consultations – médecin généraliste et ostéopathe ou généraliste et spécialiste, notamment kinésithérapeute –, dépenses de diagnostic, comprenant radiographies, scanners et IRM et médicaments – analgésiques, relaxants musculaires et anti-inflammatoires.⁴² Enfin, nous considérons que le patient choisissant le traitement ostéopathique devra suivre 6 séances en 3 mois⁴³ et que le coût moyen d'une séance s'élève à 50 euros⁴⁴.

En comparant les deux traitements pour un « patient-type », il apparaît que le traitement ostéopathique permet d'économiser 324 euros. Le taux de réponse supérieur du traitement médical et ostéopathique permet de réduire les arrêts maladies et donc les dépenses pour les entreprises et l'Assurance Maladie. Les patients et leurs complémentaires santé doivent assumer le coût des séances

⁴¹ F Amalric (dir.), *Analyse économique des coûts du cancer en France*. Etudes et Expertise, Institut National du Cancer, 2007.

⁴² Tels qu'observés par Depont et al, « Medical and non-medical direct costs of chronic low back pain in patients consulting primary care physicians in France », *Fundamental and Clinical Pharmacology*, 24(1) : 101-108, 2010.

⁴³ Les études portent sur 4 à 8 séances en 3 mois. Nous prenons ici le nombre moyen. Voir notamment, JC Licciardone et al., « Recovery from chronic low back pain after osteopathic manipulative treatment : A randomized controlled trial », *Journal of the American Osteopathic Association*, 116 : 144-155, 2016 ; UK BEAM Trial Team, « United Kingdom back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: effectiveness of physical treatments for back pain in primary care », *British Medical Journal*, 329(7479): 1377-1381, 2004 ; NH Williams et al., « Randomized osteopathic manipulation study (ROMANS): pragmatic trial for spinal pain in primary care », *Family Practice*, 20(6): 662-669, 2003 ; M Chown et al. « A prospective study of patients with chronic back pain randomised to group exercise, physiotherapy or osteopathy », *Physiotherapy*, 94(1): 21-28, 2008.

⁴⁴ Donnée transmise par le Registre des ostéopathes de France.

d'ostéopathie mais bénéficient aussi du retour plus rapide au travail. Par ailleurs, nous ne prenons pas en compte les éventuelles économies de soins à venir.

Dans le détail et par « patient-type », l'Assurance Maladie est bénéficiaire à hauteur de 140 euros et les entreprises à hauteur de 246 euros. Le patient et sa complémentaire santé sont déficitaires de 62 euros. Le détail des dépenses pour chaque traitement est disponible ci-dessous.

Tableau 1. Traitement médical + ostéopathie

	0-3 mois									> 3 mois								
	Séances / doses	Coût unitaire	Coûts	Part AM	RAC	Occurrence (%)	Total AM	Total Patient et CS	Total Entreprise	Séances / doses	Coût unitaire	Total	Part AM	RAC	Occurrence (%)	Total AM	Total Patient et CS	Total Entreprise
Consultations																		
Ostéopathe	6	50	300		300	100%		300			50	0		0	100%		0	
Généraliste	1	25	25	16,5	8,5	100%	16,5	8,5		1	25	25	16,5	8,5	100%	16,5	8,5	
Spécialiste		35								1	35	35	23,5	11,5	100%	23,5	11,5	
Diagnostic																		
Radiographie	1-3	66,42	66,42	46,494	19,92	22%	10,43	4,47		1-3	66,42	66,42	46,49	19,926	62%	29,01	12,43	
Scanner	1	63,06	63,06	44,142	18,918	2,5%	1,10	0,47		1	63,06	63,06	44,14	18,91	30,1%	13,28	5,69	
IRM	1	70,5	70,5	49,35	21,15	2,5%	1,23	0,52		1	70,5	70,5	49,35	21,15	30,1%	14,85	6,36	
Médicaments																		
Anti-inflammatoires	18mg/3x/j	1,99	2,67	1,73	0,93	37,2%	0,64	0,34		40mg/3x/j	1,99	17,91	11,64	6,26	62,4%	7,26	3,91	
Myorelaxant	0,75c/j	4,99	14		14,09	21,5%	0	3,02		3c/j	4,99	168,41		168,41	16,1%		27,11	
Analgésiques	4g/j	1,16	52,2	33,93	18,27	93%	31,55	16,99		4g/j	1,16	156,6	101,79	54,81	100%	101,79	54,81	
Arrêt de travail																		
1-8 jours						53,6%	162,40	36,99	129,92						3,90%	11,82	2,69	9,45
9-30 jours						25%	284,05	64,70	227,24						31%	349,96	79,70	279,96
31-90 jours						21,4%	729,45	399,57	350,14						17,3%	589,70	323,02	283,05
> 90 jours															48%	3272,31	2054,27	1308,92

Tableau 2. Traitement médical uniquement

	0-3 mois									> 3 mois									
	Séances / doses	Coût unitaire	Coûts	Part AM	RAC	Occurrence (%)	Total AM	Total Patient et CS	Total Entreprise	Séances / doses	Coût unitaire	Total	Part AM	RAC	Occurrence (%)	Total AM	Total Patient et CS	Total Entreprise	
Consultations																			
Ostéopathe																			
Généraliste	1,00	25,00	25,00	16,50	8,50	100%	16,50	8,50		1,00	25,00	25,00	16,50	8,50	100%	16,50	8,50		
Spécialiste	4,00	35,00	140,00	94,00	46,00	100%	94	46		1,00	35,00	35,00	23,50	11,50	100%	23,50	11,50		
Diagnostic															100%				
Radiographie	1-3	66,42	66,42	46,49	19,93	22%	10,44	4,47		1-3	66,42	66,42	46,49	19,93		29,01	12,43		
Scanner	1,00	63,06	63,06	44,14	18,92	2,5%	1,10	0,47		1,00	63,06	63,06	44,14	18,92	62%	13,29	5,69		
IRM	1,00	70,50	70,50	49,35	21,15	2,5%	1,23	0,53		1,00	70,50	70,50	49,35	21,15	30,1%	14,85	6,37		
Médicaments															30,1%				
Anti-inflammatoires	40mg/3x/j	1,99	5,97	3,88	2,09	37,2%	1,44	0,78		40mg/3x/j	1,99	17,91	11,64	6,27		7,26	3,91		
Myorelaxant	3c/j	4,99	56,14		56,14	21,5%	0,00	12,07		3c/j	4,99	168,41		168,41	62,4%		27,11		
Analgésiques	4g/j	1,16	52,20	33,93	18,27	93%	31,55	16,99		4g/j	1,16	156,60	101,79	54,81	16,1%	101,79	54,81		
Arrêt de travail															100%				
1-8 jours						53,6%	162,40	36,99	129,92						3,90%	11,82	2,69	9,45	
9-30 jours						25%	284,05	64,70	227,24						31%	349,96	79,70	279,96	
31-90 jours						21,4%	729,45	399,57	350,14						17,3%	589,70	323,02	283,05	
> 90 jours															48%	3272,31	2054,27	1308,92	

Tableau 3. Coût espéré de chaque traitement

	Coût 3 mois			Coût 3 à 12 mois			Taux de réponse	Coût espéré			
	AM	Patient et CS	Entreprise	AM	Patient et CS	Entreprise		AM	Patient et CS	Entreprise	Total
Traitement ostéopathique	1237,39	835,60	3416,35	4429,99	2590,02	11612,06	0,50	2833,69	1712,81	7514,20	12060,70
Traitement médical	1332,18	591,07	3416,35	4429,99	2590,02	11612,06	0,47	2974,02	1650,51	7760,08	12384,61
Différence								-140,33	62,30	-245,88	-323,91

IMPACT ECONOMIQUE DE L'OSTEOPATHIE POUR LES LOMBALGIES ET LES CERVICALGIES : UN GAIN DE 67 MILLIONS € PAR AN

Résultats

Les résultats de notre étude d'impact économique de l'ostéopathie sur la cervicalgie et la lombalgie sont largement positifs pour les entreprises, qui gagnent en moyenne 51 millions euros par an, et pour l'Assurance Maladie, qui économise ainsi 29 millions euros par an. Les patients et leurs complémentaires santé dépensent de leur côté 13 millions euros par an. Ces dépenses sont partiellement compensées par la hausse du bien-être du patient, que nous faisons le choix de ne pas intégrer dans ce modèle. Au total, on peut donc conclure de façon conservatrice que le bénéfice économique tiré par la société de l'ostéopathie s'élève à 67 millions euros par an.

4.1 Synthèse des hypothèses utilisées

1. Lombalgie : 17,6% de la population totale a eu une lombalgie au cours des 12 derniers mois, dont 21,8% ont eu un arrêt du travail,⁴⁵ soit 2,57 millions de personnes.⁴⁶
2. Cervicalgie : 11,5% de la population totale a eu une cervicalgie au cours des 12 derniers mois, dont 11% considèrent cela comme incapacitant,⁴⁷ soit 847 mille personnes.
3. Taux de patient atteint de lombalgie ou de cervicalgie faisant appel à un traitement ostéopathique en complément du traitement médical : 6%.⁴⁸
4. Taux de réponse d'un traitement ostéopathique : 50% (vs 47% pour un traitement médical seul).⁴⁹
5. Prise de médicaments et doses : 40 mg d'anti-inflammatoires 3 fois par jour, 3 comprimés de relaxants musculaires et 4 gélules d'analgésiques par jour.⁵⁰
6. Les prises de médicaments sont réduites dans le traitement ostéopathique au cours des 3 premiers mois : 44% de la dose d'anti-inflammatoire et 25% de la dose de relaxant musculaire sont nécessaires. Cela s'explique par la capacité de l'ostéopathie à réduire la douleur.⁵¹

⁴⁵ Lombalgies en milieu professionnel : quels facteurs de risque et quelle prévention ? Rapport, Paris : Les éditions Inserm, 2000, p. 6. <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/36>.

J Gourmelen et al., « Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64 ans. Résultats issus de deux enquêtes nationales », *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 50(8) : 633-639, 2007.

Les résultats sont aussi proches des données observées dans A Leclerc et al., *Cohorte GAZEL : 20 000 volontaires d'EDF-GDF pour la recherche médicale. Bilan 1989-1993*, Paris : Les éditions Inserm, 1994.

⁴⁶ Avec une population totale de 66,99 millions de personnes en 2018, Insee Bilan 2018, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926>.

⁴⁷ S Hogg-Johnson et al., « The burden and determinants of neck pain in the general population: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders », *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 32(2 Supplement):S46-60, 2009.

⁴⁸ M Deciron, *Prise en charge et parcours de soins des patients lombalgiques : descriptions des patients d'un cabinet de médecine générale*, Thèse de doctorat, Université d'Angers, 2016.

⁴⁹ JC Licciardone et al., « Recovery from chronic low back pain after osteopathic manipulative treatment : A randomized controlled trial », *Journal of the American Osteopathic Association*, 116 : 144-155, 2016.

⁵⁰ Le Pharmacien de France, <http://www.lepharmaciendefrance.fr/article-print/prendre-charge-lombalgie-aigue>

⁵¹ GB Andersson, « A comparison of osteopathic spinal manipulation with standard care for patients with low back pain », *The New England Journal of Medicine*, 341(19) : 1426-1431.

7. Prix des médicaments : nous reprenons les prix du dictionnaire Vidal et optons pour des médicaments génériques.⁵²
8. Le patient est un salarié payé au salaire médian.
9. Durant son absence, l'entreprise conserve 20% de la productivité du poste.⁵³
10. Le coût pour l'entreprise est limité aux indemnités journalières et à la perte de productivité considérée comme le principal coût de friction.⁵⁴
11. L'entreprise verse une indemnité journalière durant la totalité de l'arrêt maladie.
12. Les données relatives à la part des patients ayant recours à des médicaments, à des diagnostics ainsi que la répartition des durées d'arrêt de travail sont issues principalement d'une enquête qui a fait l'objet d'une thèse de doctorat en médecine.⁵⁵

4.2 Résultats : un gain financier élevé pour les entreprises et l'Assurance maladie, une dépense pour les patients et leurs complémentaires santé

L'écart unitaire du coût du traitement médical et du traitement médical plus ostéopathique appliqué à la population consultant un ostéopathe et souffrant de lombalgie et de cervicalgie permet d'estimer l'impact économique de la profession *via* ces deux pathologies. Rappelons que le choix d'une étude médicale de base conservatrice fait de ce résultat l'estimation *a minima* de l'impact économique de l'ostéopathie pour ces deux pathologies.

Sur la base des travaux de l'Inserm, nous considérons que respectivement 2,57 millions de personnes et 847 000 personnes souffrent de lombalgies et de cervicalgies entraînant un arrêt de travail (voir *hypothèses 1 et 2*). Sur la base de travaux précédemment cités, nous considérons que 6% des personnes souffrant de lombalgies et de cervicalgies entraînant un arrêt de travail choisissent le traitement ostéopathique complémentaire.

Les économies générées par l'ostéopathie représentent donc le gain individuel (342 euros) multiplié par 6% de ces deux populations, soit une économie de 50,78 millions d'euros pour la lombalgie et 16,74 millions d'euros pour la cervicalgie et une économie totale de 67,52 millions d'euros.

La majorité de l'économie réalisée se fait au bénéfice des entreprises, qui économisent plus de 51 millions d'euros grâce à l'ostéopathie. Cela s'explique par la plus faible propension à l'absentéisme dans le cas d'un traitement combinant ostéopathie et médecine générale.

L'Assurance Maladie économise quant à elle 29 millions d'euros grâce à des arrêts souvent plus courts. Rappelons à cet égard que les lombalgies entraînant des arrêts de plus de 6 mois représentent plus de 30% de l'ensemble des arrêts de plus de 6 mois. Aussi, toute intervention permettant de réduire la durée de ces arrêts sera pertinente du point de vue des finances publiques.

⁵² Dictionnaire Vidal, <https://eurekasante.vidal.fr>.

⁵³ F Amalric (dir.), *Analyse économique des coûts du cancer en France*. Etudes et Expertise, Institut National du Cancer, 2007.

⁵⁴ H Sultan-Taïeb et al, « Capital humain et coûts de friction. Quels critères de choix pour l'évaluation des pertes de production », *Revue Economique*, 2(9) : 293-306, 2009.

⁵⁵ M Deciron, *Prise en charge et parcours de soins des patients lombalgiques : descriptions des patients d'un cabinet de médecine générale*, Thèse de doctorat, Université d'Angers, 2016.

Enfin, pour les patients, le choix de l'ostéopathie représente un surcoût qui s'élève au total à près de 13 millions d'euros, en raison du non remboursement des séances d'ostéopathes par l'Assurance Maladie. Une partie des complémentaires santé remboursant plusieurs séances d'ostéopathie par an, le reste à charge des patients est en réalité inférieur.⁵⁶ Le montant de 13 millions d'euros de dépenses est donc couvert par les patients et leurs complémentaires santé. Sur le plan économique, cette réallocation des dépenses est efficace car ces dernières sont consenties librement par les patients. Qui plus est, les études précédemment citées mettent en évidence l'impact bénéfique sur le plan moral et psychologique de l'ostéopathie. Bien qu'il soit difficile de prendre en considération cet effet, il est clair qu'il compense, au moins partiellement, le surcoût financier relatif aux séances d'ostéopathie.

Tableau 4. Economies générées par l'ostéopathie

	Prévalence (1)	Dont arrêt (2)	Population arrêtée (1)*(2)	Population arrêtée (millions)	Gain AM (millions €)	Gain Entreprise (millions €)	Gain Patients et CS (millions €)	Total (millions €)
Lombalgie	17,60%	21,80%	3,84%	2,57	22,00	38,55	-9,77	50,78
Cervicalgie	11,50%	11,00%	1,27%	0,84	7,25	12,71	-3,22	16,74

⁵⁶ Aucune donnée n'est cependant disponible pour estimer le taux de couverture des salariés pour des séances d'ostéopathie et donc le reste à charge des patients après remboursement par leurs complémentaires santé.

Asterès est régulièrement sollicité par des entreprises et des fédérations professionnelles pour intervenir en amont de leurs activités de lobbying, particulièrement lors des débats d'orientation budgétaire. Asterès peut donc être amené à réaliser des travaux financés par des donneurs d'ordres et démontrant l'impact économiquement nocif d'une mesure qui pourrait leur être appliquée.

Dans ce cas, notre démarche répond à une charte éthique stricte. Notre client s'engage à accepter que les travaux menés par Asterès répondent aux principes intangibles suivants :

- Asterès ne peut s'engager sur les résultats d'une étude avant de l'avoir réalisée. Nous ne délivrons nos conclusions qu'au terme de nos analyses.
- Nos travaux suivent une méthodologie standard (*top down*), qui s'appuie sur l'utilisation de données statistiques publiques, ou conçues par nous-mêmes.
- Si un client souhaite modifier des conclusions de travaux réalisés par Asterès sans une totale approbation de nos consultants, il devient le seul signataire de l'étude, et n'a plus le droit d'utiliser la marque Asterès.
- Les consultants d'Asterès ne défendent dans le débat public que des travaux qu'ils ont réalisés eux-mêmes. En aucun cas ils n'acceptent de se faire le relais de travaux réalisés par d'autres.

