



Ecole de Kinésithérapie du C.H.U. de Grenoble  
19a, avenue de Kimberley – BP 158  
38431 Echirolles cedex  
Tél. 04.76.76.89.41 - 04.76.76.52.56  
fax 04.76.76.59.18



Rhône-Alpes Région

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE

REGION RHONE ALPES

UFR ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER-GRENOBLE I

ECOLE DE KINESITHERAPIE

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE GRENOBLE

**UNE METHODOLOGIE D'APPROCHE DES PRATIQUES NON  
CONVENTIONNELLES :**

**APPLICATION PAR L'ANALYSE CRITIQUE DE LA  
MICROKINÉSITHÉRAPIE**

Rapport de recherche présenté par : Thibaud RIVAL  
En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute

*Et du Master 1 Mouvement Performance Santé Ingénierie*

**Année : 2012**

**Ce travail a été effectué sous la direction de :**

**-Nicolas Pinsault :**

Docteur en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives  
D.E Masseur Kinésithérapeute

École de kinésithérapie du CHU de Grenoble  
19, avenue de Kimberley - BP 158  
38 431 Échirolles cedex  
Téléphone : 04. 76. 76. 52. 56 / 04 .76. 76. 89. 41  
Fax : 04. 76. 76. 59. 18  
E-mail : [npinsault@chu-grenoble.fr](mailto:npinsault@chu-grenoble.fr)

**-Richard Monvoisin**

Docteur en didactique des sciences  
Enseignant au collectif d'enseignement et de recherche en esprit critique et sciences  
(CORTECS)

Département des Licences Sciences & Techniques (DLST)  
480 avenue centrale Domaine Universitaire  
BP 53 GRENOBLE Cedex 9 38041 FRANCE  
E-mail : [monvoisin@cortecs.org](mailto:monvoisin@cortecs.org)

**Mes remerciements à :**

Mr Pinsault Nicolas et Mr Monvoisin Richard pour leurs conseils et leur encadrement.

Mr Livain Tristan et Mr Nicollet Christophe pour avoir aimablement prêté leurs livres personnels.

Remerciements à Mr Grosjean pour m'avoir procuré certaines études cliniques.

Un merci aussi à Mr Pouille, et toute ma famille.

## Résumé :

Il gravite autour de la kinésithérapie des formations pour des pratiques pouvant être présentées comme des thérapies non conventionnelles. À l'heure de la kinésithérapie fondée sur les preuves scientifiques, le kinésithérapeute doit avoir les outils pour distinguer une pratique douteuse d'une autre ayant prouvé la rationalité de sa théorie et son efficacité clinique propre.

Par l'utilisation de l'esprit critique, nous essayerons de développer une méthodologie adaptée à un cas concret, la microkinésithérapie.

**Objectifs** : Construire une méthode pouvant répondre aux questions suivantes :

La microkinésithérapie repose-t-elle sur des fondements scientifiquement valides et a-t-elle démontré une efficacité propre à travers des études cliniques ?

**Méthode** : L'approche zététique se présente comme une méthode de recherche fondée sur le doute et la vérification des informations. Ainsi, en nous basant sur cette approche nous avons essayé d'analyser et critiquer tout ce qui touche à la microkinésithérapie, de l'étude de la naissance de la théorie jusqu'aux études cliniques en passant par l'analyse des hypothèses fondatrices.

**Résultats** : Le corpus de documents de la microkinésithérapie comporte des interstices pseudo-scientifiques, les hypothèses fondatrices semblent à l'heure actuelle irrationnelles et les études cliniques sur cette pratique manquent de rigueur (sur quarante trois études seulement cinq ont un groupe contrôle).

**Conclusion** : Nous pensons qu'il serait intéressant de réaliser d'autres études cliniques portant sur les pathologies où les meilleures études ont montré un résultat significatif (colopathie fonctionnelle). Plus globalement, nous espérons que cette démarche pourra être adaptée à d'autres pratiques de santé.

**Mots clefs** :

Zététique ; Pseudo-médecines ; Microkinésithérapie ; Esprit critique ; Thérapie alternative

**Abstract :**

It revolved around the physiotherapy training for new practices that could be presented as alternative therapies. At the time of evidence-based physiotherapy, the physiotherapist must have the tools to distinguish one from another dubious practice having proved the rationality of his theory and clinical efficacy of the technique. By using critical thinking, we will try to develop a methodology suitable for a specific case, the microphysiotherapy.

**Objective :** Building a methodology that can guide the following questions:

Is the microphysiotherapy is based on scientifically valid foundations and does it demonstrate a effectiveness through clinical trials ?

**Methodology:** The zetetic approach is as a research method based on doubt and verification of information. So based on this approach we tried to analyze and criticize everything related to microphysiotherapy, from the study of the birth of the theory to the clinical studies through the analysis of the founding assumptions.

**Results:** The corpus of documents microphysiotherapy contain pseudo-scientific interstices, assumptions founders seem at present irrational and clinical studies on this practice lacks rigor (on forty third only five studies have a control group).

**Conclusion :** We think it would be interesting to conduct further clinical studies of diseases where the best clinical studies have shown good results (irritable bowel syndrome). More generally we hope that this approach can be adapted to other non-recognized practices.

**Keywords :**

Zetetic ; Pseudo-medicine ; Microphysiotherapy ; Critical thinking, ; alternative therapy .

# Table des matières

^ Introduction.....	1
^ 1 Méthode de travail.....	5
^ 2 Représentativité & organisation.....	7
– 2.1 Organisation et représentativité en France.....	7
– 2.2 Organisation et représentativité à l'étranger.....	8
^ 3 Naissance de la théorie.....	9
– 3.1 Les fondateurs .....	9
– 3.2 Contexte historique.....	9
– 3.3 Histoire de la pratique.....	10
– 3.4 Filiations de la théorie.....	11
– 3.5 Scientificité des filiations.....	13
^ 4 Généralités sur la microkinésithérapie.....	19
– 4.1 Explication de la technique.....	20
– 4.2 Déroulement d'une séance.....	21
– 4.3 Innocuité de la méthode.....	22
^ 5 De l'analyse de la théorie.....	22
– 5.1 Critères de pseudo-scientificité.....	22
– 5.3 La microkinésithérapie et ces critères.....	28
– 5.4 Analyse des postulats de base.....	33
Hypothèse 1) :.....	36
Hypothèse 2) :.....	38
Hypothèse 3) :.....	41
Hypothèse 4) :.....	43
Hypothèse 5) :.....	44
^ 6 De l'analyse des études thérapeutiques.....	45
– 6.1 Critères d'inclusion.....	46
– 6.2 Méthode d'analyse .....	47
– 6.3 Analyse des essais thérapeutiques sur la MK.....	51
^ 7 Discussion.....	60
– 1) Synthèse des résultats.....	61

- 2) Limites de l'étude :.....	62
- 3) Projections :.....	62
^ 8 Conclusion.....	63
^ 9 Références bibliographiques.....	64
^ Annexe 1 Travaux soumis à l'analyse critique :.....	70
^ Annexe 2 Grille de lecture de l'HAS des cinq études avec groupe contrôle.....	74
^ Annexe 3 Grille Consort.....	80
^ Documents : Les études cliniques avec groupe contrôle.....	85

## **Index des illustrations**

## Introduction

La kinésithérapie est une discipline paramédicale qui est de nos jours basée sur un processus scientifique. En effet, les moteurs de cette pratique trouvent leurs origines dans des données éprouvées reposant sur la connaissance du corps humain (Wirocius, JM, 1999). La kinésithérapie doit se baser sur des procédés de recherche et d'observation d'une rigueur scientifique (cf. définition physiothérapie de la WCPT). Se définissant comme une thérapie relevant d'une démarche scientifique, elle progresse suivant les avancées de la science. Ses fondements, ses techniques doivent se réactualiser au fil des avancées de la médecine. Comme un buisson se développant à partir d'un tronc commun fait de biomécanique, d'anatomie et de physiologie, la kinésithérapie a constamment de nouvelles branches qui s'ajoutent aux précédentes. Une idée, qu'elle provienne d'une intuition ou d'un raisonnement plus poussé va créer une nouvelle technique. Celle-ci va se développer et prendre une importance plus ou moins grande. Mais le but n'est pas d'avoir le plus gros buisson possible avec des ramifications anarchiques. C'est à nous thérapeutes, d'élaguer cet arbre selon une méthode scientifique, de retenir les bonnes branches, celles qui respectent les procédés scientifiques et reposent sur des faits établis. Dans cette démarche, la communauté scientifique a parfois bien du mal à distinguer la science de la pseudo-science. Une pseudo-science (que l'on peut traduire par « prétendument scientifique ») est un raisonnement déguisé, volontairement ou non, en modèle scientifique, elle en présente tous les aspects, mais n'en respecte pas la méthode.

En effet à l'heure actuelle, parmi les flots de formations concernant les nombreuses pratiques thérapeutiques qu'elles soient nouvelles ou anciennes, il est difficile de distinguer une thérapie extravagante d'une thérapie ayant une validité scientifique avérée. Ce problème est multifactoriel, il est imputable à une certaine forme de crédulité, aux effets de mode, aux limites de la médecine conventionnelle, mais surtout au manque d'éducation à l'approche critique des professionnels de santé et de la population en général. Mais peut-on en vouloir aux patients qui cherchent un espoir et aux thérapeutes pensant bien faire persuadés de leur efficacité ? Les présumées pseudo-thérapies sont rarement un repaire de charlatans elles abritent aussi et surtout des gens persuadés au lieu d'être convaincus par des démonstrations. En effet, la

persuasion se distingue de la conviction par le fait qu'elle utilise un procédé reposant sur l'émotif et la séduction alors que la démonstration scientifique, seule valable pour rester objectif, utilise la logique des preuves scientifiques. Cependant pourquoi ces théories non conventionnelles ne seraient pas le futur de la science si elles n'ont jamais été analysées ? Parmi les multiples thérapies non reconnues peut-être qu'il en existe détenant des hypothèses fondées ? Ou bien des techniques empiriques, mais pouvant se trouver être efficaces. Voilà pourquoi il est important d'aborder l'étude sans avoir d'a priori.

Nous allons essayer de mettre en place une méthodologie d'analyse permettant de reconnaître des thérapies ou des techniques reposants sur des faits éprouvés. A contrario, nous verrons comment reconnaître la pseudo-scientificité d'une pratique.

Nous utiliserons une approche relevant du scepticisme moderne que l'on peut aussi appeler zététique. La zététique (du grec *zētētikós* signifiant « qui examine », « qui recherche ») est une méthode de recherche fondée sur le doute et la vérification des informations. Cela va consister à utiliser le doute comme moyen d'investigation en utilisant les outils que la zététique a mis en place. Ce mémoire sera construit comme un guide méthodologique permettant d'enquêter de manière simple sur la qualité scientifique des thérapies.

Les kinésithérapeutes qui doivent utiliser des techniques relevant de l'*evidence based practice* (EBP) (la pratique fondée sur des faits démontrés) sont au contact de ces pratiques non conventionnelles. L'EBP comprend l'expertise du clinicien, les préférences du patient et les données de la recherche.



Figure 1 représentant les trois boucles de l'EBP

Le problème réside en ce que les kinésithérapeutes manquent d'informations sur les thérapies qui leur sont présentées, tant celles solidement étayées que celles plus douteuses. Ils doivent généralement s'inscrire aux formations pour connaître la pratique, acheter des livres, lire des revues spécialisées assez généralistes, et leur orientation dans ce dédale paraît plus volontiers relever du bouche à oreille que de la scientificité de la méthode. La tâche se complique encore lorsque les publications concernant ces pratiques sont difficiles d'accès, payantes ou en anglais. Cela relève parfois même du parcours du combattant pour se les procurer – lorsqu'elles existent, ce qui n'est pas toujours le cas.

Enfin, les kinésithérapeutes n'ont pas tous eu une formation à l'approche critique et n'ont pas souvent pas le temps d'investiguer par eux même en détail.

C'est le pourquoi de ce travail, le but n'est pas de donner un procès d'intention sur une thérapie non conventionnelle, mais nous donnerons notre avis scientifique réfléchi et argumenté sur la pratique. Nous nous intéresserons donc seulement au versant « données de la recherche » de l'EBP. La finalité sera d'offrir aux kinésithérapeutes une critique objective, facile à lire, se basant sur des données actuelles et permettant à chacun de se faire son avis en connaissance de cause.

La thérapie choisie pour faire l'exemple de ce type d'analyse sera la microkinésithérapie.

En effet, cette technique, dont l'exercice est réservé aux kinésithérapeutes, existe en France depuis environ 30 ans. Elle présente des aspects permettant une enquête zététique.

En premier, elle est présentée de manière scientifique et repose à priori sur des énoncés réfutables selon le critère de discrimination de Karl Popper. Une théorie est dite réfutable s'il est possible d'imaginer une expérience ou des observations qui peuvent la contredire (Popper, 1934). Il n'y a aucun moyen d'investiguer scientifiquement sur des énoncés irréfutables qui tiendraient plus de la non-science. De plus, la microkinésithérapie se base sur des techniques et hypothèses non reconnues par la communauté scientifique et les institutions de santé (cf. Journal officiel du 0/10/2008). C'est-à-dire qu'elle n'est pas enseignée en formation initiale, ni en formation continue conventionnelle. Elle ne fait pas non plus l'objet de recommandation par les organismes de santé publique ni par les journaux scientifiques. D'après le Bulletin du CNOMK de novembre 2010, la

microkinésithérapie rentre néanmoins dans le domaine de la masso-kinésithérapie.

La microkinésithérapie a été fondée au début des années 80 par deux kinésithérapeutes français, Patrice Bénini et Daniel Grosjean.

Voici une définition présente sur le site officiel de la microkinésithérapie : « *La microkinésithérapie va chercher par une technique micropalpatoire manuelle spécifique les traces laissées par des agressions dans les différents tissus de l'organisme. Son action consiste à effectuer manuellement des actes stimulant les mécanismes d'autocorrection afin d'éviter la dégradation des tissus et d'en rétablir leurs fonctions. Les mains du praticien mobilisent et stimulent les différents tissus en fonction du type d'agression.* »

Les partisans de cette pratique avancent dans leurs livres et sur leur site internet qu'elle aurait une efficacité propre sur un grand nombre de problèmes de santé. Elle trouverait des solutions complémentaires à la médecine conventionnelle et aurait une réelle efficacité. Il est donc pertinent de s'y intéresser et de voir si la microkinésithérapie a une efficacité propre.

En 2008, le Journal Officiel du Sénat du 30/10/2008 publie à la page 2185 :

« *La microkinésithérapie est une pratique non conventionnelle à visée thérapeutique qui n'est pas, à ce jour, fondée sur une théorie suffisamment étayée pour que des patients puissent y recourir dans le cadre du système de santé, fût-ce par des kinésithérapeutes ou par des médecins. La microkinésithérapie est aujourd'hui l'objet d'interrogations et de critiques sévères de la part des professionnels de santé. Le ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la vie associative restera attentif quant à la capacité des promoteurs, praticiens et formateurs en matière de microkinésithérapie, à produire des études à caractère scientifique fiables, établissant de façon objective et argumentée l'efficacité et l'innocuité de cette méthode.* » Ainsi notre analyse rentrera dans une volonté des institutions d'étudier les approches alternatives et complémentaires de santé.

De plus, le code de déontologie des masseurs kinésithérapeutes stipule dans son article R. 4321-65 : « *Le masseur-kinésithérapeute ne divulgue pas dans les milieux professionnels une nouvelle pratique insuffisamment éprouvée sans accompagner sa*

*communication des réserves qui s'imposent. Il ne fait pas une telle divulgation auprès d'un public non professionnel. » L'article R4321-87 rajoute : « Le masseur-kinésithérapeute ne peut conseiller et proposer au patient ou à son entourage, comme étant salubre ou sans danger, un produit ou un procédé, illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme est interdite. »*

Comme dit précédemment, proposer une thérapeutique insuffisamment éprouvée mène à une infraction au code de déontologie. Nous essayerons de voir si la microkinésithérapie a pu prouver ses allégations à l'heure actuelle.

Nous tenterons donc par ce travail de répondre au problème suivant :

*La microkinésithérapie repose-t-elle sur des fondements scientifiquement valides et a-t-elle démontré une efficacité à travers des études cliniques ?*

## **1 Méthode de travail**

Ce travail se déroulera comme un guide expliquant pour chaque partie l'intérêt d'investiguer sur ce domaine et développera ce qu'il en est pour la microkinésithérapie.

L'investigation, la vérification des informations, la recherche bibliographique poussée, la comparaison des sources, l'analyse des études scientifiques nous permettront d'aborder une pratique de la manière la plus objective possible.

Ainsi nous remettrons en doute une thérapie et l'analyserons profondément.

Nous expliquerons pourquoi trois principaux objets au cœur d'une pratique thérapeutique vont faire qu'elle soit intéressante pour nous thérapeutes se basant sur les preuves scientifiques (*cf.* rapport de la commission européenne sur les médecines non conventionnelles du 16 mars 1997). Ceux-ci sont des principes fondateurs éprouvés, une efficacité clinique démontrée associée une innocuité la plus grande possible (rapport bénéfice-risque). Le premier objet nous permettra de comprendre les justifications physiologiques de la technique et les deux derniers objets nous diront

l'utilité directe de cette pratique en clinique. Mais il est clair que pour un clinicien l'efficacité propre et le rapport bénéfice-risques sont les plus importants. Nous allons donc nous intéresser à cela, mais allons voir aussi d'autres aspects de la technique pour que le lecteur puisse avoir une vision d'ensemble et se faire une opinion en ayant le plus d'informations possible.

Ci-dessous est représenté un organigramme qui résume notre méthodologie de travail.

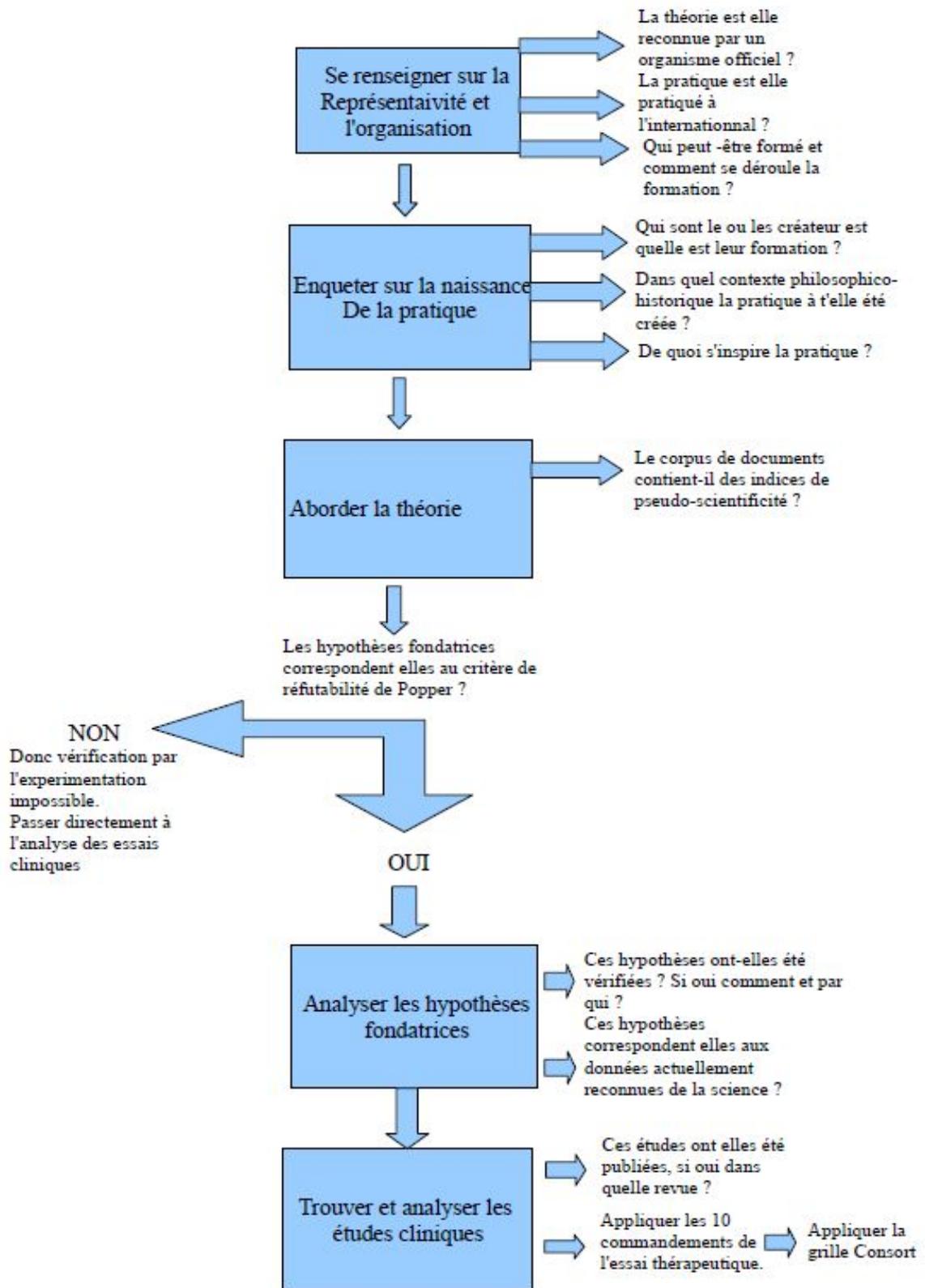


Figure 2 résumé schématique de notre méthodologie

## **2 Représentativité & organisation**

Voici quelques informations sur l'organisation et la représentation de la microkinésithérapie dans le monde de la physiothérapie. S'y intéresser nous permettra de connaître la place d'une pratique dans le milieu de la physiothérapie et comment elle fonctionne dans son ensemble. Nous avons à l'heure actuelle environ 5000 personnes formées à la technique dans le monde, d'après D. Grosjean dans un article de *Profession kinésithérapeute* (2006).

### **2.1 Organisation et représentativité en France**

En France nous trouvons 437 kinésithérapeutes (au 20/06/11) inscrits sur la liste officielle qui s'engagent à respecter le code d'exercice de la microkinesithérapie. D'après [microkinesithérapie.com](http://microkinesithérapie.com) (en 2011) il peut exister des kinésithérapeutes disant réaliser de la microkinésithérapie, mais qui n'ont pas suivi la formation délivrée par le Centre de Formation en Microkinésithérapie (CFM). De plus certains kinésithérapeutes ayant suivi la formation complète ne figurent pas sur la liste officielle. Ainsi il est difficile d'objectiver le nombre exact de microkinésithérapeutes en activité. En comptant environ 60000 kinésithérapeutes en France, la microkinésithérapie représente donc environ 0,8 pour cent de la population des kinésithérapeutes.

À noter que quelques médecins sont aussi microkinésithérapeutes de même que 4 vétérinaires à l'heure actuelle.

La formation des praticiens est de la responsabilité du CFM, SARL dirigée par Mr Grosjean et Mr Bénini. La formation de base (en 2011) se fait en deux cycles. Les deux cycles se composent de deux fois six jours de cours. Il s'en suit après un stage d'application pratique avec passage de l'examen. Il est possible pour les microkinésithérapeutes ayant passé l'examen de réaliser des stages de perfectionnement ainsi que des journées de travail.

Il existe une association appelée Centre de diffusion de la microkinésithérapie (ACDM) pour les microkinesithérapeutes. Elle a notamment pour but la réalisation de la charte d'exercice, de séminaires, de congrès, de groupes de travail.

La microkinésithérapie a de plus un Collège National des Enseignants en Microkinésithérapie (CNEM) basé à Coublevie. Son but est « *de regrouper en collège tous les enseignants en microkinésithérapie exerçant en France ainsi qu'un gérant représentant le C.F.M. (centre de formation à la microkinésithérapie) pour leur donner une représentation légale ; définir leurs rôle, place et fonction dans l'enseignement de la microkinésithérapie ; recruter, former et accréditer les enseignants en microkinésithérapie qu'il propose au C.F.M ; recueillir et gérer des fonds nécessaires à l'exercice de leur activité et son développement ; définir leurs modalité et lieux d'exercice ; veiller à la qualité de l'enseignement aussi bien théorique que pratique et régler les différends qui pourraient apparaître ; participer à l'élaboration du contrat type de partenariat avec le C.F.M., au contrat type de partenariat entre chaque enseignant ainsi qu'aux avenants éventuels* » (Journal officiel le 01/03/2008, No de parution : 20080009).

Ainsi les microkinésithérapeutes ne sont qu'une faible minorité chez les kinésithérapeutes français, la formation est réalisée sous la SARL de MM. Grosjean et Bénini et une partie du montant de formation peut être pris en charge par le Fond Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux. Ce fonds est financé par les kinésithérapeutes et les autres professions libérales via l'URSAFF la Contribution à la Formation Professionnelle.

## **2.2 Organisation et représentativité à l'étranger.**

Sur les listes officielles trouvables sur [microkinesitherapie.com](http://microkinesitherapie.com) en 2011 on trouve 51 microkinésithérapeutes en Belgique, 16 en Suisse, 1 en Allemagne, 1 au Québec et 3 au Luxembourg. Mais cela est peu représentatif de la pratique à l'étranger. Celle-ci semble avoir un fort engouement notamment au Brésil, où il y aurait environ 200 microkinésithérapeutes ([microfisioterapia.org](http://microfisioterapia.org)).

Les formations à l'étranger sont sur le même modèle qu'en France et sont en partenariat avec le CFM (source [microkinesitherapie.com](http://microkinesitherapie.com), 2011).

Nous pouvons voir que la microkinésithérapie a une origine française et s'est exportée. Néanmoins nous ne trouvons pas de publication des journaux étrangers non endogènes à la pratique (après recherche sur [googlescholar](http://googlescholar.com), [pubmed](http://pubmed.com), [sciencedirect](http://sciencedirect.com),

pedro).

La microkinésithérapie au vu des chiffres reste une pratique minoritaire dans la physiothérapie internationale.

### **3 Naissance de la théorie**

Nous allons aborder la naissance de la théorie, nous parlerons des fondateurs, des filiations de la microkinésithérapie (de quoi s'inspire la pratique), des bases scientifiques des fondements (c'est-à-dire à partir de quelles bases ont-ils commencé la technique). Nous verrons aussi si la technique a fait l'objet d'évolutions, remises en questions, au cours des 25 dernières années.

Ces informations ne sont pas anodines, elles permettent de cerner l'aspect philosophico-historique, de comprendre dans quel contexte la technique fut créée. Nous verrons par exemple si la théorie est basée sur une intuition, une illumination, l'expérience ou un processus hypothético-déductif et auto correctif.

#### **3.1 Les fondateurs**

S'intéresser aux fondateurs de la pratique peut permettre de trouver dans leur histoire des indices ayant pu les entraîner vers une posture pseudo-scientifique.

Deux Français sont à l'origine de cette méthode thérapeutique.

Le premier et l'initiateur de la technique est Daniel Grosjean. Chrétien, il passe une licence en théologie à Paris en 1965 puis un master en théologie à Austin, USA en 1966. Il entreprend ensuite un D.E de kinésithérapeute en 1969. Il acquiert ensuite un diplôme d'ostéopathie. Puis dans la fin des années 70, il débute l'élaboration de la microkinésithérapie.

Le second est Patrice Bénini. Il passe son D.E de kinésithérapeute en 1974 puis son diplôme d'ostéopathie et collabore depuis les débuts avec D.Grosjean à l'élaboration de la technique.

Tous les deux enseignent, écrivent et recherchent sur la microkinésithérapie.

Nous retiendrons ici la formation ostéopathique des créateurs (D.Bénini et D.Grosjean) et le parcours étudiant de Mr Grosjean empreint de théologie. Nous

verrons plus tard si ces aspects ont affecté de près ou de la loin la microkinésithérapie.

### **3.2 Contexte historique**

Le contexte historique, que nous aborderons brièvement, peut permettre d'aborder des facteurs externes qui ont pu pousser une théorie non-conventionnelle à émerger. En effet, les besoins des patients et les influences des thérapeutes dépendent de ce que l'époque dans laquelle ils se trouvent va leur offrir.

Par exemple, les hypothèses et techniques de base de la microkinésithérapie sont élaborées à partir de 1980. Les années 70 avec l'éclosion du mouvement new-age (cf. Marhic, R ; Besnier, E, 1999) ont fait émerger une attente différente des besoins de santé. Le retour à la nature, à une vision holistique du corps, à une médecine exotique et traditionnelle est une attente des mouvements dérivés de la contre-culture (Beyerstein , BL, 1997).

En France le mouvement environnementalisme né des événements de 1968 (Simonet, P, 1979) rejoint cette vision d'une approche globale. Cette période de bouleversement des consciences est donc un moment propice à l'émergence de nouvelles thérapies, qui traitent le patient d'une manière différente de la médecine conventionnelle.

### **3.3 Histoire de la pratique**

Peu après leur formation, D.Grosjean et P.Bénini se tournent vers l'ostéopathie, les techniques énergétiques, l'acupuncture. Travaillant tous deux en cabinet libéral, les deux auteurs de la microkinésithérapie se rendent compte que leurs corrections ostéopathiques sont peu efficaces dans le temps. Ils préfèrent alors aller plus loin dans la démarche comme le dit Patrice Bénini dans une interview sur le site [massage-zen-therapie.com](http://massage-zen-therapie.com) : *«Nous avons alors décidé d'aller plus loin, c'est-à-dire aller à la source de l'événement fauteur de trouble, ce que l'on nomme l'étiologie. »*

M. Grosjean et Bénini au cours de leurs séances, se rendent compte alors de l'existence de rythmes dans les tissus et que l'altération de ceux-ci empêche l'autocorrection et conduit à des troubles de la santé.

Ils posent alors leurs principes fondateurs et mettent en place durant quinze années une théorie complexe basée sur cette sensation et étayée par des théories dites

« alternatives ». Néanmoins, ils mettent aussi en place une recherche sur les bases de leur théorie et sur son efficacité, recherche que nous allons étudier plus loin dans ce mémoire.

Au début basée sur le musculaire, la technique se développe ensuite pour les « lésions » nerveuses, endocriniennes, infectieuses, vibratoires et celles d'origine mentale.

Aujourd'hui, la thérapie avance qu'elle pourrait être utilisée dans nombres de problèmes de santé : « *En résumé, disons que si la microkinésithérapie a pu prouver son efficacité, il serait normal qu'elle puisse aussi trouver une place spécifique au sein de la médecine. Comme technique de restauration, elle devrait pouvoir être utilisée après toutes formes d'agressions traumatiques, toxiques, infectieuses, psychologiques, etc. pour permettre à l'organisme de faire son travail d'autogénération* » (Grosjean ; Bénini, 1993).

La théorie et les techniques s'agrandissent encore aujourd'hui pour être utilisées sur les animaux et même sur le monde végétal (article de P. Bénini et D. Pajot sur les orchidées, *non publié*).

### **3.4 Filiations de la théorie**

Les théories non conventionnelles s'inspirent souvent d'autres théories en marge comme bases de départ ou pour étayer leurs hypothèses. Il est important de se renseigner sur ces filiations qui peuvent faire figure d'argument d'autorité pour pouvoir les analyser ensuite. Nous avons effectué une lecture active du corpus de livres sur la microkinésithérapie dont le but est de relever les sources d'inspiration et les théories en relation avec la pratique que nous analysons. Nous justifierons nos dires par des citations reprises de ce corpus de livres. Nous exposerons ici sans critiquer les filiations de la théorie.

Voici de quoi s'inspire la microkinésithérapie.

— L'ostéopathie :

Elle est la première source d'inspiration de par la formation des créateurs de la technique. Mais c'est l'ostéopathie crânienne décrite par Sutherland qui inspira en grande partie la théorie puisque le mouvement respiratoire primaire (MPR) ressemble

aux mouvements rythmiques décrits en microkinésithérapie. Sutherland dans *the cranial bowl* nous parle de mouvements d'expansion de la boîte crânienne sujette aux variations du liquide céphalo-rachidien 6 à 12 fois par minute. Daniel Grosjean dans *La microkinésithérapie, réflexion sur les moyens d'actions* écrit : « *La première personne qui ait perçu ces rythmes de vie, et qui l'ait mis par écrit, est, me semble-t-il, un Américain, Sutherland, qui était un disciple de Still, le fondateur de l'ostéopathie.* ». Les fondateurs se sont basés sur les travaux de l'ostéopathie crânienne et ont généralisé le mouvement respiratoire primaire au corps tout entier. Dans le traité pratique de microkinésithérapie les auteurs écrivent : « *Ainsi, donc, le corps entier avec ses différents éléments se trouve soumis au M.R.P. L'erreur a été de croire que les micro-mouvements du corps, parce qu'ils dépendaient du M.R.P dont l'origine serait crânienne, étaient uniquement contrôlés par le crâne et donc qu'une lésion crânienne pouvait influencer le reste du corps, mais pas l'inverse. L'expérience montre que les deux possibilités existent et que toute lésion d'un élément, qu'il soit crânien ou corporel a des répercussions à distance.* »

Ainsi la microkinésithérapie s'appuie sur l'ostéopathie crânienne et le M.R.P pour bâtir sa théorie.

— L'homéopathie :

La microkinésithérapie utilise le principe d'autocorrection basé sur les principes de similitude et de dilution (voir 3,5). En effet le thérapeute va « reproduire la lésion d'origine » de manière infinitésimale. Daniel Grosjean écrit en 2000 à propos de l'homéopathie: « *Le principe est exactement le même, seul le mode d'application est différent... nous parlons d'homeopathie musculonerveuse* ».

— Méthodes énergétiques :

Les allusions à l'« énergie » sont récurrentes dans les livres écrits par D.Grosjean et P.Bénini.

Dans *La microkinésithérapie, réflexion sur les moyens d'action*, on peut lire : « *Nous soignons donc un micromouvement qui n'est, ni plus, ni moins que l'impression palpatoire, dans nos mains, d'un rythme vital qui n'est rien d'autre que la manifestation des énergies de la personne.* » L'auteur ajoute « *À travers nos mains, nous sommes capables d'accéder à ce phénomène énergétique vital de la personne et c'est très impressionnant.* »

La microkinésithérapie s'inscrit donc dans les thérapies utilisant l'« énergie » dans sa pratique. La même « énergie » utilisée en acupuncture, chez les magnétiseurs, les rebouteux. Toujours dans *La micro-kinésithérapie, réflexion sur les moyens d'action* à la page 4 :« *Il y a une chose qui semble être le trait dominant de toutes ces médecines non officielles, c'est un mot un peu magique, qui est l'énergie.... un acupuncteur, à plus forte raison, travaille sur les énergies ; quand vous parlez à un magnétiseur, il vous dira : "je recharge les énergies".* »

-L'apport de la religion chrétienne :

Même si la religion n'est pas placée sur un plan thérapeutique, les auteurs en parlent dans leurs ouvrages. Cela est peut-être en lien avec la formation universitaire en théologie de D,Grosjean. Nous pouvons en effet lire à la page 81 de *La microkinesithérapie, réflexion sur ses moyens d'action* : « *L'auteur de cet ouvrage étant chrétien, il est normal que ce soit dans cette tradition qu'il développe sa pensée.* » On peut voir dans cette phrase que la microkinésithérapie est liée à la religion chrétienne. Nous approfondirons ceci dans la partie 3.5 de notre travail.

### **3.5 Scientificité des filiations**

Abordons maintenant le versant scientifique des filiations. On peut dire que ces filiations sont les fondations sur lesquelles est basée la théorie étudiée. Ainsi si ces inspirations se trouvent être bancales, tout ce qui repose dessus peut-être remit en question.

Nous n'avons pas le temps dans ce mémoire d'étudier par nous même en détail ces pratiques. Nous nous appuierons alors sur les études scientifiques importantes qui ont déjà traité ces sujets. Les références bibliographiques permettront aux lecteurs qui le souhaitent de s'y intéresser plus profondément. Nous chercherons dans *googlescholar*, *google.fr*, *science direct* et *medline*, ces études en sélectionnant des méta-analyses si elles existent (ou à défaut des revues systématiques non orientées), des études critiques sur la méthode ou des études cliniques contrôlées randomisées. Nous veillerons à sélectionner les études qui seront publiées dans des revues sérieuses avec un facteur d'impact le plus élevé possible. Ces travaux devront être globaux et

objectifs.

— L'ostéopathie crânienne :

Nous devons investiguer sur les études portant sur l'ostéopathie crânienne, encore appelée thérapie cranosacrée et sur l'existence du mouvement respiratoire primaire. Nous n'avons pas trouvé de méta-analyse.

En 1999 une revue systématique a été faite par C. Green & al de l'Université de Colombie Britannique au sujet de la thérapie cranosacrée publiée dans *Complementary Therapies in Medicine* (facteur d'impact 1.484). C'est le travail le plus complet que nous avons pu trouver, aucune méta analyse n'existant. Une revue de littérature analyse tous les travaux importants sur un sujet, elle nous donne ici un bon avis sur la technique. L'auteur conclue par « *The beneficial effects of craniosacral therapy on health outcomes have not been demonstrated using well-designed research protocols. Inter-observer agreement studies have found that assessment of craniosacral dysfunction by CST practitioners is unreliable; that is, two or more assessors do not agree on CS findings to the extent required of scientific measures. There is little evidence that CST has a valid pathophysiological rationale.* »

« *Les effets bénéfiques de la thérapie cranosacrée sur la santé n'ont pas été démontrés en utilisant des protocoles de recherche bien conçus. Des études de concordance inter-observateur ont constaté que l'évaluation de la dysfonction cranosacrée par les praticiens CST (CranioSacral Therapy) est peu fiable. Deux ou plusieurs assesseurs ne sont pas d'accord sur les conclusions de la CST dans l'ampleur nécessaire des mesures scientifiques. Il y a peu de preuves que la CST ait une justification physiopathologique validée.* »

Concernant les justifications biologiques de l'ostéopathie crânienne, PA Downey, en 2004, à réalisé une thèse de doctorat. Le travail est intéressant, car il reprend en globalité les travaux sur la biologie des mouvements crâniens et réalise des expériences sur la mobilité crânienne chez les lapins. L'étude conclut par : « *This study has demonstrated that therapeutic loads of distractive force do not create measurable movement at cranial sutures nor changes in intracranial fluid dynamics as measured by ICP monitoring. These results suggest that a different biological basis for craniosacral therapy should be explored.* »

« *Cette étude a démontré que la force du thérapeute de la force distractive ne crée pas le mouvement mesurable sur les sutures crâniennes, ni des changements dans la*

*dynamique des fluides intracrâniens telle que mesurée par le suivi de la pression intra crânienne. Ces résultats suggèrent qu'une base biologique différente pour la thérapie craniosacrée doit être explorée. »*

Ainsi d'après PA Downey, il n'y aurait pas à l'heure actuelle de justification biologique probante à la thérapie craniosacrée.

Enfin on peut encore s'appuyer sur l'étude de 2002 de Steve E. Hartman and James M. Norton intitulée « *interexaminer reliability and cranial osteopathy* » publié dans *The scientific review of alternative medicine*. Cette étude a pour but de vérifier la reproductibilité des mesures du MRP elle analyse pour cela aux travaux majeurs à ce sujet. Elle conclut par :

*« There is little science in any aspect of cranial osteopathy :*

*(1) there is no scientific support for major elements of the PRM;*

*(2) the only publication purporting to show diagnostic reliability with sufficient detail to permit Évaluation is deeply flawed and stands alone against 5 other reports that show reliabilities of zero*

*(3) there is no scientific evidence of treatment efficacy »*

Que l'on peut traduire par :

*« Il y a peu de science dans tous les aspects de l'ostéopathie crânienne :*

*(1) il n'y a pas de soutien scientifique pour les éléments majeurs du MPR (Mouvement Respiratoire Primaire).*

*(2) La seule publication (ndla : Upledger JE, 1977) qui prétend démontrer la fiabilité du diagnostic avec suffisamment de détails pour permettre une évaluation est*

*profondément brasée et est maintenant seule contre cinq autres rapports (ndla :*

*Drengler &*

*King 1998 ; Hanten & al 1998 ; Norton, 1996 ; Rogers & al, 1998 ; Wirth-Pattullo & Hayes,*

*1994) qui montrent des fiabilités de zéro.*

*(3) il n'existe aucune preuve scientifique de l'efficacité du traitement. »*

Ainsi au vu des publications trouvées, l'ostéopathie crânienne ne semble pas être validée scientifiquement et le mouvement respiratoire primaire ne semble pas palpable par les thérapeutes, de plus, son existence même est mise en cause.

-L'homéopathie :

La microkinésithérapie utilise l'homéopathie comme inspiration en reproduisant la lésion originale de manière beaucoup plus faible afin de stimuler l'autocorrection du corps. Contrairement à l'homéopathie classique, elle n'utilise pas de substance à ingérer, mais à une action structurelle sur les tissus.

Il est néanmoins important de savoir quel niveau de preuve a l'homéopathie « classique ».

En 2005 *The Lancet* publie une méta-analyse (étude avec le plus haut niveau de preuve). Cette étude fait référence à l'heure actuelle, elle analysa 89 essais cliniques contrôlés par placebo sur l'efficacité de l'homéopathie et fut publié dans la prestigieuse revue *The Lancet* qui avait un facteur d'impact de 33.63 en 2011. Cette méta-analyse conclut par (traduit en français) : « Notre étude illustre puissamment l'interaction et l'effet cumulatif des différentes sources de biais. Nous reconnaissons que de prouver une négation est impossible, mais nous avons montré que les effets observés dans des essais contrôlés par placebo de l'homéopathie sont compatibles avec l'hypothèse du placebo. En revanche, avec des méthodes identiques, nous avons constaté que les avantages de la médecine conventionnelle ont peu de chances d'être expliqués par des effets non spécifiques. »

Une revue systématique publiée avant (E. Ernst, 2002) stipulait déjà :

*« En conclusion, l'hypothèse que n'importe quel traitement homéopathique donné de façon appropriée mène à des effets cliniques qui sont différents du placebo ou supérieurs à d'autres interventions de contrôle pour n'importe quelle condition médicale n'est pas soutenue par des preuves des revues systématiques. Jusqu'à ce que des résultats plus irrésistibles soient disponibles, l'homéopathie ne peut pas être regardée comme une thérapie basée sur des preuves. »*

Ainsi il y a aujourd'hui vraisemblablement un très faible niveau preuve concernant l'efficacité spécifique des médicaments homéopathiques.

Cependant, l'homéopathie médicamenteuse est très différente de la microkinésithérapie et ces études montrent juste l'absence d'efficacité propre de

l'homéopathie, on ne peut pas généraliser cela à la microkinésithérapie. Cela peut par contre être un indice quant à la vraisemblance des lois de similitude et de dilution.

Le principe de similitude (« les semblables sont guéris par les semblables ») est bien plus ancien que l'homéopathie et remonterait au temps d'Hippocrate (aphorisme d'Hippocrate). Ce principe qui ne se base aujourd'hui sur aucune donnée tangible, n'a jamais été prouvé et reposerait plus sur de la pensée magique. Une homéopathie musculonerveuse n'a jamais été abordée avant la microkinésithérapie. Même si cette loi de similitude existait il serait difficile de trouver quel serait le micro traumatisme à infliger, nous en parlerons plus tard (partie 5.4) . Un exemple trivial consisterait-il à dire que pour soigner une entorse il faille la reproduire, mais d'une manière douce ?

#### — Méthodes énergétiques :

Le terme lui-même d'énergie est bien différent de celui utilisé en science pour laquelle l'énergie est mesurable et soumise à des lois établies.

L'« énergie » des médecines non conventionnelles est un concept flou avec un nom ayant un fort effet impact (voir 5,4) sur le lecteur. Elle n'a jamais pu être mesurée de manière fiable et reproductible.

Pour ce qui est de l'efficacité des thérapies énergétiques, l'article le plus récent trouvé, le plus fiable et le plus global à nos yeux, à ce sujet est *Biofield Therapies : Helpful or Full of Hype? A Best Evidence Synthesis*, publié dans *l'International Journal of Behavioral Medicine* (facteur d'impact 1.937 en 2010), datant de 2010.

Dans cette revue de littérature (aucune méta-analyse n'existant), Shamini Jain et Paul J. Mills analysèrent 66 essais cliniques portant sur les thérapies énergétiques telles que le Reiki.

En voici les résultats : « *Studies overall are of medium quality, and generally meet minimum standards for validity of inferences. Biofield therapies show strong evidence for reducing pain intensity in pain populations, and moderate evidence for reducing pain intensity hospitalized and cancer populations. There is moderate evidence for decreasing negative behavioral symptoms in dementia and moderate evidence for decreasing anxiety for hospitalized populations. There is equivocal evidence for biofield therapies' effects on fatigue and quality of life for cancer patients, as well as for comprehensive pain outcomes and affect in pain patients, and for decreasing anxiety in cardiovascular patients.* »

*« Dans l'ensemble, les études sont de qualité moyenne, et généralement répondent aux normes minimales pour la validité des inférences. Les thérapies par champ énergétique montrent des preuves solides pour réduire la douleur, l'intensité de la douleur dans les populations, des preuves modérées pour réduire l'intensité des douleurs des populations hospitalisées pour cancer. Il existe des preuves modérées pour diminuer les symptômes négatifs comportementaux de démence et des preuves modérées pour diminuer l'anxiété des populations hospitalisées. Il y a résultats équivoques concernant les effets des thérapies énergétiques sur la fatigue et la qualité de vie des patients atteints de cancer; ainsi que pour les résultats sur les douleurs globales et l'affecte chez les patients douloureux et pour diminuer l'anxiété chez les patients cardio-vasculaires. Conclusion : Il existe un besoin d'une plus haute qualité des études dans ce domaine. Les implications et orientations de recherches futures sont discutées. »*

#### — L'apport de la religion chrétienne :

Cette partie est différente des autres filiations, car la religion ne se définit pas comme scientifique, nous traiterons ici essentiellement d'épistémologie.

Ce lien entre microkinésithérapie et religion peut-être anecdotique, mais se doit d'être souligné, étant donné le danger de prise de pouvoir de la croyance sur la raison que cela peut entraîner. La religion et la science ne sont pas incompatibles humainement, mais la première ne doit pas interférer dans la seconde, la religion restant de l'ordre de l'acte de foi. La méthode scientifique évolue par des preuves alors que la religion repose sur la croyance. Le danger est donc d'utiliser une croyance qui est non scientifique par essence comme un élément de persuasion pour aider à l'adhésion à une théorie.

Dans *Pacifier corps et mémoire ou la microkinésithérapie tout simplement* on trouve un chapitre intitulé « *Microkinésithérapie et spiritualité* ».

Il y est écrit page 87 : « *Dans cet éveil de conscience et cette libération de soi, parmi beaucoup d'autres démarches, la microkinésithérapie peut être une étape importante. C'est le souhait que nous formulons, désirant qu'elle rejoigne par là le grand projet de Dieu et si certains pensent que nous sommes, !es dans l'erreur, il serait enrichissant pour nous qu'ils nous communiquent leurs observations.* »

Ici nous voyons que la microkinésithérapie est inscrite dans la foi, nous sommes en présence d'un discours mystique. De plus le lecteur doit se méfier, la bonne foi ne fait pas figure de preuve.

Page 81 nous trouvons : « *Il y a longtemps que les scientifiques ne cherchent plus à justifier leurs découvertes, ou à les accréditer en se référant à une foi ou à une croyance. Pourtant, ce divorce entre foi et science est plus une affaire ancienne qu'actuelle et nombreux sont les hommes de science qui, aujourd'hui, non seulement font une place à Dieu ou au divin dans leur recherche, mais en plus, qui essayent de trouver une finalité, une raison d'être à la science et à l'utilisation que l'homme peut en faire.* »

Nous sommes dans ce cas en présence de biais de raisonnement. Il nous dit que le « divorce entre foi et science » n'est peut-être plus d'actualité, car beaucoup de scientifiques laissent une place à Dieu. Non seulement il ne justifie pas ces affirmations, mais utilise un effet Panurge qui consiste à dire que si de nombreuses personnes font quelque chose alors ceux-ci sont sûrement dans le vrai.

Même si la religion n'est pas au cœur de la théorie et de la pratique, nous pouvons voir dans ce chapitre qu'elle gravite autour. La foi doit rester intime et ne peut pas rentrer dans une discipline se disant scientifique. La science dans son contenu est laïque, c'est-à-dire qu'elle est indépendante vis-à-vis de la religion.

De plus il existe des discours métaphysiques tels qu'on peut en lire page 7 de *La microkinésithérapie, réflexion sur ses moyens d'action* où l'auteur parle au sujet de la palpation des énergies : « *La première fois que j'en ai eu l'occasion, et je pense que c'est la même chose pour tous, j'ai eu l'impression qu'entre mes mains je sentais la vie, la véritable vie, la vitalité de la personne, quelque chose qui fait accéder ou communiquer à quelque chose de très profond, de très fondamental. On a l'impression d'être en contact avec le mystère de la vie, de la Vie avec un grand V, de la vie en train de se manifester, dans une matière, pour la rendre vivante.* »

Les allusions métaphysiques doivent rester de l'ordre de l'opinion personnelle et ne doivent pas influencer de manière explicite une pratique clinique et donc basée sur des faits observables ce qui n'est pas possible en métaphysique ou en religion.

L'auteur peut très bien écrire un livre traitant de métaphysique, de Foi, de Dieu, mais il doit le faire distinctement de son activité scientifique, la science doit rester laïque.

Ainsi réaliser une articulation entre religion / science pose des problèmes au sein ou autour d'une thérapie et lui confère un indice de pseudo-scientificité.

Ainsi cette revue de littérature montrerait qu'à l'heure actuelle les méthodes énergétiques auraient quelques études bien menées qui prouveraient une efficacité dans la réduction de la douleur. Cependant, d'autres études du même niveau ne

montrent elles aucun résultat.

À l'heure actuelle, aucune étude bien menée parmi ces 66 études analysées n'a prouvé d'efficacité réelle dans d'autres domaines que la réduction de la douleur et du stress.

Conclusion :

À la vue de ces travaux concernant l'étude de ces pratiques alternatives, celles-ci ne semblent pas avoir suffisamment prouvé ni leur efficacité, ni leurs fondements à l'heure actuelle.

## **4 Généralités sur la Microkinésithérapie**

Afin de réaliser un exposé complet sur une pratique, il nous semble important de donner

aux lecteurs des informations pratiques sur le déroulement de la technique. Le fait d'aborder une thérapie dans sa globalité permet par exemple une aide à la détection des pratiques douteuses, des indices de méthode sectaire.

Les informations des parties 4.1 et 4.2 sont reprises du site web officiel de la microkinésithérapie ([www.microkinésithérapie.net](http://www.microkinésithérapie.net) au 01/01/2011) et sont citées dans les parties 4.1 et 4.2 afin de ne pas travestir l'information.

### **4.1 Explication de la technique.**

L'explication de la technique permet aux personnes souhaitant s'intéresser à une pratique de détecter rapidement des éléments pouvant être surprenants pour la raison.

Le texte suivant est repris du site web officiel de la microkinésithérapie.

*« La première partie du travail est une recherche micropalpatoire permettant de retrouver l'étiologie responsable du désordre observé, c'est la mise en évidence des cicatrices pathogènes. La seconde partie consiste à rechercher le symptôme qui en découle. Concrètement, le thérapeute garde dans une main la cause (la cicatrice) et recherche avec l'autre main la conséquence (le symptôme) en parcourant la ligne médiane du corps à la recherche de l'étage affecté. Une fois l'étage défini, il recherche, par une palpation transversale de cet étage, le tissu atteint qui permet de retrouver le symptôme et sa localisation dans le corps qui se manifeste par une*

*restriction entre le tissu atteint dans l'étage et l'organe affecté.*

*À ce moment-là, il est possible de donner approximativement la date à laquelle l'événement s'est installé en sollicitant aléatoirement une réponse de l'organe à une date définie par le thérapeute. L'organisme du patient réagit à cette date et la restriction est perçue comme amplifiée par les mains du thérapeute. Bien que l'élément permettant de comprendre totalement ce phénomène soit encore non expliqué, la datation du traumatisme est une information intéressante à recueillir, car elle permet au patient de mieux situer l'origine du désordre. Comprendre les causes passées des douleurs présentes, c'est aussi faire de la prévention.*

*Une fois identifiée et localisée, la cicatrice est stimulée ce qui va déclencher les processus d'auto guérison, de façon quasiment instantanée. C'est un dialogue en direct avec la mémoire tissulaire de la personne, effectué par voie palpatoire, sans autre support. Le mécanisme d'autocorrection est obtenu de cette manière, aussi bien sur des adultes que sur des bébés ou des animaux. »*

Par exemple dans ce texte les termes ambigus de « mémoire tissulaire », d'« autoguérison », de « cicatrice pathogène » et le fait de solliciter un l'organe sur une date précise, doivent interloquer le lecteur et le pousser dans sa démarche critique. Ces termes nous semblent être des éléments de langage pseudo-scientifique.

## **4.2 Dérroulement d'une séance.**

Les informations suivantes sont reprises du site internet officiel de la microkinésithérapie ([microkinésithérapie.com](http://microkinésithérapie.com)).

*« Une séance dure environ de 30 à 45 minutes, la personne va s'allonger sur la table de consultation, le plus souvent en restant habillée. Les rythmes vitaux sont plus faciles à percevoir à travers un vêtement léger. Le thérapeute n'est pas "distrain" par d'autres perceptions et la personne se sent plus à l'aise. Les désordres importants, qui n'ont pas pu être gérés en temps utiles et qui sont en rapport avec le motif de consultation, ont été retrouvés et réveillés, présentés à nouveau par le thérapeute. Après la séance, l'organisme commence à les évacuer en déclenchant un mécanisme d'élimination. La personne, bien souvent, va se sentir fatiguée pendant 48 heures. Pendant ces deux jours, des douleurs ou des émotions liées aux cicatrices pathogènes*

*libérées peuvent remonter à la “surface”. On conseille aux personnes de bien s’hydrater et de ne pas faire d’efforts inutiles afin de faciliter cette élimination.*

*Une deuxième séance peut être envisagée quelques semaines plus tard, si la première n’a pas suffi, ou dans un délai plus court si le problème est aigu. Trois séances pour un même symptôme sont un maximum, au-delà le thérapeute doit avoir l’honnêteté de réorienter la personne en sachant, soit qu’il n’est pas parvenu à retrouver l’étiologie responsable, soit que la pathologie est parvenue à un stade de non-récupération. Deux ou trois séances annuelles peuvent également être envisagées pour entretenir un bon état de santé. Enfin, certaines pathologies évolutives peuvent nécessiter des séances régulières. »*

### **4.3 Innocuité de la méthode**

Comme nous l'avons dit précédemment, un traitement valable doit avant tout avoir un bon rapport bénéfice-risque.

Au vu des moyens d'action de la microkinésithérapie, il est peu probable que celle-ci puisse nuire de manière physique au corps. La palpation n'est pas profonde et aucun geste ne semble pouvoir nuire ni aux organes ni au système musculo-squelettique.

Néanmoins, aucune étude ne porte sur l'innocuité de cette technique et le site internet de la microkinésithérapie stipule que le sujet « *va se sentir fatiguée pendant 48 heures. Pendant ces deux jours, des douleurs ou des émotions liées aux cicatrices pathogènes libérées peuvent remonter à la “surface”.* »

À l'heure actuelle, nous devons donc rester prudent quant à l'innocuité physique ou psychologique de la technique, en particulier l'effet nocebo (inverse de l'effet placebo) qui peut être présent dans toute thérapie, peut induire de réels affections de la santé (Colloca, L, 2011) .

## **5 De l'analyse de la théorie**

### **5.1 Critères de pseudo-scientificité**

Autour des théories non conventionnelles gravitent souvent des attitudes récurrentes

qui peuvent tromper le jugement pour remporter l'adhésion à une théorie.

Ces critères appelés critères de méfiance ou éléments de détection des pseudo-médecines. Un grand nombre de ceux-ci sont exposés dans la thèse de doctorat de Richard Monvoisin, 2007 . Ils sont expliqués ici, car peuvent être pour nous de bons indices de pratiques pseudo-scientifique. Ce ne sont que des indices devant nous interpeller, pousser notre curiosité à investiguer plus loin.

Voici certains des plus communs, ils ne sont pas exhaustifs :

— Le rejet de la médecine scientifique :

Les pseudo-médecines ont généralement tendance à dénigrer la médecine conventionnelle. Les arguments donnés sont souvent liés aux effets secondaires des traitements, à leur manque d'efficacité, à une approche non holistique du corps humain, aux lobbys financiers, à l'éloignement de la nature.

— L'appel à l'intuition :

On observe souvent un appel au ressenti et non à la raison. Que ce soit lors de l'invention d'une nouvelle thérapie ou dans sa mise en pratique.

— Témoignages en guise de preuves :

Les argumentaires présentant des témoignages ne sont absolument pas une preuve d'efficacité propre. Ils ne font pas partie de la méthode scientifique, ils n'entrent même pas en compte dans la classification des niveaux de preuves. De plus les auteurs de la thérapie peuvent sélectionner uniquement les témoignages positifs (exposition sélective). David Hume, philosophe sceptique du 18ème siècle explique qu'« *aucun témoignage ne suffit pour établir un miracle, sauf si le témoignage est de telle sorte que sa fausseté serait encore plus miraculeuse que le fait qu'il essaie d'établir ; et même dans ce cas, il se produit une destruction mutuelle des arguments, et l'argument le plus fort nous donne seulement une assurance proportionnée au degré de force qui reste après déduction de la force inférieure* » .

-Technique se reposant sur une expérience personnelle et non scientifique :

Les découvertes scientifiques doivent se baser selon un processus scientifique hypothético-déductif ou empirique et non sur l'expérience personnelle d'un individu

qui peut être trompé par beaucoup de facteurs, ce qui entraîne une subjectivité.

-L'argument traditionaliste :

Les pseudo-médecines utilisent souvent l'argument suivant : « Ces techniques ou des dérivés existent depuis très longtemps c'est donc une preuve de leur efficacité sinon pourquoi seraient-elles utilisées depuis autant de temps ». Cela n'a pas valeur de preuve. En effet, les gens peuvent se tromper (exemple de la médecine par saignées, par lavements, qui bien qu'ancestrale n'était bien souvent peu efficace voire délétère). Cet argument repose notamment sur l'idée d'une sagesse passée, que « c'était mieux avant » et que nous avons perdu notre approche de la nature...

— L'argument exotique :

Le fait qu'une technique s'inspire de rituels du bout du monde ne veut pas dire qu'elle est efficace. Cela peut aider à remporter l'adhésion du lecteur, car la pensée que dans les sociétés industrielles nous avons perdu l'essence de la nature est assez présente de nos jours.

— L'incommensurabilité, la démesure et l'isolation du monde scientifique d'une théorie.

Il est important de faire attention à ce qu'une théorie soit concordante avec les données actuelles de la science. On a parfois affaire à des postulats qui si étant vrais remettraient en cause toute notre science actuelle (exemple de l'homéopathie et du transfert d'information sans transfert de matière). La science se construit, évolue sur des fondations déjà établies. Les théories avançant un bénéfice incroyable doivent être regardées avec méfiance. Il est possible qu'une théorie extraordinaire soit vraie, mais elle nécessite alors des preuves plus que probantes (Truzzi, 1987).

— La stagnation de la théorie :

Une théorie pseudo-scientifique touchant à la médecine n'évolue bien souvent pas. En effet, l'une des caractéristiques de la médecine actuelle est qu'elle se remet en permanence en question et donc évolue. Au fil des avancées de la science les théories évoluent par la recherche. Une théorie qui n'évolue pas peut laisser paraître un caractère plus dogmatique que scientifique.

— Évocation d'entités immatérielles :

Le recours à des entités immatérielles (énergie, aura, ondes, méridiens...) est souvent présent. Le problème est que ces phénomènes n'ont souvent pas été mis en évidence et ne sont pas mesurables, ainsi ces entités immatérielles sont invérifiables.

— Les recours à des hypothèses ad hoc et résistance aux faits

Il s'agit de toujours trouver de nouvelles explications dès qu'une objection est avancée. Ce sont des hypothèses invérifiables qui sont avancées dans le but d'expliquer une incohérence.

De plus, certaines théories ont beau être démontrées comme fausses elles continuent à resurgir en permanence, c'est le syndrome de l'insubmersible canard de bain qui aurait été décrit en premier par James Randi. On peut citer l'exemple de la « chirurgie à main nue » qui après fait l'objet de preuve de trucage continue d'exister et d'avoir des adeptes.

— Le jargon pseudo-scientifique :

C'est le fait d'utiliser un langage, des mots, souvent complexes parfois tirés du monde scientifique ou y ressemblant. Le sens de ces mots utilisé dans un contexte différent n'est plus le même qu'à l'origine. Cela peut induire en erreur dans le but d'imprimer une impression de scientificité, un impact plus important, on peut citer par exemple les termes « thérapie quantique biogénétique ». Le lecteur en voyant ces termes savants va se dire que la théorie est sérieuse et complexe. Cela va souvent plus loin en s'inspirant de bases scientifiques reconnues pour les transformer progressivement en quelque chose de complètement différent.

— Les actes de bonne foi, de bonté salvatrice :

Les promoteurs d'une thérapie peuvent être de la meilleure foi possible et paraître comme des personnes bienfaisantes, cela ne prouve en rien l'efficacité de leur méthode.

— Paraître en avance sur son temps :

Il s'agit par là de dire que le corps scientifique n'est pas assez mûr, qu'il ne se remet pas en question et que dans quelques années le monde s'apercevra de la véracité de la théorie en question. Pour cela il est souvent pris comme exemple Galilée ou

Semmelweiss qui subirent des critiques vives, l'un par l'Église l'autre par le monde scientifique. Mais la plupart des avancées scientifiques se sont faites sans heurt et rien n'indique que c'est parce qu'une théorie est discréditée qu'elle est vraisemblable.

— Présence d'un maître à penser :

La référence récurrente à une personnalité vivante ou non est parfois présente dans les thérapies non conventionnelles. Il est par ailleurs souvent l'un des fondateurs de la pratique. Le danger est que ce personnage fasse l'objet d'une sorte de culte de la personnalité influant sur l'esprit critique et qui ferait tenir pour vrais tous ses propos. On peut citer l'exemple de Edward Bach avec ses élixirs floraux qui semble générer ce genre de phénomènes.

Nous essayerons grâce à ces outils de voir si la théorie étudiée contient au premier abord des éléments la faisant converger vers la pseudo-scientificité.

Au cœur des théories ou des articles scientifiques se trouvent aussi des raisonnements ayant une apparence logique, mais en fait erronés. Ce sont des erreurs de logique entraînant une tromperie de l'interprétation chez les personnes non initiées à les démasquer. On peut aussi les appeler paralogisme (s'ils sont involontaires) ou sophismes (si l'intention volontaire de tromper existe). Ils sont bien expliqués dans le livre de P. Skabaneck et J. McCormick (1992).

— Il existe des relations de cause à effet erronées pouvant être trouvées dans les écrits et les discours, en voici quelques-unes :

Confondre synchronicité et causalité ou effet Post Hoc :

Si A précède B, B n'est pas forcément la conséquence de A.

Par exemple : Un gain d'amplitude articulaire au niveau du rachis n'est pas la conséquence du craquement articulaire.

L'association causale ou effet cigogne :

Deux événements associés ne signifient pas que l'un est la cause de l'autre.

Ils peuvent suggérer un lien, mais ceci doit être confirmé par une expérimentation.

Par exemple : Lien entre la vente de crèmes glacées et le nombre de noyades.

## Lien entre le taux de natalité en Alsace et la fréquence de cigognes...

L'inversion de causalité (ou effet lotus) :

Si A précède B, alors A n'est pas forcément la cause de B, B peut être la cause A.

On peut citer l'exemple des prédictions autoréalisatrice, où la prédiction est la cause de la réalisation.

Relation collatérale :

A et B sont corrélés, mais B n'est pas une conséquence de A, ils ont une cause commune, C.

On peut citer l'exemple que Monvoisin, R cite dans sa thèse (Monvoisin, 2007) : La taille des pieds et le niveau en mathématique des enfants sont corrélés. Mais cela est dû au fait que plus les élèves grandissent plus ils avancent dans leur cursus.

Cause nécessaire et insuffisante :

Si B nécessite A, A n'est pas toujours suffisant pour induire B.

Exemple : L'exposition au virus de la grippe est nécessaire pour déclencher une grippe mais ce n'est pas parce que l'on y est exposé que nous allons déclarer une grippe dans 100 pour cent des cas.

Cause non nécessaire et non suffisante :

Si A entraîne B, on peut obtenir B sans A mais A n'entraîne pas toujours B.

Exemple : La prise d'aspirine peut entraîner des gastrites, mais on peut prendre de l'aspirine sans avoir de gastrite et avoir une gastrite sans prise d'aspirine préalable. (snfge.asso.fr)

— La corrélation écologique :

Elle consiste à généraliser un résultat trouvé sur une population restreinte à une population entière.

Par exemple, imaginons qu'une étude montre que les étudiants grenoblois mesurent plus de 1m70, ceci ne montrerait pas que tous les étudiants de France mesurent plus de 1m70.

— Le faisceau de preuves :

Cela consiste à prendre plusieurs arguments qui individuellement sont peu prouvés et à les réunir afin d'établir une preuve solide.

Associer beaucoup d'études cliniques concluant à une efficacité, mais avec une méthodologie mauvaise ne montre pas une efficacité.

Il existe aussi des techniques de langage pouvant tromper, en voici quelques-unes :

— La métonymie ou effet paillason :

Elle consiste à utiliser un mot B pour remplacer un mot A dans une phrase.

B n'ayant pas à l'origine le même sens que A. Le but est d'induire chez le lecteur un sens différent, de créer un impact plus fort .

Exemple : Essuyez vos pieds sur le paillason alors que l'on essuie en fait les chaussures.

-L'effet impact :

Il consiste à choisir des mots, à forte connotation, ayant un impact fort sur les lecteurs afin d'augmenter la persuasion.

Exemple : Le terme « Pro-vie » utilisé par les associations contre l'interruption volontaire de grossesse.

-L'effet puits :

L'effet puits est selon Monvoisin, 2007 : « *cette sensation vertigineuse que l'individu non*

*averti ressentira devant un texte constellé de mots chargés affectivement (Impacts) parfois pris dans des sens très différents de leur sens scientifique (Paillasons), mais dont l'accumulation donne au texte ou au propos une facture soit totalement nébuleuse, mais séduisante, soit qui a l'air très documenté, très "calé" alors que, pris tronçon par tronçon, chaque partie n'a pas forcément de sens. »*

-Les mots « fouine » :

Ce sont des mots creux qui vident de sens une phrase.

Exemple : paraît, semble, peut, jusqu'à un certain point, presque...

-L'effet bi-standard :

Il consiste à changer les règles du jeu, à raisonner selon deux standards différents. Il est notamment utilisé de la manière suivante par exemple : Si la science corrobore des travaux d'une nouvelle thérapie, ils diront : « ils sont donc vraisemblables » ou alors si la science ne corrobore pas ils diront : « les scientifiques ont tort il sont en retard et ne comprennent rien ».

### **5.3 La microkinésithérapie et ces critères**

Nous allons à présent voir si la microkinésithérapie comprend dans son corpus de documents et dans sa pratique les éléments de méfiance vus en partie 5.2.

Nous avons lu les livres suivants (ce sont les livres présentés sur [microkinesitherapie.com](http://microkinesitherapie.com))

- Ces Chocs qui détruisent votre santé.(Bénini, P ; Grosjean, D. 1984) ,
- La micropalpation — Base de la microkinésithérapie. (Bénini, P ; Grosjean, D.) ;
- Pacifier corps et mémoire ou la microkinésithérapie tout simplement. (Bénini, P ; Grosjean 1993)
- Traité pratique de la microkinésithérapie, Tome 1-2-3-4 (Bénini, P ; Grosjean, D,1987)
- La microkinésithérapie — réflexion sur les moyens d'action.(Grosjean, D 2000).

Dans ce corpus nous avons mis en place une lecture active ayant comme but de détecter les interstices pseudo-scientificiques, nous avons utilisé les éléments décrits en partie 5,2 comme grille de lecture. Nous justifierons cela par des références tirées de ce corpus de documents.

— Le rejet de la médecine scientifique :

Nous n'avons pas trouvé dans le corpus de documents de rejet de la médecine conventionnelle.

Au contraire, on peut lire dans Pacifier corps et mémoire : « *Il ne faut pas opposer les attitudes allopathiques ou homéopathiques.... La microkinésithérapie ne prétend pas remplacer la médecine actuelle, mais propose d'y apporter sa spécificité et espère*

*donc y trouver sa juste place. »*

— L'appel à l'intuition :

L'appel à l'intuition (sensation qui ne fait pas appel à la raison) est présent, on constate que la technique permettrait de lire à distance les informations, de réaliser une sorte de connexion mentale entre le patient et le thérapeute. Dans *Pacifier corps et mémoire* on peut par exemple lire page 22-23 : « ...on s'est attaché à essayer de retrouver par lecture mentale des zones en dysfonctionnement dans le corps d'un sujet, de les corriger et de contrôler ensuite manuellement ce qui a été trouvé ou corrigé par la pensée. » Plus loin, on trouve : « Est-il possible dès lors non seulement de lire, mais également de stimuler à distance ? Oui, si notre esprit est un émetteur d'informations ... En tout cas, l'observation est facile à réaliser sur du tissu vivant et les corrections effectuées par voies mentales sont tout aussi efficaces que celles réalisées à la main dans la matière ou dans l'onde vibratoire. »

Nous ne voyons pas à l'heure actuelle comment une sensation extrasensorielle comme celle décrite peut faire à la raison, car les faits ne sont pas présentés, nous sommes vraisemblablement devant une recherche de l'intuitif et du ressenti subjectif.

De plus c'est un pressentiment, une intuition qui est à l'origine de la technique.

Dans une interview Patrice Bénini dit : « Nous pressentions, en revanche, que la correction du muscle avait un pouvoir libérateur sur la structure et sur l'os...notre intuition s'est confirmée. » La partie 5,3 nous dira si cette intuition est réelle et donc basée sur des faits objectivables.

-Témoignages en guise de preuves :

La microkinésithérapie n'expose pas les témoignages de personnes afin de créer un emport d'adhésion supplémentaire.

-Technique se reposant sur une expérience personnelle et non scientifique :

Ici c'est une expérience de deux hommes durant leur pratique de l'ostéopathie qui est à l'origine de la technique.

— L'argument traditionaliste et exotique :

Ces arguments sont présents dans le corpus de texte de la microkinésithérapie dans *Pacifier corps et mémoire* on peut lire p38 lorsque l'auteur veut justifier de l'existence

du « corps vibratoire ».

*« Tout le monde a aujourd'hui entendu parler du corps éthérique ou astral, d'aura ou de chakras. Ces notions se trouvent dans les traditions orientales ou en Occident, en parapsychologie, mais même la tradition judeo-chrétienne comporte des traces de telles conceptions. Ainsi Moïse avait la face qui “rayonnait” lorsqu’il sortait de la tente du tabernacle. Jésus transfiguré avait un visage et des vêtements lumineux et de même, les personnages divins présents dans le tombeau vide avaient eux aussi des vêtements éblouissants. »*

Ici l'argument d'historicité est mélangé à l'effet d'autorité suscité par la religion.

-L'incommensurabilité, la démesure et l'isolation du monde scientifique d'une théorie.

La microkinésithérapie est réellement en marge de ce qui est communément admis comme vraisemblable par la communauté scientifique.

On peut donner de nombreux exemples, notamment l'existence présumée de mouvements tissulaires, de champs d'énergies, de corrections mentales à distance, de mémoire tissulaire, d'homéopathie tissulaire, de cicatrice pathogène, de capacités d'autocorrection du corps immenses.

La théorie microkinésithérapique bouleverse les connaissances actuelles du corps humain et de la science en général. (grille de projection entre des éléments anatomique, transfert d'information sans support matériel, utilisation d'entités immatérielles, mouvements rythmiques dans les tissus, ces éléments seront abordés dans la partie 5.4).

De plus, il existe une démesure quant à l'efficacité présumée de la technique, on peut lire p80 de *Pacifier corps et mémoire* : « elle (ndla: la microkinésithérapie) devrait pouvoir être utilisée après toute forme d'agressions, traumatiques, toxiques, infectieuses, psychologiques, etc. ».

-La stagnation de la théorie :

Dans la microkinésithérapie les concepts de bases n'ont pas changé, mais les protocoles de traitement évoluent.

-Évocation d'entités immatérielles :

La microkinésithérapie utilise les entités immatérielles et parle d'« ondes », de « rythme vital », d'« énergie ».

-Le recours à des hypothèses ad hoc et résistance aux faits :

En voici un exemple :

Une étude effectuée à l'EFOM (une école de kinésithérapie à Paris) consistait à mettre en évidence le fait de percevoir « à distance » un blocage musculaire tel que décrit dans les cartographies de projections microkinésithérapiques. Un thérapeute émetteur effectue trente essais de trois manœuvres possibles tirées au hasard :

- 1) soit rien du tout en posant ses deux mains sur la table à côté de la tête du sujet,
- 2) soit il pose ses mains sur le muscle temporal du sujet
- 3) soit il étire chaque extrémité du muscle temporal

Le thérapeute récepteur indique à chaque fois s'il ressent ou pas une modification dans les rythmes vitaux de l'articulation du genou correspondant. (Le genou aurait une correspondance avec le muscle temporal).

Les résultats montrent 53 % de réponses exactes et 47 % de réponses fausses soit le hasard.

On retrouve qu'une hypothèse had-hoc se situe lorsque les concepteurs de la technique en tirent les conclusions suivantes :

*« Ceci pourrait provenir du fait que le sujet S réagit à ce blocage en mettant en route un mécanisme de correction qui empêche le blocage de diffuser plus loin. »*

-Le jargon pseudo-scientifique :

Il existe un jargon pseudo-scientifique dans la microkinésithérapie déjà par l'utilisation du mot « énergie » qui ici est détourné de son usage scientifique classique.

-Paraître en avance sur son temps :

Nous ne trouvons pas d'affirmation de ce type dans la littérature étudiée.

-Présence d'un maître à penser :

Les créateurs de la technique D.Grosjean et P.Bénini sont très présents et ont écrit la plupart des ouvrages et leurs noms apparaissent souvent dans les sites internet et la littérature.

Néanmoins ceci est normal étant donné qu'ils sont encore très actifs et que la méthode

est assez récente (environ 30 ans). On ne peut pas parler ici de maître à penser (pas d'indice de culte de la personnalité, d'adulation).

#### **5.4 Analyse des postulats de base**

Analyser les postulats de base d'une thérapie permet de savoir si quelque chose de vraisemblable soutient des techniques.

Aujourd'hui dans la médecine, pour la plupart de ses méthodes thérapeutiques, il existe une explication rationnelle qui a été démontrée par des expériences et ces explications font consensus au sein de la communauté scientifique. Ainsi il est intéressant de voir dans un premier temps si les schémas conceptuels d'une soit-disant thérapie sont au départ expérimentables et donc basés sur le principe de réfutabilité de Popper. Ils peuvent aussi reposer sur une forme de pensée magique qu'il n'est pas possible de contredire. Dans un second temps il convient à défaut d'avoir le temps et les moyens de tester les hypothèses soit même, de se renseigner si les auteurs de ces hypothèses les ont confirmées par des expériences ou si quelqu'un d'autre l'a fait. Si cela n'a pas été fait comme il convient de le faire en science moderne, nous pouvons regarder si des travaux ont pour thème des sujets qui se rapprochent des postulats à évaluer. Aujourd'hui avec les nombreuses possibilités de recherche de documentation scientifique disponibles sur internet, il est relativement aisé de chercher par soi-même les informations nécessaires.

Sur les principes de base repose toute la logique des techniques associées. Nous les aborderons un par un, retrouverons le pourquoi de la création du principe et ferons une recherche dans la littérature afin de voir si le phénomène a déjà été étudié. Nous discuterons alors de l'exactitude scientifique du principe.

En introduction à notre analyse personnelle, nous exposerons le travail du professeur Pierre Delattre du Département de biologie du centre d'étude moléculaire de Saclay

qui avait, en 1984, réalisé un travail sur les hypothèses fondatrices de la microkinésithérapie. Ce document, d'environ une page, publié par les créateurs de la microkinésithérapie (Grosjean ; Bénini, 1990), date de plus de 25 ans.

Voici les postulats analysés par Mr Delatre :

- 1) Certains tissus d'origine mésoblastique, en particulier les aponévroses, sont animés, à l'état normal, de mouvements rythmiques de faible amplitude (quelques mm) et de fréquence de l'ordre d'une fraction de un Hz à quelques Hz.*
- 2) Ces mouvements rythmiques ont un rôle fonctionnel. Leur disparition, par suite de chocs physiques ou émotionnels, se traduit par des troubles physiologiques divers, selon le tissu considéré.*
- 3) La disparition du régime rythmique, dans un tissu donné, a en général des conséquences dans des organes qui peuvent être plus ou moins éloignés du tissu considéré.*
- 4) Les mouvements rythmiques de nombreux tissus, et en particulier des aponévroses, sont décelables au toucher superficiel, sous réserve d'un entraînement convenable.*
- 5) Un tissu, ayant perdu accidentellement son mouvement rythmique, peut le retrouver le plus souvent par une seule intervention manuelle, dans une zone convenablement choisie en relation avec le tissu considéré.*
- 6) La durée de l'intervention manuelle efficace est proportionnelle à l'ancienneté de la disparition du mouvement rythmique (environ, une seconde par année).*

Ce travail (ndla du Pr Delatre) est censé admettre que les hypothèses 1) et 2) sont conformes aux données actuelles de la science, que la 3) et 4) doivent être confirmées et que la 5) et 6) ne correspondent à aucune donnée actuelle.

Pour l'hypothèse 1) l'auteur justifie l'existence de rythmes tissulaires mésoblastiques et aponévrotiques par l'existence de régimes rythmiques dans le corps, aujourd'hui confirmés. Il s'inspire notamment pour cela du travail de Sollberger, A, Biological rhythm research, 1965.

Il prend l'exemple de rythmes cardiaques, de rythmes du tractus intestinal, mais il n'évoque la confirmation d'un rythme spécifique aux tissus décrits. Ses arguments ne corroborent pas l'hypothèse 1).

En effet nous avons ici affaire à un problème, le fait de trouver des rythmes dans le

corps humain n'est une cause ni nécessaire ni suffisante pour expliquer qu'il existe des rythmes spécifiques du tissu mésoblastique.

Au sujet de l'hypothèse 2) l'auteur parle encore des rythmes connus et de leur implication dans la fonction du corps. Mais ici nous cherchons le rôle fonctionnel d'un rythme tissulaire qui n'est pas évoqué.

Pour les points 3), 4), 5) l'auteur explique que des expérimentations doivent avoir lieu. Ainsi Pierre Delattre n'a vraisemblablement pas confirmé les hypothèses 1) et 2).

Nous essayerons donc dans notre analyse des postulats d'aller plus en profondeur et avec une rigueur scientifique plus poussée.

Nous pourrions classer les hypothèses selon les cas suivants :

À ) Hypothèse fortement prouvée. Elle nécessite une littérature montrant clairement la véracité des propos.

B ) Hypothèse peu prouvée. Qu'elle soit sur le point d'être prouvée, qu'elle ait des prémisses de justification ou bien que les travaux ne soient pas assez significatifs.

C ) Hypothèse non prouvée. Elle peut n'avoir fait l'objet d'aucun travail ou de travail ne montrant rien de significatif.

D ) Hypothèse dont on a pu démontrer qu'elle est fausse.

E ) Hypothèse invérifiable (irréfutable).

D'après nos recherches sur les bases de données, la littérature n'abonde pas sur les principes de base de la microkinésithérapie. Nous avons cherché sur google.com, microkinésithérapie.com et les bases de données de Scholar Google, Pubmed, Kinésithérapie Scientifique, Pedro, Em-consulte et kinedoc. Les mots clefs ont été « microkinésithérapie », « microkinésithérapie », « microphysiotherapy », « microfisioterapia ». Il existe cependant d'autres pratiques ayant des postulats se rapprochant de ces principes de base. L'ostéopathie, par exemple, suggère l'existence de rythmes dans les tissus. En cherchant à travers une étude pluridisciplinaire, nous espérons pouvoir répondre à la première question de notre problématique.

Voici les postulats que nous allons analyser, ils reflètent la base de la pratique. S'ils

sont confirmés par des données scientifiques probantes alors il est très probable que ces postulats fondent une bonne base théorique à la microkinésithérapie. Au contraire si rien n'indique que ces postulats aient une valeur scientifique alors soit ils sont encore à prouver, soit ils sont tout simplement faux.

Nos postulats ont été synthétisés, il n'existe pas de présentation claire de ces postulats dans les documents à notre disposition :

- La micropalpation — Base de la microkinésithérapie. (Bénini, P ; Grosjean, D.).
- Pacifier corps et mémoire ou la microkinésithérapie tout simplement. (Bénini, P ; Grosjean 1993)
- Traité pratique de la microkinésithérapie, Tome 1-2-3-4 (Bénini, P ; Grosjean, D,1987)

Ces postulats sont au nombre de cinq, ils sont selon nous à la base de la pratique, les voici :

1) Certains tissus, en particulier les aponévroses d'origine mesoblastiques, sont animés, à l'état normal, de mouvements rythmiques de faible amplitude (quelques mm) et d'une fréquence de l'ordre d'une fraction de Hz à quelques Hz.

Les tissus mesoblastiques ont un rythme d'un cycle tous les six secondes.

Les tissus ectoblastiques ont un rythme de deux cycles par minute.

Les tissus endoblastiques ont un rythme d'un cycle par minute.

2) Les mouvements rythmiques de nombreux tissus, et en particulier des aponévroses, sont décelables au toucher, sous réserve d'un entraînement convenable.

3) Ces mouvements rythmiques ont un rôle fonctionnel. Leur disparition, par suite de chocs physiques ou émotionnels, se traduit par des troubles physiologiques divers, selon le tissu considéré.

4) La disparition du régime rythmique, dans un tissu donné, a en général des conséquences dans des organes qui peuvent être plus ou moins éloignés du tissu considéré. Il existe une cartographie des zones de correspondance.

5) Un tissu ayant perdu accidentellement son mouvement rythmique peut le retrouver le plus souvent par une seule intervention manuelle, dans une zone convenablement choisie en relation avec le tissu considéré.

## **Hypothèse 1) :**

Nous avons des rythmes dans le corps dont certains sont bien connus, le rythme cardiaque, le rythme respiratoire, le rythme de péristaltisme intestinal...

La microkinésithérapie parle elle de rythme spécifique tissulaire.

Pour savoir si les tissus cités sont animés d'une fréquence propre, nous devons utiliser des instruments permettant d'enregistrer des rythmes.

La microkinésithérapie n'a pas réalisé d'étude concernant une investigation de ces rythmes par des instruments.

Nous devons alors chercher dans la littérature si ces rythmes sont connus du monde scientifique.

Tout d'abord, discutons du rythme d'origine mésoblastique qui devrait être d'environ 0,15 Hz soit un mouvement toutes les six secondes. (Pour rappel ce rythme a environ la même fréquence que celui du mouvement respiratoire primaire (MRP) de l'ostéopathie crânienne et est lié à lui voir 3.5).

Le mésoblaste va notamment donner au cours de l'embryogenèse les aponévroses, les muscles striés et lisses, les os, les vaisseaux sanguins, le derme et les aponévroses. Nous devons donc chercher si il existe des rythmes, des ondes dans ces tissus.

Nous avons cherché dans google scholar et medline les termes suivants : « rhythm tissue » « vital rhythm » « impulse tissue » « pattern tissue » « mesoblast rhythm » « muscular rhythm » « fascia rhythm » « bones rhythm » « rhythmic impulse tissue ».

Aucune étude portant sur des ondes propres musculaires, osseuses, aponévrotiques, dermiques, telles que décrites par la microkinésithérapie n'est trouvable. Les seuls rythmes trouvés concernant les tissus d'origine mésoblastique sont :

— Le bruit de fond d'activité musculaire qui est selon les études d'environ 25hz (G.Oster & J.S Jaffe, 1980).

— Le rythme électrique de base opéré par les cellules de Cajal du tube digestif à l'origine du péristaltisme intestinal (~9 à 17 contractions par minute suivant le lieu).

- Le rythme cardiaque de 60 à 80 par minute au repos.
- Les variations de pression artérielle à une fréquence haute (0.15–0.4 Hz) (ondes de Traube Herig) qui correspondent à un rétrocontrôle du aux barorecepteurs et au sympathique.
- Les variations de la pression artérielle à une fréquence basse (~0,1 Hz) (ondes de Mayer) qui sont en lien avec la respiration.

Les seules variations qui correspondent au rythme décrit par la microkinésithérapie est la variation de la pression artérielle les ondes de Traube Herrig et Mayer.

Ainsi pour l'instant nous n'avons trouvé aucune étude qui montre un rythme propre aux tissus dérivés du mésoderme.

L'hypothèse numéro un n'est ainsi, selon nos recherches, pas prouvée à l'heure actuelle.

Néanmoins peut-être que les ondes de Mayer et Traube Herrig peuvent entraîner des mouvements tissulaires ?

Une étude de Larson et coll en 1993, a montré un mouvement vasomoteur de 5-6 cpm (cycle par minute) dans les muscles squelettiques par Laser Doppler et Electromyogramme.

Rien ne permet de dire à l'heure actuelle que ces variations dans l'écoulement du sang entraînent un mouvement rythmique dans tout le tissu.

Concernant le présumé mouvement des tissus d'origine ectoblastique de 2 cpm :

L'ectoblaste donne notamment l'épiderme et le système nerveux.

Une recherche poussée dans googlescholar et medline a été effectuée.

Une étude (D. Greitz & al, 1992) montre un mouvement pulsatile du cerveau d'environ un mm par seconde mesuré par IRM. Ces mouvements seraient liés aux battements cardiaques et ne sont donc pas propres au cerveau.

Nous n'avons pas trouvé d'étude traitant de mouvement tissulaire propre.

À propos du mouvement des tissus d'origine endoblastique :

L'endoderme donne les organes internes du corps humain notamment les poumons, le foie et le tube digestif.

Après recherche à notre connaissance aucune étude ne traite de rythme dans les tissus

d'origine endoblastique.

L'hypothèse 1 n'est d'après nos recherches pas prouvée et aucun instrument n'a pu enregistrer ces rythmes.

## **Hypothèse 2) :**

Comme nous l'avons vu au sujet de l'hypothèse 1) il n'y a vraisemblablement pas à l'heure actuelle eu de mouvement tissulaire enregistré par instrument dans les tissus cités.

Néanmoins les microkinésithérapeutes disent sentir réellement des mouvements sous leurs mains, tout comme les ostéopathes crâniens ressentent le mouvement respiratoire primaire.

La microkinésithérapie a opéré des études visant à objectiver ces mouvements tissulaires et à prouver leur palpation possible par la main humaine.

Deux études ont été faites sur la reproductibilité de la micropalpation.

La première a été réalisée par P. Bénini en 1988 lors d'une formation à l'École de cadres en kinésithérapie de Bois Larris, cette étude est disponible dans le livre *La micropalpation* pages 63 à 65.

Dans cette étude, dix-huit élèves microkinésithérapeutes ont été repartis en groupe de deux où l'un examinait l'autre et vice versa.

Les élèves devaient objectiver la présence ou non de lésion sur six zones dites de « projection » au niveau du thorax, trois à gauche et trois à droite.

Ces résultats devaient être comparés avec ceux trouvés par l'examineur.

L'étude a été faite en aveugle, les modalités du double aveugle ne sont pas décrites.

L'étude conclue que sur 108 zones en tout ( $18 \times 6 = 108$ ) l'instructeur en a trouvé 34 en restriction et que les étudiants en ont retrouvé 24 sur les même 34 sur 108, soit 70,1 % de correspondance.

Cependant il serait intéressant de reprendre cette étude sur un plus grand panel de personnes avec un observateur extérieur garant de la transparence des résultats. Il aurait aussi pu être pertinent de faire réaliser la micropalpation par plus de deux personnes (comme ici dans l'étude, un étudiant et l'instructeur) afin de pouvoir obtenir des valeurs statistiques plus significatives avec de vrais patients.

Une autre expérience a été faite par le Professeur Yvan Simon Directeur de recherche à l'École Normale Supérieure assisté du Dr Orengo.

Mr Simon a construit une table comprenant une partie pouvant être mobile et une autre immobile. La période de déplacement fut réglée à une période de dix secondes et à une amplitude de 1 mm. La table fut recouverte d'un tissu molletonné dont la texture est comparable à un tissu mou.

Deux praticiens en microkinésithérapie A et B ont successivement posé les mains sur la partie pouvant être mobile de la table dans l'ignorance des paramètres réglés.

Lorsque la table ne bouge pas A perçoit un mouvement de période 5,7, confirmé par 2 mesures et B ne perçoit rien.

Lorsque la table ne bouge pas, B perçoit une période proche de 10 avec difficulté et A une période de 7,4 (moyenne de 5 mesures).

Les conclusions de Yvan Simon comprennent: *« A et B ont beaucoup de difficultés à percevoir ce « micromouvement » de 1 mm avec les mains, celui-ci est visible à l'oeil nu si l'on enlève le tissu recouvrant la table. Ces difficultés contrastent avec la faculté avec laquelle A et B perçoivent le « micromouvement » de leur patient, et il me semble que si le stimulus du « micromouvement » était un réel mouvement mécanique sur le corps humain, il devrait avoir une amplitude dépassant sensiblement le mm, disons 5mm, et alors n'échapperait pas à l'observation visuelle directe. »*

D.Grosjean et P.Bénini à la vue de cette expérience concluent :

*« De cette expérience on peut tirer la conclusion suivante :*

*La nature du phénomène observé n'est sans doute pas un micromouvement, mais tout autre. C'est la traduction des informations recueillies par les mains qui sont ressenties comme des micromouvements. »*

Plus loin ils ajoutent :

*« Dire que “ça bouge” en micropalpation est une information recueillie sur la manière dont quelque chose est perçu. Il y a bien une réalité sous-jacente qui produit l'information, mais qui peut être d'une autre nature que l'interprétation à laquelle elle donne lieu. »*

Dans *Pacifier corps et mémoire* les créateurs de la microkinésithérapie parlent de cette expérience et disent :

*« Il faut donc en conclure que l'observation recueillie ne concerne pas un mouvement, mais une onde vitale qui a certainement un autre support qu'un support mécanique » .*

Ainsi d'après les créateurs de la microkinésithérapie eux-mêmes ce rythme à la base

de la technique n'est rien d'autre qu'une onde énergétique transmise au thérapeute qui le ressent comme un mouvement réel. La vraisemblance de cette onde immatérielle est impossible à vérifier à l'heure actuelle. Un bel exemple d'hypothèse ad hoc.

Pour l'instant aucune étude n'a pu mettre en évidence un rythme vital dont parle la microkinesithérapie dont la valeur est reproductible entre les thérapeutes.

Afin d'aller plus loin, nous pouvons chercher si le Mouvement Respiratoire Primaire ostéopathique a une reproductibilité dans sa palpation. En effet le MRP et le rythme vital microkinesithérapique sont d'après la littérature microkinésithérapique la même chose.

Comme nous l'avons vu en partie 3.5, Steve E. Hartman et James M. Norton concluaient en 2002 leur revue de littérature sur l'ostéopathie crânienne par : *« la seule publication qui pourrait prétendre démontrer la fiabilité du diagnostic avec suffisamment de détails pour permettre une évaluation est profondément biaisée et est maintenant seule contre cinq autres rapports qui montrent des fiabilités de zéro. »* Pour eux la palpation du MRP n'est pas fiable .

En 2004 P. Sommerfeld & al publient dans Manual Therapy une étude visant à vérifier la reproductibilité des mesures du MRP en intra et interobservateurs.

Leur méthode permettait de mesurer grâce à deux ostéopathes le MRP de quarante-neuf sujets à l'aide de deux pédales cachées sous la table. Les thérapeutes devaient actionner la pédale à chaque MRP. Chacun des thérapeutes ne pouvant pas savoir le mouvement que fait la pédale de l'autre.

Leurs conclusions sont les suivantes *« This study does not assess the existence of the PRM as a rhythmical phenomenon, neither it is possible to assess the clinical efficiency. However, the results presented do not support theories behind the PRM, calling for a physiological autonomous rhythmical event that is manually detectable. The results imply that the PRM cannot be palpated consistently among different examiners as well as within one examiner. »*

*« Cette étude ne juge pas l'existence du MPR comme un phénomène rythmique, ni qu'il n'est possible de juger l'efficacité clinique l'ostéopathie crânienne. Cependant, les résultats présentés ne supportent pas les théories soutenant le MRP appelant à une physiologie autonome d'une manifestation rythmique qui est manuellement*

*délectable. Les résultats impliquent que le MRP ne peut pas être palpé invariablement parmi des examinateurs différents ainsi que par un seul examinateur. »*

À l'heure actuelle les études tendent à montrer que la palpation du MRP n'est pas fiable et mettent gravement en doute son existence réelle.

Compte tenu de cela il y a peu de probabilité à l'heure actuelle que des mouvements rythmiques tissulaires soit perceptibles au toucher, d'autres expériences avec une bonne méthodologie doivent être effectuées.

### **Hypothèse 3) :**

Étant donné le manque de preuve d'existence de réels mouvements rythmiques, il nous semble difficile d'établir leur rôle physiologique.

Rien n'indique que si ce mouvement existe il ait un rôle assez important pour refléter l'état physiologique des tissus, mais à l'inverse, il pourrait avoir un rôle important.

Nous n'avons trouvé aucune étude sur ce sujet, il nous est difficile de donner un avis constructif sur ce sujet.

Néanmoins il existe une étude qui traite du pouvoir diagnostique de cancer du poumon de la palpation microkinésithérapique (Grosjean, D, 1986). D'après la microkinésithérapie les patients cancéreux ont toujours un défaut dans les mouvements rythmiques de la « bandelette centrale 5 » (zone de projection microkinésithérapique).

Ainsi cette expérience pourrait permettre de savoir si ce micromouvement pourrait être mis en lien avec des problèmes de type cancer, ceci pourrait nous éclairer quant au rôle physiologique de ce rythme.

L'étude présentée a été faite au service de pneumologie de l'Hôpital Maillot en 1986 sous le contrôle du Dr Pham de L'INSERM. 381 patients consultants dans le service ont été soumis à un diagnostic médical de cancer du poumon et à une palpation microkinésithérapique. L'étude a été réalisée de manière à ce que ni les médecins, ni les microkinésithérapeutes ne puissent savoir le diagnostic de l'autre équipe.

Sur 381 patients 95 ont eu un diagnostic médical de cancer du poumon.

L'équipe de microkinésithérapie a trouvé 248 cancers, parmi ces 248, 72 ont été des diagnostics justes. La sensibilité (probabilité que le test soit positif si la maladie est présente) est de 76%. La spécificité (capacité du test diagnostique à donner un résultat négatif lorsque la maladie n'est pas présente) est de 38%. La valeur prédictive de diagnostic positif est donc de  $(72 / (72+176)) = 29 \%$ .

Nous avons calculé le coefficient de Kappa pour mesurer l'accord entre les observateurs (microkinésithérapie et diagnostic médical). Le Kappa est de  $(0,478 - 0,424) / (1 - 0,424) = 0,09$ . La table d'interprétation (Landis & Koch, 1977) nous indique ainsi un accord très faible entre les observateurs.

Ainsi la microkinésithérapie n'a pas pu démontrer son potentiel de diagnostic du cancer du poumon.

Nous ne pouvons donc pas dire que le mouvement rythmique puisse être mis en lien avec le cancer du poumon.

Nous ne pouvons pas aller plus loin à l'heure actuelle sur le rôle physiologique de l'hypothétique mouvement rythmique dont l'existence n'est pas prouvée.

#### **Hypothèse 4) :**

N'ayant pas la preuve que ce rythme vital existe, ni la connaissance de son rôle hypothétique, il nous est difficile d'enquêter sur cette hypothèse. Néanmoins la microkinésithérapie a mis en place une cartographie du corps permettant de retrouver la « lésion primaire » à l'origine de la « cicatrice pathogène ».

Voici une étude qui traite de cette cartographie et que nous avons déjà vue concernant les hypothèses ad hoc :

Une étude effectuée à l'EFOM (une école de kinésithérapie à Paris) consistait à mettre en évidence le fait de percevoir « à distance » un blocage musculaire tel que décrit dans les cartographies de projections en microkinésithérapique. Un thérapeute émetteur effectue trois manœuvres possibles de trente essais tirés au hasard :

- 1) soit rien du tout en posant ses 2 mains sur la table à côté de la tête du sujet,
- 2) soit il pose ses mains sur le muscle temporal du sujet
- 3) soit il étire chaque extrémité du muscle temporal.

Le thérapeute récepteur indique à chaque fois s'il ressent ou pas une modification dans les rythmes vitaux de l'articulation du genou correspondant. (Le genou aurait une correspondance avec muscle temporal).

Les résultats montrent 53 % de réponses exactes et 47 % de réponses fausses ce qui correspond au hasard.

Cette étude peut montrer le caractère non spécifique du ressenti du receveur.

Cependant on peut émettre plusieurs hypothèses quant à la cause de cet échec :

- soit les rythmes n'existent tout simplement pas.
- soit les zones de projections n'existent pas.
- soit l'étirement ne peut pas bloquer un muscle.
- soit « *le patient réagit au blocage en mettant en route un mécanisme de correction qui empêche le blocage de diffuser plus loin.* »
- soit plusieurs ou toutes les hypothèses.

## **Hypothèse 5) :**

Nous avons vu que ce rythme n'est pas mesurable par des instruments et qu'il n'existe pas d'expérience scientifique consistant en la recherche du mouvement par une palpation après correction. Il serait intéressant de réaliser une expérience en aveugle pour savoir si ce mouvement restauré est palpable.

Conclusions :

Les travaux sur ces hypothèses sont peu nombreux, voire inexistants. Il est difficile de trouver dans la littérature scientifique des indices pouvant nous faire converger vers ces hypothèses. Ainsi les postulats nous semblent à l'heure actuelle non prouvés et en marge des connaissances scientifiques actuelles.

## 6 De l'analyse des études thérapeutiques

Après nous être intéressé au cœur de la théorie, nous aborderons le versant de l'efficacité. En effet, il est important lorsque l'on essaye d'avoir un point de vue scientifique sur une pratique touchant à la santé, d'en connaître l'efficacité propre, c'est à dire l'efficacité imputable à la technique et non à des effets externes (comme l'effet placebo). S'il est peu probable qu'une pratique fondée sur des principes non prouvés ait une efficacité, nous allons, par rigueur, nous intéresser aux travaux concernant cette efficacité.

Le discours des tenants de pseudo médecines est souvent: « -qu'importe que l'on ne sache pas d'où cela vient, tant que ça fonctionne ». Ce sophisme du pragmatisme correspond à la façon de penser : « ça marche donc c'est vrai et qu'importe comment cela fonctionne ». Lorsque quelque chose marche pour une personne, ce n'est pas forcément dû au traitement lui-même, mais cela peut-être dû aux effets placebo, à l'effet blouse blanche ou à un raisonnement de type sophisme post hoc (prendre pour cause un antécédent). Le sophisme de régression à la moyenne (attitude consistant à ne pas prendre en compte les variations naturelles des choses vers la moyenne et leur attribuer des causes différentes) peut aussi induire en erreur sur l'efficacité d'une

pratique, nombre de maladies ayant une évolution naturelle positive.

L'effet Hawthorne (E. Mayo, 1932) pourrait expliquer que par le seul fait que les sujets soient l'objet d'une étude, les résultats d'une étude peuvent être améliorés. En effet le fait d'être au centre d'une intention d'une autorité semble augmenter la motivation, l'estime de soi et par là les résultats d'un traitement, d'où la nécessité d'une étude contrôlée.

L'effet Pygmalion (Rosenthal, 1968) bien que faible montre que les résultats d'une expérience peuvent être influencés de manière consciente ou non, suivant que l'expérimentateur attende des résultats positifs ou non. Cet effet peut être contrôlé par des études en double aveugle.

Aujourd'hui nous avons donc les moyens de tester réellement l'efficacité par des protocoles, cela s'appelle un essai clinique contrôle randomisé (que nous développerons plus tard).

Nous allons donc pour illustrer nous intéresser aux études cliniques relatives à la microkinésithérapie. Nous réaliserons une analyse de la littérature qui consistera en une lecture critique de chacun de ces articles puis en une synthèse de ce qu'a mis en évidence ce travail.

## **6.1 Critères d'inclusion**

Les articles à analyser peuvent être parfois difficiles à trouver notamment lorsque la pratique est peu connue ou en début de développement. Ces articles ne sont souvent pas publiés dans des revues scientifiques. Parfois ils sont publiés dans des revues intrinsèques à la pratique et alors le risque de biais de publication est majeur. Il est souvent nécessaire de contacter directement les auteurs des évaluations. A contrario certaines pratiques ont une abondance d'essais cliniques et il est préférable de se cantonner à la lecture des articles publiés dans des revues notamment par la lecture des revues de littératures ou méta-analyses, ceci permettant théoriquement de sélectionner les articles les plus pertinents.

Dans le cas de notre analyse de la microkinésithérapie, les critères d'inclusion seront simples, nous étudierons tous les travaux scientifiques sous forme d'étude

thérapeutique que nous pourrions trouver.

Nous avons cherché sur google.com, microkinésithérapie.com et les bases de données de Scholar Google, Pubmed, Kinésithérapie Scientifique, Pedro, Em-consulte et kinedoc. Les mots clefs ont été « microkinésithérapie », « microkinésithérapie », « microphysiotherapy », « microfisioterapia », cela représente en tout trente-quatre articles à étudier (voir annexe), ces articles devront être analysés dans leur intégralité (article original).

Ces articles sont souvent le fait d'une expérimentation en cabinet libéral, et n'ont été pour la plupart pas publiés ailleurs que dans les actes de congrès en microkinésithérapie et dans la revue officielle de la microkinésithérapie (publication endogène à la pratique).

Quelques uns ont été publiés dans *Les annales de la kinésithérapie* (revue qui s'appelle désormais *kinésithérapie la revue*) et dans *Kinésithérapie Scientifique*, revues spécialisées de kinésithérapie.

Une deuxième sélection sera faite où nous sélectionnerons les études avec groupe contrôle.

## **6.2 Méthode d'analyse**

Nous réaliserons une analyse de la littérature qui consistera en une lecture critique de chacun de ces articles puis une synthèse de ce qu'a mis en évidence ce travail.

Pour être le plus juste possible, nous devrons faire une analyse exhaustive de la littérature.

Cette analyse sera basée sur le guide d'analyse de la littérature et gradations des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Nous essayerons ainsi de critiquer la méthodologie et d'établir le niveau de preuve de l'article. Il existe 4 niveaux de preuve, du niveau 4 correspondant au grade C de recommandation (faible niveau de preuve) jusqu'au niveau 1, correspondant aux recommandations de grade A (haut niveau de preuve).

NIVEAU DE PREUVE SCIENTIFIQUE FOURNI PAR LA LITTÉRATURE	GRADE DES RECOMMANDATIONS
<p style="text-align: center;"><b>Niveau 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Essais comparatifs randomisés de forte puissance</li> <li>- Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés</li> <li>- Analyse de décision basée sur des études bien menées</li> </ul>	<p><b>A</b></p> <p>Preuve scientifique établie</p>
<p style="text-align: center;"><b>Niveau 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Essais comparatifs randomisés de faible puissance</li> <li>- Études comparatives non randomisées bien menées</li> <li>- Études de cohorte</li> </ul>	<p><b>B</b></p> <p>Présomption scientifique</p>
<p style="text-align: center;"><b>Niveau 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Études cas-témoin</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Niveau 4</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Études comparatives comportant des biais importants</li> <li>- Études rétrospectives</li> <li>- Séries de cas</li> <li>- Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)</li> </ul>	<p><b>C</b></p> <p>Faible niveau de preuve scientifique</p>

Tableau 1 Gradation des niveaux de preuve et gradation des recommandations par l'HAS

Nous utiliserons « les dix commandements de l'essai thérapeutique » (Bergman JF, 2001) et la grille de lecture d'un article thérapeutique fournie par l'HAS comme outils pour nous aider à évaluer la qualité de la méthodologie et de la rédaction. La grille CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) est un outil plus complet qui peut être utilisé pour une analyse plus complète (elle comporte 21 items).

Nous nous intéresserons à la validité interne de l'étude. Pour cela nous évaluerons la justesse des données. Ensuite nous évaluerons l'interprétation des données, les biais méthodologiques, statistiques et nous identifierons les généralisations fausses. Ici la connaissance des biais cognitifs peut aussi nous être d'une grande utilité.

Nous traiterons aussi de la cohérence externe (cohérence des résultats avec d'autres études) et de la pertinence clinique.

Les dix principes de bases à respecter qu'a décrit Bergman JF (« 10 commandements ») sont simples, rapides, et permettent de voir rapidement si la méthodologie est sérieuse, les voici :

#### 1. Essai contrôlé :

L'essai doit avoir un groupe contrôle de référence, celui-ci doit recevoir un placebo ou

un traitement différent dans le but de pouvoir juger de l'efficacité spécifique de l'intervention testée. Les études de type avant / après n'ont pas de valeur de preuve, car elle ne permettent pas de prendre en compte l'efficacité propre de la technique.

## 2. Étude randomisée :

Les volontaires doivent subir un tirage au sort afin de les répartir de manière équitable dans les groupes et d'avoir ainsi des groupes comparables.

## 3. Essai en double aveugle :

Pour éviter les biais, et garder l'objectivité, ni le patient ni le thérapeute ne doivent connaître le traitement qui est prodigué. Le double aveugle pose parfois problème en kinésithérapie par le fait que le thérapeute peut difficilement ne pas savoir le traitement qu'il prodigue (ceci est souvent impossible en rééducation).

## 4. Calcul du nombre de sujets nécessaires :

Le calcul du nombre de sujets préalable à l'étude doit être retrouvé dans l'article et il faut vérifier que le nombre de malades finalement inclus correspond à celui calculé au préalable.

## 5. Définition claire de la population :

L'article doit définir clairement la population incluse. Les critères d'inclusion et d'exclusion doivent être clairement définis.

## 6. Un critère principal d'évaluation unique et cliniquement pertinent :

Un seul critère d'évaluation doit être choisi et il doit être le plus pertinent cliniquement. Ce critère doit être quantitatif si possible.

## 7. Analyse en intention de traiter :

Le nombre de sujets traité dans l'analyse statistique doit être le même au début qu'à la fin. Ceci afin de prendre en compte une réalité clinique et d'éviter les biais d'attrition.

## 8. Une analyse en fin d'essai sur la totalité des patients :

Le seul résultat pertinent est celui observé pour le critère principal au terme de l'étude sur la totalité des patients. Les analyses par sous-groupes sur une partie des patients

ou des analyses intermédiaires sont peu recommandées.

#### 9. Différence statistiquement significative :

La différence statistiquement significative est habituellement donnée par  $p < 0,05$ . Si la probabilité est inférieure à 5 %, alors le hasard seul ne suffit pas à expliquer la différence observée, on a une probabilité de 5 % de se tromper en disant que la différence est significative.

#### 10. Une différence cliniquement significative :

Une différence statistiquement significative ne signifie pas une différence cliniquement pertinente.

Pour aller plus loin dans l'analyse, la grille Consort est un outil plus précis pour l'abord des essais contrôlés randomisés.

Ainsi la méthodologie doit être la plus irréprochable possible afin d'éviter les biais.

Un biais dans un essai clinique entraîne un défaut dans la présentation de l'efficacité. Théoriquement les biais et le hasard causent la différence entre l'efficacité propre de la thérapeutique testée et l'efficacité observée lors de l'étude.

Voici quelques-uns des biais les plus courants :

#### **Les biais de sélection :**

Pour éviter les biais de sélection, les caractéristiques des volontaires doivent être les plus homogènes possible dans les groupes. La randomisation est l'un des outils permettant d'éviter ces biais.

#### **Les biais d'attrition :**

Ils s'observent lorsque les groupes initiaux sont différents des groupes finaux. Le fait de faire une étude « en intention de traiter » limite ce biais.

#### **Les biais de confusion :**

Ils sont la combinaison des effets externes au traitement propre pouvant influencer sur les résultats. L'utilisation d'un groupe contrôle est l'outil de prédilection pour limiter les biais de confusion.

#### **Les biais de mesure :**

L'utilisation d'outils de mesure validés permet de réduire les biais liés à l'imprécision des moyens de mesure.

**Les biais d'autosuggestion du patient :**

Ils sont présents lorsque le patient sait si il est traité ou non, cela peut modifier la perception de sa santé. Le traitement en aveugle permet au patient de ne pas savoir si il a été traité avec le placebo ou le traitement.

**Les biais de confirmation d'hypothèse :**

Ils peuvent être présents lorsque l'expérimentateur cherche à prouver son hypothèse, cela peut non consciemment ou consciemment mener vers des biais d'interprétation. Le double aveugle permet de limiter ce phénomène.

Nous pourrions ainsi voir si la microkinésithérapie a pu réellement mettre en évidence une efficacité de cette technique dans un ou plusieurs problèmes de santé.

### ***6.3 Analyse des essais thérapeutiques sur la MK***

Les quarante-trois articles à notre disposition sont tous des essais cliniques visant à évaluer l'efficacité de la microkinésithérapie dans des pathologies variées. Ce sont la totalité des études concernant l'efficacité de la microkinésithérapie à l'heure actuelle.

Nous allons donc essayer de sélectionner parmi ces études celles qui pourraient nous indiquer une preuve d'efficacité. Nous nous développerons dans notre travail uniquement les études ayant un groupe contrôle dans leur méthodologie. Comme nous l'avons vu le groupe contrôle va permettre de limiter les facteurs de confusions comprenant notamment l'effet Placebo, l'effet Blouse blanche, l'effet post-Hoc, le sophisme de régression, l'effet Hawthorne et l'effet Rosenthal. Ces facteurs, s'ils ne sont pas pris en compte grâce au groupe contrôle, vont trop influencer l'étude pour

permettre de connaître l'efficacité propre. Ainsi nous ne pousserons pas plus loin l'étude de ces articles. En effet ces études sans groupe contrôle se classent soit en dehors du système de gradation de l'HAS soit en niveau 4 selon l'HAS et ne peuvent amener que au maximum à des recommandations de type C (faible niveau de preuves scientifiques). Ainsi il n'est pas nécessaire d'étudier plus en profondeur ces études dont la méthodologie ne peut donner un niveau de preuve suffisant quand à l'efficacité de la microkinésithérapie. De plus aucune étude n'a montré des résultats exceptionnels pouvant mettre hors de cause les facteurs de confusion.

Il reste donc les cinq études suivantes qu'il nous faudra aborder, les voici :

- 1) Évaluation d'un traitement de microkinésithérapie chez des patients atteints de psoriasis par Laurent Calderara en 2003 – 2004 (non publiée).
- 2) Évaluation de la microkinésithérapie sur la fibromyalgie par Eric de Rycke en 2003-2004.
- 3) Évaluation de l'apport de la microkinésithérapie dans le traitement des traumatismes cervicaux récents par Gérard Vaudaux en 2001 – 2003.
- 4) Évaluation dans les œsophagites (n=60) : CHR Bon Secours Metz, Service de gastro-entérologie, Docteur Courrier (la micropalpation pages 114 à 117).
- 5) Kinésithérapie et fonctions viscérales par Daniel Grosjean en 1983.

Commençons par l'étude sur le psoriasis. Ce travail a été réalisé à Bruxelles et à Arlon de 2003 à 2004 par Laurent Calderara, il n'a été publié dans aucune revue. L'étude consistait à réaliser une séance de microkinésithérapie sur des patients atteints de psoriasis. Le patient devait remplir un questionnaire à J0 J15 et J90 sur l'état de leur psoriasis. La grille de lecture de l'HAS de cet article se situe en annexe. Nous allons appliquer les dix commandements de l'essai clinique à cet article.

1. Essai contrôlé :

L'étude comprend un groupe témoin de huit personnes sur un total de cinquante-huit personnes prises en comptes on peut dire qu'elle est présentée comme contrôlée.

2. Étude randomisée :

Les volontaires sont attribués à un thérapeute selon leur ordre de passage. La randomisation n'est pas valable, à Bruxelles il n'y avait que deux thérapeutes « placebo » contre 8 thérapeutes « traitement réel », à Arlon un « placebo » pour huit

« traitements réels ».

Nous sommes face à un biais de sélection, les groupes à comparer ne sont pas comparables en taille, de plus nous n'avons aucune information concernant l'âge, le sexe des patients.

3. Essai en double aveugle :

L'essai est effectué contre un traitement placebo pour les 8 patients, cependant les modalités du placebo ne sont pas données ainsi nous ne pouvons connaître sa fiabilité. Ce n'est pas la même personne qui fait le traitement et le placebo, ainsi la comparabilité n'est pas respectée.

4. Calcul du nombre de sujets nécessaires :

Ce calcul n'a pas été donné dans l'article et n'est pas mentionné.

5. Définition claire de la population :

Les populations ne sont pas définies, ni même les critères d'exclusion ou d'inclusion.

6. Un critère principal d'évaluation unique et cliniquement pertinent :

Deux critères principaux sont définis dans le but de l'étude, la surface atteinte et la démangeaison. Il sont cliniquement pertinents .

7. Analyse en intention de traiter :

Au total quatre-vingt-dix-sept patients ont été traités et seulement cinquante-huit sont pris en compte dans l'étude. Nous sommes en présence d'un biais d'attrition. L'étude est faite en Per protocol.

8. Une analyse en fin d'essai sur la totalité des patients :

Les critères définis au début sont les seuls pris en comptes. Néanmoins l'étude présente de gros biais. D'une part les résultats sont présentés d'une manière peu compréhensible, d'autre part l'étude commence par être comparative entre le groupe témoin et le groupe réellement traité, puis à la fin, la comparaison n'est plus, car « *Le groupe témoin n'étant que de 8, il n'est pas possible d'effectuer une étude comparative des 2 groupes.* »

9. Différence statistiquement significative :

Les résultats sont présentés comme étant significatifs.

10. Une différence cliniquement significative :

Il nous est difficile de répondre à cette question tant les résultats sont présentés de manière peu compréhensible.

Pour conclure, cette étude présente des biais importants et ne respecte pas les critères

de qualité, nous pensons qu'il n'est pas nécessaire d'aller plus loin pour la classer à un niveau 4 de preuve, de plus même les auteurs de l'étude stipulent « *Les résultats sont très moyens, mais avec quelques cas individuels bons.* »

Passons maintenant à la deuxième étude. L'évaluation de la microkinésithérapie sur la fibromyalgie par Eric de Rycke. Cette étude s'est déroulée en 2003-2004 avec la collaboration du centre antidouleur de Tours.

Regardons maintenant les critères de qualité de cette étude.

1. Essai contrôlé :

L'étude comprend un groupe témoin recevant un traitement placebo dont on ne connaît pas la nature. On ne sait donc pas si le contrôle est fiable.

2. Essai randomisé :

L'étude est présentée comme randomisée, néanmoins on observe des groupes non comparables dix-neuf traitements réels contre seulement neuf placebo. Il est légitime de se demander comment une allocation aléatoire des patients peut conduire à deux groupes de taille si différente.

3. Essai en double aveugle :

Les patients sont en aveugle.

4. Calcul du nombre de sujets nécessaires .

Ce calcul n'a pas été donné dans l'article et n'est pas mentionné.

5. Définition claire de la population .

Les critères d'exclusion ou d'inclusion sont définis.

6. Un critère principal d'évaluation unique et cliniquement pertinent

Le critère d'évaluation est défini comme le confort du patient. Pour cela un questionnaire unique portant sur sept items est donné au patient aux cinq séances S0 S1 S2 S3 S4. Ce critère est pertinent.

7. Analyse en intention de traiter :

Nous ne savons pas le nombre de patients exclus de l'étude, nous ne pouvons pas dire si l'étude est en intention de traiter.

8. Une analyse en fin d'essai sur la totalité des patients.

L'analyse a été faite en fin d'étude sur dix-neuf traitements réels et neuf placebos, pas d'analyse de sous groupes.

9. Différence statistiquement significative.

Il est dit que cinq items sur sept ont une différence significative par rapport au groupe

contrôle ( $p < 0,05$ ).

10 .Une différence cliniquement significative.

Il nous est difficile de dire si les résultats sont significatifs étant donné le peu de clarté des résultats, nous ne savons pas la durée entre chaque séance, les graphiques sont sans légende ni écart type.

Dans cette étude le nombre de patients faible, la randomisation invraisemblable, les groupes non comparables, l'analyse en intention de traiter faisant défaut, le calcul des sujets nécessaire préalable absent, la présentation des résultats nous montre une étude qui n'est pas assez bien menée pour acquérir un niveau de preuve supérieur à 4.

Penchons-nous alors sur la troisième étude .

Gérard Vaudaux à la Tronche sur la période 2001-2003 a réalisé une étude en cabinet libéral sur 22 sujets présentant des cervicalgies post-traumatiques de moins de trois mois. Il contrôla les patients avant et après une séance de microkinésithérapie. Cette étude n'a pas été publiée dans une revue.

Mettons en place nos 10 commandements.

1.Essai contrôlé :

L'étude présente un groupe contrôle recevant un placebo standardisé et un traitement médical étant le même que le groupe traité. L'étude est bien contrôlée.

2.Essai randomisé :

L'essai n'est pas randomisé.

3.Essai en double aveugle :

Le patient est en aveugle ainsi que le médecin évaluateur.

4. Calcul du nombre de sujets nécessaires .

Il n'est pas précisé que calcul a été fait à priori.

5. Définition claire de la population .

Les critères de la population sont bien définis.

6. Un critère principal d'évaluation unique et cliniquement pertinent

Deux critères sont évalués, la douleur et la mobilité cervicale, tous deux sont pertinents.

7. Analyse en intention de traiter

L'étude a été faite en intention de traiter.

8. Une analyse en fin d'essai sur la totalité des patients.

Ce critère est respecté.

9. Différence statistiquement significative.

L'étude affirme une amélioration significative de la douleur par rapport au groupe contrôle, mais pas d'amélioration significative des amplitudes articulaires, ainsi l'hypothèse de départ n'est pas validée. On peut regretter l'absence de données chiffrées.

10. Une différence cliniquement significative.

L'absence de donnée chiffrée ne peut pas nous donner une indication quant à la pertinence clinique.

Ainsi cette étude avec une méthodologie plus claire que les précédentes études est affaiblie par sa non-randomisation, la faiblesse du nombre de sujets, l'absence de données chiffrées, elle ne peut pas atteindre le niveau 2 de preuve de l'HAS. De plus les hypothèses de départ ne sont pas vérifiées.

La quatrième étude pour sur l'évaluation dans les œsophagites, a été faite au CHR Bon Secours Metz dans le Service de gastro-entérologie de 1990 à 1992.

Soixante patients ont été évalués après une séance de microkinésithérapie à J+14 et à trois mois. Cette étude n'a pas été publiée dans une revue scientifique indépendante.

1. Essai contrôlé :

L'étude présente un groupe contrôle recevant un placebo de microkinésithérapie.

2. Essai randomisé :

Le groupe traitement réel comprend 29 personnes et le groupe placebo 31. Nous ne savons pas s'il y a eu tirage au sort.

3. Étude en aveugle :

Le patient est en aveugle ainsi que le médecin qui supervise.

4. Calcul du nombre de sujets nécessaires .

Ce calcul n'a pas été fait.

5. Définition claire de la population .

Pas de critères d'inclusion et d'exclusion, nous ne savons pas si la population est représentative de la population habituellement traitée.

6. Un critère principal d'évaluation unique et cliniquement pertinent

Le critère d'évaluation principal n'est pas précisé dans l'étude.

7. Analyse en intention de traiter :

L'analyse n'est pas faite en intention de traiter, mais en per protocole.

8. Une analyse en fin d'essai sur la totalité des patients.

L'analyse a été faite sur 48 patients et non sur les 60.

9. Différence statistiquement significative.

N'ayant pas de critère principal d'évaluation il est difficile de dire si une différence significative a été trouvée. Les auteurs de l'étude nous disent qu'il y a une différence significative sur l'intensité des brûlures le 4ème jour ( $P=0,0162$ ). Néanmoins si nous regardons les pourcentages à J+14 nous constatons que 44,45% des patients ayant reçu le placebo ont constaté une amélioration ou une disparition des symptômes contre 38,1 % des patients ayant reçu le traitement réel. À trois mois 59,26 % des patients ayant reçu le placebo ont constatés une amélioration ou une disparition des symptômes contre 47,63 % des patients ayant reçu le traitement réel.

10. Une différence cliniquement significative.

Nous ne pouvons pas dire si il y a une différence cliniquement significative.

En conclusion cette étude bien qu'ayant un groupe contrôle peut-être sujette à des biais d'attrition, de sélection et d'évaluation. L'étude n'est pas claire notamment sur les critères d'évaluation ce qui nous rend perplexe quant à la significativité des résultats obtenus. L'étude ne respecte que deux des dix commandements.

La dernière étude est aussi l'une des premières réalisées par les microkinésithérapeutes. L'étude a été faite en 1983 par Daniel Grosjean et le Pr Carayon au CHU de Besançon. Celle-ci porte sur les colopathies fonctionnelles sur soixante patients. Elle consiste en deux séances à évaluer l'efficacité de la microkinésithérapie sur cinq signes cliniques.

Appliquons-lui les dix commandements :

1. Essai contrôlé :

L'essai comporte un groupe témoin.

2. Essai randomisé :

L'étude est randomisée par une table de permutation au hasard. Les groupes obtenus sont comparables.

3. Essai en double aveugle :

Les patients et le « juge » (le Pr Carayon) sont en aveugle. Il est dit qu'une tierce

personne ne peut distinguer le « vrai » traitement du placebo.

4. Calcul du nombre de sujets nécessaires .

Il n'est pas fait mention de ce calcul toutefois le nombre a été estimé à soixante.

5. Définition claire de la population .

Les critères de la population sont bien définis.

6. Un critère principal d'évaluation unique et cliniquement pertinent

Cinq critères isolés ou associés sont évalués, ces critères sont pertinents cliniquement.

Néanmoins les critères sont évalués de la manière suivante : ils peuvent être présents ou absents avant le traitement et disparus, améliorés, inchangés, aggravés ou apparus après le traitement. Sont pris comme résultats positifs la disparition ou l'amélioration des symptômes et comme résultats négatifs la stabilité, l'aggravation, l'apparition des symptômes.

Il n'est pas par exemple clairement défini si tous les critères doivent avoir une évolution positive ou si un seul suffit pour que le traitement ait un résultat positif.

L'intégration de ces signes cliniques dans le traitement statistique n'est pas clairement définie.

7. Analyse en intention de traiter

Sur les soixante et un patients inclus, deux ont été exclus de l'étude et ont été pris en compte. Ce critère est respecté.

8. Une analyse en fin d'essai sur la totalité des patients.

L'analyse a été faite en fin d'essai, il n'y a pas d'analyse intermédiaire ni d'analyse des sous-groupes.

9. Différence statistiquement significative.

Les résultats sont présentés comme étant statistiquement significatifs sur les deux séances.

10 .Une différence cliniquement significative.

Dans cette étude nous ne savons pas ce que veut dire « améliorer » de manière objectivable, ni combien de personnes on vu leurs symptômes disparaître. Nous ne pouvons pas dire si la différence est intéressante d'un point de vue clinique.

Ainsi cette étude est contrôlée et randomisée avec un effectif conséquent. La méthodologie est la plus saine de toutes les études portant sur l'efficacité de la microkinésithérapie. Les résultats montrent une nette supériorité du traitement réel vis-à-vis du placebo et l'on notera l'absence d'effets négatifs majorant les signes

cliniques. Néanmoins, la manière dont les signes cliniques sont pris en compte pour passer du statut « sans effet sur les symptômes» à « amélioration des symptômes» n'est pas expliquée et mériterait de l'être.

Nous avons appliqué la grille du Consort à cet article pour analyser la méthodologie plus en détail(voir annexe).

C'est à notre connaissance la seule étude pouvant mériter le niveau deux de preuve scientifique pouvant entraîner une recommandation de grade B : présomption de preuve scientifique. Néanmoins l'étude est ancienne et est isolée du contexte scientifique actuel (faible validité externe).

Ainsi selon notre méthodologie une seule étude pourrait entraîner une présomption de preuve scientifique, les autres mènent à un faible niveau de preuve quant à l'efficacité spécifique de la pratique.

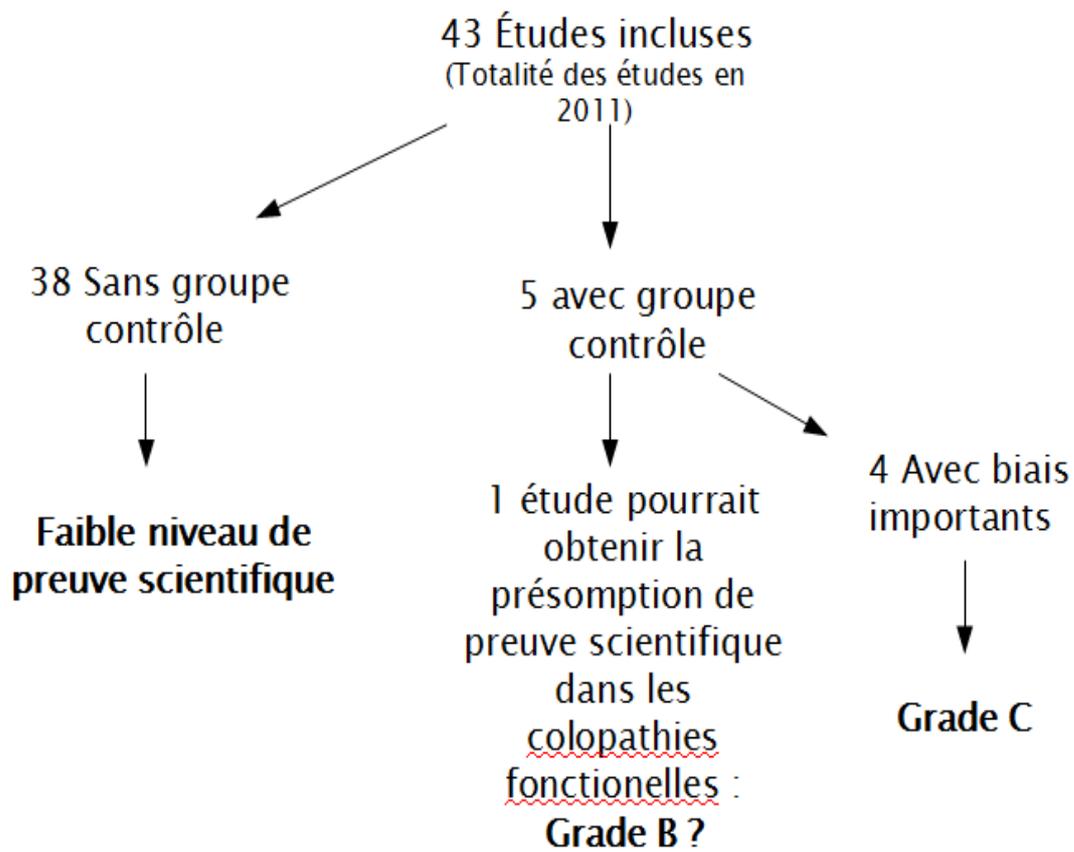


Figure 4 Schéma du niveau de preuve des études cliniques

## 7 Discussion

La kinésithérapie, comme la médecine en général, est à l'heure actuelle sujette à la sollicitation d'un grand nombre de thérapies non conventionnelles. Le kinésithérapeute cherchant de nouveaux outils pour atteindre ses objectifs de prise en charge peut-être amené à s'intéresser à ces pratiques. Il peut alors se poser la question du choix des techniques nouvelles. La kinésithérapie se place aujourd'hui dans la pratique fondée sur les preuves scientifiques et il est de notre devoir de choisir des techniques qui ont démontré une efficacité propre comme le rappelle notre code de déontologie. En effet pourquoi utiliser des pratiques qui n'ont pas fait la preuve de leur efficacité spécifique alors que nous disposons de techniques basées sur des principes rationnels et qui ont fait preuve de leur efficacité ou à défaut font consensus dans le milieu professionnel. La responsabilité d'apporter les preuves incombe à celui qui avance une hypothèse. Les hypothèses doivent se vérifier avec des faits observables. L'intuition, l'expérience personnelle, la supposition d'entités immatérielle ne sont pas des faits. La science se confronte au réel, mais cette réalité doit être objective et non telle qu'on la perçoit.

Des outils existent pour valider ces hypothèses. Les phénomènes décrits dans les thérapies non conventionnelles peuvent être évalués. Des hypothèses physiologiques sous-jacentes jusqu'à l'efficacité du traitement, les expériences permettent de confronter la subjectivité à la réalité objective. Même à défaut d'avoir une explication scientifique aux hypothèses physiologiques, prouver l'efficacité propre d'un traitement et son bon rapport bénéfice-risque peu suffire à le mettre en place en clinique. Les argumentations comme quoi ces thérapies ont trop de variables pour être étudiées ne tiennent pas (Vickers A & al, 1997 ; Levin JS, 1997). Dans le cas de la microkinésithérapie, réaliser un placebo est plus aisée qu'en rééducation fonctionnelle ou pour le massage par exemple. Les gestes du microkinésithérapeute étant fin et peu compréhensibles pour le patient, réaliser un simulé de ceux-ci est tout à fait applicable. C'est ce placebo qui va permettre d'éviter les biais liés aux effets contextuels (ou effets placebo). Cela permettra de distinguer l'efficacité propre de l'efficacité globale qui, elle, dépend de nombreux facteurs externes au traitement lui-même. L'essai randomisé contrôlé versus placebo en double aveugle est à l'heure actuelle le meilleur moyen de connaître l'efficacité propre d'une thérapeutique sur une cible donnée. Néanmoins ce double aveugle est difficile à obtenir dans les soins manuels.

Notre méthodologie d'approche est simple, elle consiste à aborder d'une manière

objective tous les versants d'une pratique. La carrière des auteurs, la représentativité et l'organisation de la pratique, la naissance de la théorie et son contexte philosophico-historique, sont abordés pour y détecter des indices de pseudo-scientificité. Les autres théories dont elle s'inspire, les hypothèses fondatrices et les études cliniques sont les éléments que nous avons analysés.

## **1) Synthèse des résultats.**

Nous avons pris comme exemple l'analyse de la microkinésithérapie. Ainsi comme nous l'avons vu, la microkinésithérapie créée dans une époque favorable aux théories dérivées du new âge comporte des critères d'indices de pseudo-scientificité au sein de son corpus de documents. Des discours mystiques, religieux et un jargon pseudo-scientifique sont présents. Il y est fait mention d'entités immatérielle (« énergie ») dans la théorie. Des filiations avec des thérapies controversées telles que l'homéopathie et l'ostéopathie crânienne sont présentes. Il existe des appels à l'exotisme et l'historicité comme argument d'autorité. Nous retrouvons la présence de résistance aux faits et une utilisation d'hypothèses ad-oc. De plus les essais cliniques sont parfois publiés dans des revues endogènes à la microkinésithérapie. Ces indices ne sont pas la preuve de la présence d'une pseudo-thérapie non efficace, mais nous donnent un premier signal d'alarme.

Concernant la théorie nous avons vu que la pratique s'inspire de thérapies dont les fondements sont peu reconnus par le monde scientifique et qui n'ont pas fait preuve de leur efficacité. Les hypothèses fondatrices de la microkinésithérapie reposent sur des postulats non éprouvés par l'expérience et qui sont en marge des connaissances scientifiques actuelles. Les mouvements vibratoires propres aux tissus et dérivés du mouvement respiratoire primaire ostéopathique qui soutiennent la théorie n'ont pas de source biologique identifiée. La reproductibilité de la palpation de ces rythmes n'a pas été prouvée. De plus, le pouvoir diagnostique la microkinésithérapie à même été invalidé.

Enfin les études sur les effets thérapeutiques propres à la microkinésithérapie comportent des biais importants. Sur quarante-trois études, cinq seulement comportent un groupe contrôle.

C'est-à-dire que les trente-huit autres études n'ont pas de groupe témoin à qui comparer les résultats obtenus par le groupe traité, ces études ne peuvent obtenir au

mieux selon l'HAS s'il s'agit de séries de cas qu' un faible niveau de preuve. Mais réaliser un nombre d'études important d'étude avec une méthodologie d'une faible qualité crée un faisceau de demi-preuves et ne constitue pas une preuve solide.

Une seule étude est assez bien menée pour pouvoir prétendre à la présomption de preuve de scientificité, et ceci dans le domaine de la colopathie fonctionnelle. Cette étude date de 1983 et n'a pas été publiée dans une revue scientifique donc n'a pas été soumise à la relecture des pairs.

## **2) Limites de l'étude :**

Ce type d'analyse comporte néanmoins des limites.

Notre étude prend place à un moment donné, avec des faits à un moment précis, elle ne donne donc pas un avis définitif sur la pratique analysée. De plus cette méthodologie de travail nécessite une enquête bibliographique poussée et il est toujours possible que nous soyons passé à côté de travaux non encore publiés ayant pu influencer autrement notre travail.

Concernant le classement des grades de recommandation de l'HAS des études cliniques, nos grades retrouvés diffèrent de ceux affichés sur [www.microkinesitherapie.com](http://www.microkinesitherapie.com). Il serait intéressant de savoir le pourquoi des différences obtenues.

Concernant la validité externe de ce mémoire, nous sommes le premier à nous être intéressé à la microkinésithérapie et nous attendons d'autres travaux sur ce domaine.

Pour la méthode utilisée, comme le titre de ce mémoire le stipule, ce travail est un exemple de moyen d'investigation et comme toute méthode, elle peut être perfectionnée.

Nous ne connaissons pas non plus la reproductibilité de notre méthodologie.

## **3) Projections :**

La microkinésithérapie même si au vu de notre analyse n'a pas réussi à prouver son utilité thérapeutique s'est toujours attachée à essayer de prouver leurs hypothèses. Il nous semblerait intéressant de continuer à travailler autant sur la vérification des postulats fondateurs que sur l'efficacité propre de la technique dans divers problèmes de santé.

Prouver l'existence de ce mouvement rythmique dans le corps humain s'il existe semble être un point de départ. Nous pourrions mettre en place un protocole visant à tester la reproductibilité de la palpation des mouvements rythmiques chez de réels patients. Quant aux études cliniques, il serait intéressant de réaliser prochainement une deuxième étude sans conflit d'intérêts et avec une méthodologie rigoureuse concernant l'efficacité de la microkinésithérapie sur les colopathies fonctionnelles.

Plus globalement, enseigner la démarche critique en formation initiale ou continue permet d'offrir aux kinésithérapeutes l'un des moyens permettant de choisir par eux-mêmes les meilleurs outils thérapeutiques.

## 8 Conclusion

Au vu de notre travail, à l'heure actuelle, la microkinésithérapie peut être classée comme une pseudo-thérapie. Les interstices pseudo-scientifiques dans son corpus de documents, ses hypothèses fondatrices non prouvées, voire invérifiables, et son efficacité spécifique non prouvée avec des méthodes correctes nous alarment sur la validité de cette pratique. Il est nécessaire pour les microkinésithérapeutes de poursuivre leurs recherches et leurs expériences car à eux incombe la responsabilité de prouver leurs allégations. La microkinésithérapie n'a peu de choses en commun dans sa théorie ni sa pratique avec la kinésithérapie conventionnelle, hormis le nom qu'elle lui emprunte. Pourtant le conseil de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes dans son bulletin de novembre 2010 nous confirme que cette pratique s'inscrit dans la masso-kinésithérapie. Nous pouvons nous questionner sur le droit qu'à la microkinésithérapie de se dire thérapeutique alors que les preuves ne sont pas là, le code déontologie le rappelle « *Le masseur-kinésithérapeute ne peut conseiller et proposer au patient ou à son entourage, comme étant salutaire ou sans danger, un produit ou un procédé, illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme est interdite.* » Bien que la microkinésithérapie ait pu grâce à son efficacité globale soulager des patients, il est important de distinguer la vraie efficacité propre afin de proposer aux patients les meilleurs techniques kinésithérapiques.

À nous, kinésithérapeutes, de garder une curiosité intellectuelle et un esprit critique afin de permettre à la kinésithérapie d'être une thérapie se reposant sur des données probantes. L'analyse critique a pour but que les kinésithérapeutes puissent choisir de manière libre et éclairée leur arsenal thérapeutique.

## 9 Références bibliographiques

### Livres :

Bénini, P ; Grosjean, D. Ces Chocs qui détruisent votre santé. CFM,1984

Bénini, P ; Grosjean, D. La micropalpation — Base de la microkinésithérapie. C.D.M, 1990.

Bénini, P ; Grosjean, D. Traité pratique de la microkinésithérapie, Tome 1. C.D.M, 1984.

Bénini, P ; Grosjean, D. Traité pratique de la microkinésithérapie, Tome 2. C.D.M, 1987.

Bénini, P ; Grosjean, D. Traité pratique de la microkinésithérapie, Tome 3. C.D.M, 1987.

Bénini, P ; Grosjean, D. Traité pratique de la microkinésithérapie, Tome 4. C.D.M, 1987.

Brissonet, J . Les pseudo-médecines – un serment d’hypocrites. Book-e-book, 2003.

Broch, H. Au coeur de l'extraordinaire. Book-e-book, 2010.

D.Grosjean ; PBénini, Pacifier corps et mémoire ou la microkinésithérapie tout simplement. CFM, 1993.

Grosjean, D . La microkinésithérapie — réflexion sur les moyens d'action. 2000.

Marhic, R. Le New Age — Son Histoire, Ses Pratiques, Ses Arnaques. Le Castor Astral, 1999.

Monvoisin, R. Les fleurs de Bach, quintessence d'une illusion. Book-e-book, 2008.

Petit, P. Notre corps n'est que mémoire : L'Evolution un savoir-faire pour se soigner  
Lanore, 2009.

Popper, K. la Logique de la découverte scientifique, Payot, 1934

Skrabanek, P ; McCormick, J. Idées folles, idées fausses en médecine. Odile Jacob,  
1992.

Sollberger. A. Biological Rhythm Research. Elsevier, New York, 1965.

Sutherland , WG . The cranial bowl, 1939.

#### Articles :

Bergmann JF, Les dix commandements. Pratiques Médicales et Thérapeutiques n°14,  
Juillet-Août 2001.

Bénini, P ; Pajot. Microkinésithérapie chez les plantes. Non publié. Non daté.

Beyerstein, BL, Why bogus thérapy seem works. *Skeptical Inquirer*, Volume 21.5,  
Septembre -Octobre 1997.

C.Green & al, Craniosacral therapy : Biological plausibility, assessment reliability and  
clinical effectiveness, *Complementary Therapies in Medicine* Volume 7, Issue 4,  
December 1999, Pages 201-207.

Colloca L, Miller FG. The nocebo effect and its relevance for clinical practice.  
*Psychosom Med.*, Sept 2011.

Calloens, O ; Calderara, L. Évaluation de la microkinésithérapie par la podométrie.

Actes du 5e congrès de microkinésithérapie le 22 juin 2002 à Bruxelles p. 390.

Downey PA. Craniosacral therapy: is there biology behind the theory? University of Pittsburgh, 2004.

Ernst, E. A systematic review of systematic reviews of homeopathy, *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2002

Drengler KE, King HH. Interexaminer reliability of palpatory diagnosis of the cranium. *Journal of the American Osteopathic Association*. 1998 ;98:387

Farasyn, A. New hypothesis for the origin of cranio-sacral motion. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 1999.

Green, CJ & al. A systematic review and critical appraisal of the scientific evidence on craniosacral therapy. Vancouver (BC) : BC Office of Health Technology Assessment, Centre for Health Services and Policy Research; May 1999.

Greitz, D & al Pulsatile brain movement and associated hydrodynamics studied by magnetic resonance phase imaging, *Neuroradiology*, 1992.

Grosjean, D. Spectrosonomographie — Essai de mise en évidence des lésions du tissu mésoblastique à type de contracture par l'étude du bruit musculaire infrasonore. Actes du congrès d'Autrans le 24 juin 2000, p. 41.

Hanten & al. Craniosacral rhythm: reliability and relationships with cardiac and respiratory rates. *Orthop Sports Phys Th*, 1998.

Hartman SE and James Norton, interexaminer reliability and cranial osteopathy, *The scientific review of alternatied medecine*, vol 6 n°1, 2002.

Kenneth E & al. Cranial rhythmic impulse related to the Traube-Hering-Mayer oscillation: comparing laser-Doppler flowmetry and palpation. *J Amer Osteopath Assoc*, 2001 ; 101(3), pp 163-173.

Larson & coll. Continuous percutaneous measurement by laser-Doppler flowmetry of skeletal muscle microcirculation at varying levels of contraction force determined electromyographically, *European Journal of Applied Physiology and Occupational Physiology*, 1993.

Levin, JS. Quantitative Methods in Research on Complementary and Alternative Medicine: A Methodological Manifesto. *Medical Care*. 1997.

Mayo.E Hawthorne and the western electric company, *The Social Problems of an Industrial Civilisation*, 1949.

Norton JM. A challenge to the concept of craniosacral interaction. *Journal of the American Osteopathic Association*. 6(4):15-21, 1996.

Oster, G & J.S Jaffe. Low frequency sounds from sustained contraction of human skeletal muscle, *Biophysical journal*, 1980.

Perrin RN. Lymphatic Drainage of the Neuraxis in Chronic Fatigue Syndrome: A Hypothetical Model for the Cranial Rhythmic Impulse. *J Am Osteopath Assoc*. 2007 Jun ;107(6):218-24.

Rosenthal, R. *Pygmalion in the classroom*, The Urban Review, 1968.

Rogers & al. Simultaneous Palpation of the Craniosacral Rate at the Head and Feet. *Physicak Therapy*. 1988

Shamini Jain et Paul J. Mills Biofield Therapies: Helpful or Full of Hype? À Best Evidence Synthesis, publié dans l'*International Journal of Behavioral Medicine*, 2010.

Shang A & al, Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy. *The Lancet*, Vol 366 August 27, 2005.

Shikotzki. Modification de l'amplitude des mouvements des structures cellulaires

avant et après une séance de microkinésithérapie., Actes du 7e congrès de microkinésithérapie à Tours le 11 juin 2006, p. 51.

Simmonet, D. L'Écologisme, *Presses universitaires de France*, coll. « *Que sais-je ?* » no 1784, 1979.

Sommerfeld, P & al Inter-and intraexaminer reliability in palpation of the" primary respiratory mechanism" within the" cranial concept", *Manual Therapy*, 2004.

Upledger, J. E. Reproducibility of Craniosacral Examination Findings: A Statistical Analysis. *JAOA* 76 août 67-76, 1977.

Vickers, A & al. How should we research unconventional therapies? A panel report from the Conference Complementary and Alternative Medicine Research Methodology. *Int J Technol Assess Health Care*, 1997 Winter;13(1):111-21.

Wirocius, JM. Histoire de la rééducation. *Encyclopédie Medico-chirurgicale*, Elsevier, 1999.

Wirth-Pattullo & Hayes. Interrater reliability of craniosacral rate measurements and their relationship with subjects' and examiners' heart and respiratory rate measurements. *Physical therapy*. 1994.

### Documents en ligne

Brindel, P & al. Version française du consort. Mai 2008.(<http://eb.medecine.univ-paris5.fr/>).

Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Janvier 2000 (<http://www.has-sante.fr>).

<http://www.massage-zen-therapie.com/> au (20/06/11)

<http://www.microkinesitherapie.com> (au 1er janvier 2011)

<http://www.ordremk.fr/> (au 1er janvier 2011)

<http://www.pseudo-medecines.org/> (au 1er janvier 2011)

<http://www.zetetique.fr/> (au 1er janvier 2011)

<http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/> Schlienger J-L; Goichot B ; Meyer N. Guide de lecture critique d'un article médical original 2010.

<http://www.europarl.europa.eu/> Rapport sur les médecines non conventionnelles du 16 mars 1997.

<http://www.snfg.asso.fr/> en 2011.

#### Thèses :

Monvoisin, R. *Pour une didactique de l'esprit critique*, thèse de doctorat en didactique des sciences. Université Joseph Fourier. 2007

PA Downey, *Craniosacral therapy : is there biology behind the theory ?* Thèse en Anthropologie , University of Pittsburgh, 2004.

# Annexe 1

## Travaux soumis à l'analyse critique :

*Les travaux ne mentionnant pas le lieu de publication sont des comptes rendus d'évaluation personnelle mis à disposition.*

Bénini, P. microkinésithérapie et Chikungunya. Metz, 2006.

Bénini, P. Résultats d'évaluation de l'apport de la microkinésithérapie sur la maladie de parkinson. 2007.

Bénini, P Grosjean, D. Effet de la microkinésithérapie sur la fibromyalgie.

Bénini, P Grosjean, D. Évaluation sur une population de travailleurs handicapés (n=86). Centre ALPHA Santé, Metz, *la micropalpatation*, pages 121 à 123, 1996.

Bénini, P Grosjean, D. microkinésithérapie et douleurs d'épaule une évaluation sur 14 cas. *actes du congrès de Toulouse*, 2004.

Bénini, P. L'obésité, Cabinet libéral , 1995.

Bettembourg, M. Intérêt de la microkinésithérapie dans les problèmes de migraine. 2008.

Bettembourg, M. Une séance de microkinésithérapie un outil pour la réparation de sportifs sauf fractures ? Strasbourg , 2004.

Bonhomme, M. Evaluation de l'apport de la microkinésithérapie sur le bien-etre des employés d'une entreprise, Nancy, 2003.

Calderara L. Évaluation sur les problèmes de retard scolaire (n=59). *Actes du congrès*

*d'Autrans, 2000.*

Calderara, L Grosjean, D. Apport de la microkinésithérapie dans un club de football sur 4 années, MK France, n°17, Mars 2001.

Calderara, L. Effet de la microkinésithérapie sur les affections de la petite enfance de 0 à 5 ans. Bruxelles, 2004.

Calderara, L. Apport de la microkinésithérapie dans l'accompagnement d'une personne traitée pour leucémie. 2010.

Calderara, L. Début d'évaluation d'un traitement de microkinésithérapie chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. Bruxelles, 2002.

Calderara, L. Évaluation d'un traitement de microkinésithérapie chez des patients atteints de psoriasis. Bruxelles, 2004.

Calderara, L. Régurgitation chez les nouveau-nés, Cabinet libéral Bruxelles, 2003.

De Rycke, E. Évaluation de la microkinésithérapie sur la fibromyalgie, Tours, 2004.

Drouault, V. Scoliose. 2007.

Feger, P. Contribution de la microkinésithérapie à la procréation. Chambéry, 2001.

Fontinoy, AM ; Kennes, C. Évaluation d'un traitement en microkinésithérapie chez des enfants en difficulté de communication. 2002.

Fourquet, P. Évaluation sur le mal-être du post-partum (n=50), *Actes du congrès de Strasbourg*, 1995.

Fourquet, P. Évaluation sur les troubles de l'enfant aîné (n=74). *Actes du congrès de Strasbourg*, 1995.

Grau, N. Évaluation sur les blessures du sportif (n=8), étude sur 4 années. *Actes du congrès d'Amneville*, 1997.

Grau, N. Prévention et traitement dans une équipe de football. MK France, n°13, mars 2000.

Grosjean, D ; Poquin, D. Évaluation de traitement par microkinésithérapie sur 300 patients atteints de lombalgie. 2002.

Grosjean, D & al. Colopathie fonctionnelle , 1983.

Grosjean, D, Bénini, P. Traitement des cervicalgies hautes post-traumatiques par la microkinésithérapie , 1992.

Grosjean, D, Bénini, P. Approche du syndrome algoneurodystrophique du membre supérieur par la microkinésithérapie , 1988

Grosjean, D ; Dr Courrier. Évaluation dans les œsophagites (n=60), CHR Bon Secours Metz, Service de gastro-entérologie, *la micropalpation* pages 114 à 117.

Grosjean, D, MIK, G. Observations et réflexions dans le suivi de patients atteints de mucoviscidose. 2004

Grosjean, D. Évaluation sur la séropositivité (n=10), *Actes du congrès de Bruxelles*, 2002.

Grosjean, D. Le point concernant l'évaluation en cours portant sur l'affection des membres supérieurs (n = 449), *actes du congrès de Tours*, 2006.

Grosjean, D. Prévention des pathologies professionnelles, compte rendu d'évaluation dans une maison de retraite, 2001.

Hily, B. Évaluation de la microkinésithérapie dans le traitement de l'anxiété. MF France, n°18, Juin 2001.

Karotsch, B. Évaluation sur les périarthrites calcifiantes de l'épaule (n=10), *actes du congrès de Strasbourg*, 1995.

Lagier, E, Grosjean Daniel. Évaluation de la microkinésithérapie dans les énurésies N=46. Bourg en Bresse, 2004.

Legay, J-M, Bilan d'évaluation sur la dépression nerveuse. 2003.

Ramond M-C. Séquelles douloureuses pendant traitement d'un cancer du sein. 2002.

Ramond, M-C ; Grosjean ,D. Évaluation de l'apport d'un traitement en microkinésithérapie sur les acouphènes une étude sur 30 cas. 2001

Razdolski, V. Apport de la microkinésithérapie sur les enfants atteints du syndrome de Tchernobyl, *Kiev, Ukraine*, 1996.

Vancon J-Y. Étude de l'apport de la microkinésithérapie sur 8 malades atteints de la lèpre. La réunion, 2004.

Vancon, JY. Pré-évaluation de l'apport de la microkinésithérapie sur 10 malades tuberculeux . 2004.

Vaudaux, G. Évaluation de l'apport de la microkinésithérapie dans le traitement des traumatismes cervicaux récents étude en double aveugle résultats. 2003.

## **Annexe 2**

### **Grille de lecture de l'HAS des cinq études avec groupe contrôle**

**GRILLE DE LECTURE D'UN ARTICLE THERAPEUTIQUE**

**Titre et auteur de l'article:** Fibromyalgie et microkinésithérapie Rycke Eric\_\_

Rev/Année/Vol/Pages\_\_\_\_\_2004\_\_\_\_\_

**Thème de l'article :**

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>?</b>
1. Les objectifs sont clairement définis	OUI		
2. Méthodologie de l'étude			
• L'étude est comparative	OUI		
- <i>l'étude est prospective</i>	OUI		
- <i>l'étude est randomisée</i>		NON	
• Le calcul du nombre de patients a été fait <i>a priori</i>		OUI	
• La population de l'étude correspond à la population habituellement traitée			?
• Toutes les variables cliniquement pertinentes sont prises en compte			?
• L'analyse statistique est adaptée			?
• L'analyse est faite en intention de traiter	OUI		
3. Les résultats sont cohérents avec l'objectif de l'étude et tiennent compte d'éventuels effets secondaires	OUI		
4. Applicabilité clinique			
• La signification clinique est donnée	OUI		
• Les modalités de traitement sont applicables en routine	OUI		

**Commentaires :**

**GRILLE DE LECTURE D'UN ARTICLE THERAPEUTIQUE**

**Titre et auteur de l'article:** \_Traitement des traumatisme cervicaux récents par Vaudaux G

Rev/Année/Vol/Pages \_\_\_\_\_ 2003 \_\_\_\_\_

**Thème de l'article :**

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>?</b>
1. Les objectifs sont clairement définis	OUI		
2. Méthodologie de l'étude			
• L'étude est comparative	OUI		
- <i>l'étude est prospective</i>	OUI		
- <i>l'étude est randomisée</i>		OUI	
• Le calcul du nombre de patients a été fait <i>a priori</i>		OUI	
• La population de l'étude correspond à la population habituellement traitée	OUI		
• Toutes les variables cliniquement pertinentes sont prises en compte		NON	
• L'analyse statistique est adaptée			?
• L'analyse est faite en intention de traiter	OUI		
3. Les résultats sont cohérents avec l'objectif de l'étude et tiennent compte d'éventuels effets secondaires		NON	
4. Applicabilité clinique			
• La signification clinique est donnée	OUI		
• Les modalités de traitement sont applicables en routine	OUI		

**Commentaires :**

**GRILLE DE LECTURE D'UN ARTICLE THERAPEUTIQUE**

**Titre et auteur de l'article:** Kinésithérapie et fonction viscérales Grosjean D

Rev/Année/Vol/Pages \_\_\_\_\_ 1983 \_\_\_\_\_

**Thème de l'article :**

Colopathies fonctionnelles

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>?</b>
1. Les objectifs sont clairement définis	OUI		
2. Méthodologie de l'étude			
• L'étude est comparative	OUI		
- <i>l'étude est prospective</i>	OUI		
- <i>l'étude est randomisée</i>	OUI		
• Le calcul du nombre de patients a été fait <i>a priori</i>		NON	
• La population de l'étude correspond à la population habituellement traitée	OUI		
• Toutes les variables cliniquement pertinentes sont prises en compte		NON	
• L'analyse statistique est adaptée	OUI		
• L'analyse est faite en intention de traiter	OUI		
3. Les résultats sont cohérents avec l'objectif de l'étude et tiennent compte d'éventuels effets secondaires	OUI		
4. Applicabilité clinique			
• La signification clinique est donnée	OUI		
• Les modalités de traitement sont applicables en routine	OUI		

**Commentaires :**

**GRILLE DE LECTURE D'UN ARTICLE THERAPEUTIQUE**

**Titre et auteur de l'article:** Evaluation chez des patients atteints de psoriasis Calderara, L\_\_

Rev/Année/Vol/Pages \_\_\_\_\_ 2003 \_\_\_\_\_

**Thème de l'article :**

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>?</b>
1. Les objectifs sont clairement définis	oui		
2. Méthodologie de l'étude			?
• L'étude est comparative			?
- <i>l'étude est prospective</i>			?
- <i>l'étude est randomisée</i>		NON	
• Le calcul du nombre de patients a été fait <i>a priori</i>		NON	
• La population de l'étude correspond à la population habituellement traitée			?
• Toutes les variables cliniquement pertinentes sont prises en compte	OUI		
• L'analyse statistique est adaptée	OUI		
• L'analyse est faite en intention de traiter		NON	
3. Les résultats sont cohérents avec l'objectif de l'étude et tiennent compte d'éventuels effets secondaires		NON	
4. Applicabilité clinique			
• La signification clinique est donnée	OUI		
• Les modalités de traitement sont applicables en routine	OUI		

**Commentaires :**

**GRILLE DE LECTURE D'UN ARTICLE THERAPEUTIQUE**

**Titre et auteur de l'article:** \_\_\_\_\_ Évaluation dans les œsophagites (n=60) \_\_\_\_\_

Rev/Année/Vol/Pages \_\_\_\_\_ 1992 \_\_\_\_\_

**Thème de l'article :**

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>?</b>
1. Les objectifs sont clairement définis		NON	
2. Méthodologie de l'étude			
• L'étude est comparative	OUI		
- <i>l'étude est prospective</i>		NON	
- <i>l'étude est randomisée</i>			
• Le calcul du nombre de patients a été fait <i>a priori</i>		NON	
• La population de l'étude correspond à la population habituellement traitée			?
• Toutes les variables cliniquement pertinentes sont prises en compte			?
• L'analyse statistique est adaptée		NON	
• L'analyse est faite en intention de traiter		NON	
3. Les résultats sont cohérents avec l'objectif de l'étude et tiennent compte d'éventuels effets secondaires			?
4. Applicabilité clinique			
• La signification clinique est donnée		NON	
• Les modalités de traitement sont applicables en routine	OUI		q

**Commentaires :**

## Annexe 3

### Grille Consort

Application sur l'article « Kinésithérapie et fonctions viscérales », Daniel Grosjean, 1983.

SECTION L'ARTICLE Thème	DE N° L'ITEM	DE DESCRIPTION	PAGE
		et analyse suivant l'article .	

#### TITRE ET RESUME

- 1 Comment les participants ont-ils été assignés aux interventions (ex : «allocation par tirage au sort», «randomisés», ou «assignées au hasard»)

Il est indiqué « Une expérimentation en double aveugle randomisée sur les colopathies fonctionnelles. »

#### INTRODUCTION

- Contexte* 2 Contexte scientifique et explication du bien-fondé

L'introduction traite de la théorie qui est comme nous l'avons vu en marge du point de vue scientifique reconnu actuellement.

#### METHODES

- Participants* 3a Critères d'éligibilité des participants

Les critères sont bien définis et expliqués.

- 3b Structures et lieux de recueil des données

Le lieu de l'étude est donné.

- Interventions* 4 Détails précis des interventions proposées pour chaque groupe, comment et quand elles ont été véritablement conduites

Les interventions sont correctement décrites.

<b>Objectifs</b>	5	<u>Objectifs spécifiques et hypothèses</u>	Les objectifs et hypothèses sont décrits dans cette étude.
<b>Critères de jugement</b>	6a	<u>Critères de jugement principal et secondaires clairement définis</u>	Cinq critères principaux sont clairement définis.
	6b	<u>Toute méthode utilisée pour améliorer la qualité des mesures (ex : observations multiples, entraînement des évaluateurs)</u>	La façon selon laquelle ces critères sont mesurés est mal indiquée.
<b>Taille de l'échantillon</b>	7a	<u>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ?</u>	Il n'est pas indiqué comment la taille à été déterminée.
	7b	<u>Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d'arrêt</u>	Pas applicable.
<b>Randomisation</b>			
Production de séquence	la8	<u>Méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation par tirage au sort</u>	Table de permutation au hasard par six.
Assignment secrète	9	<u>Méthode utilisée pour mettre en oeuvre la séquence d'allocation randomisée (ex : enveloppes numérotées ou allocation téléphonique centralisée), en précisant si elle est restée scellée jusqu'à l'allocation des interventions</u>	Utilisation d'enveloppes scellées.
Mise en oeuvre	10	<u>Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leurs groupes</u>	Les enveloppes ont été préparées par une tierce personne.
<b>Aveugle</b>	11a	<u>Savoir si les participants, ceux qui administrent les</u>	

traitements et ceux qui évaluent le résultat étaient en aveugle du groupe d'assignation des interventions

Les participants, les évaluateur sont en aveugle, mais pas les thérapeutes (impossible).

11b Comment le succès de l'aveugle a-t-il été évalué ?

Cela n'a pas été évalué.

**Méthodes statistiques** 12a Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes en regard du (des) critère(s) principal(aux) de jugement

La méthode statistique est brièvement décrite.

12b Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles des analyses de sous-groupe ou des analyses ajustées

Pas utilisé.

## RESULTATS

**Flux des participants** 13a Flux des sujets à chaque étape (un diagramme est fortement recommandé). Plus précisément, présenter pour chaque groupe le nombre de participants qui ont été assignés par tirage au sort, qui ont reçu le traitement qui leur était destiné, qui ont complété le protocole d'étude, qui ont été analysés pour le critère de jugement principal

Cela est fait dans l'étude.

13b Décrire les écarts au protocole initial, et leurs raisons

La nature de l'exclusion des patients est précisée.

**Recrutement** 14 Dates définissant les périodes de recrutement et de suivi

Cela n'est pas précisé.

**Données à l'inclusion** 15 Caractéristiques démographiques et cliniques de chaque groupe à l'inclusion

Ces données ne sont pas présentées.

**Effectifs analysés** 16 Nombre de participants (dénominateur) par groupe

inclus dans chaque analyse et préciser si l'analyse était en intention de traiter'. Donner les résultats en nombre absolu lorsque cela est possible (ex : 10 sur 20, et non 50%)

Il n'est pas dit que l'étude est en intention de traiter, mais le nombre de patient pour chaque groupe est donné.

**Critères et estimations** 17

Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner un résumé des résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet et sa précision (ex : intervalle de confiance à 95%)

Cela n'est pas fait.

**Analyses accessoires** 18

Aborder la multiplicité des analyses en décrivant toute analyse supplémentaire réalisée, comprenant les analyses en sous-groupes et les analyses ajustées en précisant les analyses spécifiées a priori et les analyses exploratoires

R.A.S

**Effets secondaires** 19

Tout événement indésirable ou effet secondaire important dans chaque groupe d'intervention

Aucun événement indésirable n'est mentionné.

## DISCUSSION

**Interprétation** 20

Interprétation des résultats en tenant compte des hypothèses, des sources de biais potentiels ou d'imprécision et des dangers associés à la multiplicité des analyses et des critères de jugement

Pas de discussion sur ces thèmes dans cet article.

**"Généralisabilité"** 21

Généralisabilité (validité externe) des résultats de l'essai

Les résultats n'ont pas de validité externe à l'heure actuelle.

**Preuve globale** 22

Interprétation générale des résultats dans le contexte des preuves actuelles

Les résultats sont inadaptés au contexte de preuves actuelles.



Ecole de Kinésithérapie du C.H.U. de Grenoble  
19a, avenue de Kimberley – BP 158  
38431 Echirolles cedex  
Tél. 04.76.76.89.41 - 04.76.76.52.56  
fax 04.76.76.59.18



**Rhône-Alpes** Région

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE

REGION RHONE ALPES

UFR ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER-GRENOBLE I

ECOLE DE KINESITHERAPIE

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE GRENOBLE

**UNE METHODOLOGIE D'APPROCHE DES PRATIQUES NON  
CONVENTIONNELLES :  
APPLICATION PAR L'ANALYSE CRITIQUE DE LA  
MICROKINESITHERAPIE**

**(DOCUMENTS)**

Rapport de recherche présenté par : Thibaud RIVAL  
En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute

*Et du Master 1 Mouvement Performance Santé Ingénierie*

Année : 2012

Les cinq essais thérapeutiques de la microkinésithérapie avec un groupe contrôle.

**Sommaire :**

- 1) Grosjean, D & al. Colopathie fonctionnelle , 1983.
- 2) Calderara, L. Évaluation d'un traitement de microkinésithérapie chez des patients atteints de psoriasis. Bruxelles, 2004.
- 3) De Rycke, E. Évaluation de la microkinésithérapie sur la fibromyalgie, Tours, 2004.
- 4) Vaudaux, G. Évaluation de l'apport de la microkinésithérapie dans le traitement des traumatismes cervicaux récents étude en double aveugle résultats. 2003.
- 5) Grosjean, D; Dr Courier. Évaluation dans les œsophagites (n=60), CHR Bon Secours Metz, Service de gastro-entérologie, *la micropalpation* pages 114 à 117.

→ Daniel GROSJEAN

kinésithérapeute - Pont-à-Mousson

# Kinésithérapie et fonctions viscérales

Une expérimentation en double aveugle sur les colopathies fonctionnelles

Depuis des dizaines d'années déjà, la kinésithérapie a élargi son champ d'action : de l'appareil locomoteur aux autres systèmes physiologiques : respiratoire, circulatoire, cardiaque, urinaire, gynécologique et depuis peu également à la sphère digestive.

## Présentation

La microkinésithérapie depuis ses débuts en 1982 s'est intéressée à toutes ces fonctions viscérales pour des raisons embryologiques. En effet, le feuillet du mésoblaste latéral fournit par sa portion externe : la somatopleure, la musculature périphérique des membres et par sa portion profonde : la splanchnopleure,

la musculature spécifique, des organes : vaisseaux, côlon, bronches, cœur, etc. (Figure.1) Des travaux de recherche en micropalpation à partir d'observations recueillies sur les malades et de blocages musculaires expérimentaux ont permis de reconstituer ces ensembles musculaires appelés voies, à la fois dans leurs parties périphériques et profondes. La voie numéro 2 du gros intestin comporte dans sa partie périphérique les muscles court abducteur du pouce, premier et deuxième radial, court et long supinateur, deltoïde trapèze et péristaphylins et dans sa partie profonde les muscles lisses de l'organe (Figure.2). Il restait à prouver qu'il y avait bien une correspondance

entre ces deux ensembles et que la « libération » des muscles de la partie périphérique pouvait améliorer la fonction du viscère. D'où l'expérimentation en double aveugle effectuée dans le service de gastro-entérologie du Professeur Pierre Carayon au C.H.U. de Besançon.

## L'expérimentation

### Sujets « bons pour essai »

- La maladie
  - colopathies fonctionnelles,
  - comportant un ou plusieurs des quatre symptômes intestinaux :
    - douleurs abdominales;
    - constipation;
    - diarrhée;
    - ballonnements;

- avec absence de lésion organique vérifiée par lavement baryté et/ou coloscopie totale (et échographie abdominale en cas de douleurs abdominales isolées).

### ■ Les malades

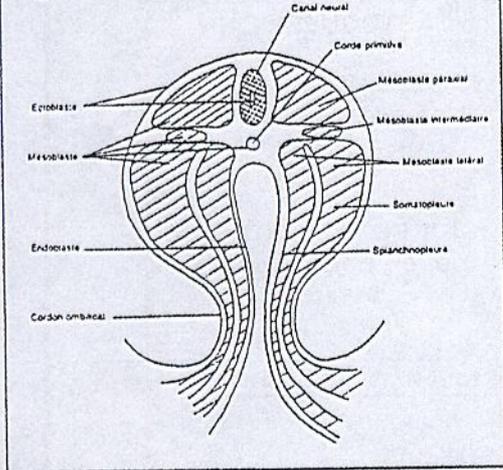
#### Critères d'inclusion

- adultes : plus de 15 ans,
- suivis par P. Carayon,
- présentant des symptômes peu ou pas améliorés par d'autres traitements (médications, acupuncture),
- acceptant d'essayer une autre thérapeutique présentée comme une nouvelle méthode permettant de « rééquilibrer l'organisme et de rétablir des microcirculations et des micromouvements dans le corps et les viscères, en particulier l'intestin, par des mobilisations douces ».

#### Critères d'exclusion

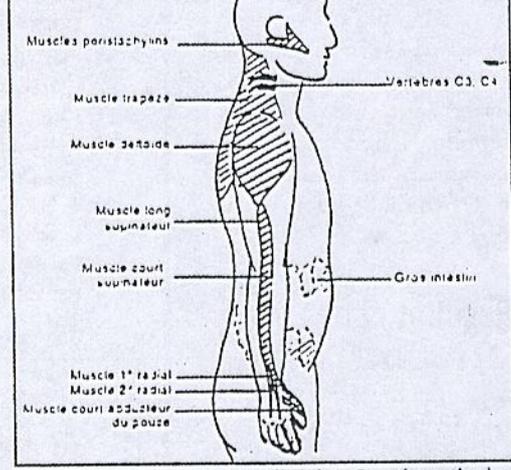
- malades qui ne pourraient être revus (indociles, non motivés, éloignés);
- malades ayant subi d'importantes interventions chirurgicales intestinales (colectomie ou hémicolectomie), les autres interventions étant simplement notées (cholécystectomie, appendicectomie...);
- malades ayant participé à l'essai préliminaire de novembre 1982 (en tant que patients ou médecins).

Figure 1



Mésoblaste latéral

Figure 2



Constitution de la voie n° 2 dite du « Gros Intestin »

## Les traitements

### Le traitement réel

#### «Microkinésithérapie»

- effectué par une équipe de deux kinésithérapeutes (D. Grosjean et P. Benini ayant l'habitude de travailler ensemble),
- deux séances pour chaque malade,
- deux étapes successives :
  - une étape de bilan : recherche de la lésion «dyskinésique» primaire et des lésions secondaires ;
  - une étape thérapeutique : correction des lésions.

A noter que ces deux étapes se confondent aux yeux d'un observateur non averti et du patient traité.

### Le placebo

- réalisé par les mêmes thérapeutes,
- une séance comportant l'étape bilan et l'étape thérapeutique simulée (application du placebo). Une tierce personne (A.M. Cahn) observant le comportement des deux thérapeutes ne devrait pas pouvoir distinguer le traitement vrai du traitement placebo.

### Tirage au sort

**Tirage au sort équilibré** (table de permutations au hasard) par série de 6, l'effectif total étant inconnu mais estimé à 60 environ.

### Enveloppes

- préparées à l'avance par une tierce personne étrangère à l'essai,
- ouvertes en début de séance par les thérapeutes eux-mêmes.

### Critères de jugement

Deux types de jugement  
*Symptômes allégués par le malade : 5 associés ou isolés*

1. douleurs abdominales
2. constipation
3. diarrhée
4. ballonnements

5 autres symptômes digestifs non intestinaux (état nauséux, lenteur de digestion, mauvaise haleine...)

Ces symptômes sont :

- présents ou absents avant le traitement,
- disparus, améliorés, inchangés, aggravés ou apparus après le traitement (la disparition ou l'amélioration des symptômes seront considérés comme un résultat positif, la stabilité, l'aggravation, l'apparition comme un résultat négatif).

*Signes cliniques constatés à l'examen : 5 isolés ou associés*

1. douleurs abdominales provoquées par la palpation
2. corde colique
3. caecum gargouillant
4. météorisme, tympanisme
5. présence de matières dans l'ampoule rectale au toucher rectal

Ces signes sont :

- présents ou absents avant le traitement,
- disparus, améliorés, inchangés, aggravés ou apparus.

### Le juge

L'enregistrement des critères de jugement et de leur évolution sera fait par le même «juge» (P. Carayon ou A.M. Cahn) qui inclura les malades dans l'essai lors d'une première consultation au plus deux mois avant le jour prévu pour la séance de traitement, puis qui reverra les malades lors d'une deuxième consultation deux à quatre semaines après le traitement. Il ignorera bien sûr la nature du traitement (réel ou placebo) subi par chaque malade.

## Résultat et analyse

Analyse effectuée par le Docteur Didier Poquin, médecin chercheur au C.R.S.S.A. - 38 702 LA TRONCHE - que nous remercions.

1 <sup>ère</sup> séance - malades inclus: 61 (retire 1 (début de cancer))			
	PLACEBO	MICROKINÉ	TOTAUX
Amélioration	11 (18,3 %)	23 (38,3 %)	34 (56,6 %)
Sans effet	18 (30 %)	8 (13,3 %)	26 (43,3 %)
Totaux	29 (48,3 %)	31 (51,6 %)	60 (100 %)

Tableau 1 : Effectifs (et % du total) des sujets ayant reçu une mobilisation placebo et une mobilisation microkiné en fonction de l'effet (amélioration/sans effet) du traitement en cours de la première séance.

*Remarque :* une correction de Yates a été apportée au Chi2 en raison d'un effectif inférieur à 10. Les sujets ayant reçu une mobilisation microkiné sont nettement améliorés par rapport au placebo. (Chi2 (1) = 6,61 ; p = 0,010).

2 <sup>ème</sup> séance - malades inclus: 59 (retire 1 (à quarte par région))			
	PLACEBO	MICROKINÉ	TOTAUX
Amélioration	11 (18,3 %)	23 (38,9 %)	34 (57,6 %)
Sans effet	17 (28,8 %)	8 (13,5 %)	25 (42,3 %)
Totaux	28 (47,5 %)	31 (52,5 %)	59 (100 %)

Tableau 2 : Effectifs (et % du total) des sujets ayant reçu une mobilisation placebo et une mobilisation microkiné en fonction de l'effet (amélioration/sans effet) du traitement au cours de la 2<sup>ème</sup> séance.

*Remarque :* une correction de Yates a été apportée au Chi2 en raison d'un effectif inférieur à 10. Les sujets ayant reçu une mobilisation microkiné sont nettement améliorés par rapport au placebo (Chi2 (1) = 5,98 ; p = 0,014).

## Conclusion

Cette étude permet de conclure :

- à l'absence d'effet négatif ;
- à l'inutilité de multiplier les séances ;
- à l'apport positif de la microkinésithérapie dans le cas des colopathies fonctionnelles.



## LA MICROKINESITHERAPIE



Une technique de massage adoptée par 4000 kinés français et européens.

Une technique manuelle, qui a pour **BUT D'ANNULER** dans le corps les événements déstabilisants et de permettre ainsi l'**AUTOGUERISON**.

Formation de base en trois fois deux jours suivie d'une révision avec passage du Certificat de Compétence (par soins sur patients).

**NOMBREUSES FORMATIONS** dans toute la France, en Belgique, en Italie, en Espagne et en Suisse.

Pour tout renseignement :

C.F.M.

Maisonville - 54700 PONT-A-MOUSSON  
Tél. : 03.83.81.39.11 / Fax : 03.83.81.40.57

Internet : <http://www2.microkinesitherapie.com>

# EVALUATION D'UN TRAITEMENT DE MICROKINESITHERAPIE CHEZ DES PATIENTS ATTEINTS DE PSORIASIS

Laurent CALDERARA - Bruxelles

---

## I ) REMERCIEMENTS

Nous tenons tout d'abord à remercier le GIPSO (groupe d'aide à la recherche et à l'information sur le psoriasis ) et surtout Madame Wandersheid Joëlle et Monsieur Destrez Jacques qui nous ont permis de mener à bien notre évaluation par leur organisation et par leur travail de recrutement ainsi que pour la récupération de tous les dossiers. Nous tenons aussi à remercier tous nos amis microkinésithérapeutes qui se sont mobilisés pour mener à bien cette étude.

## II ) DEFINITION DU PSORIASIS

Affection cutanée, caractérisée par l'apparition de squames blanchâtres ou nacrées, sèches, qui s'enlèvent par le grattage, recouvrant des surfaces rouges, luisantes, configurées en placards. Il se montre de préférence aux genoux et aux coudes, au sacrum, à la plante des pieds, à la paume de la main, au cuir chevelu, à la face et à la poitrine (Larousse Encyclopédie).

## III ) ETUDE

### 1. BUT

Le but de notre étude est d'objectiver la surface atteinte par le psoriasis et démangeaisons avant et après séance de microkinésithérapie

### 2. PRESENTATION

Cette étude s'est déroulée en deux parties :

Le 7 juin 2003 à Bruxelles :

10 microkinésithérapeutes : 8 microkinésithérapeutes effectuant un traitement complet (dernier protocole en cours) ; 2 microkinésithérapeutes en formation A, B, C, effectuant les traitements placebos.

Le 3 janvier 2004 à Arlon :

9 microkinésithérapeutes : 8 microkinésithérapeutes effectuant un traitement complet (dernier protocole en cours) ; 1 microkinésithérapeute en formation A, B, C, effectuant les traitements placebos.

### 3. METHODOLOGIE

#### a. Critères d'inclusion

Tous les patients ont reçu une lettre renseignant les modalités d'inclusion (annexe 1).

#### b. Questionnaire : le même à remplir à J = le jour de la séance ; J + 15 jours ; J + 90 jours (annexe 2).

c. Déroulement de la séance

Nous avons attribué à chaque microkinésithérapeute une série de numéros.

Exemples : Microkinésithérapeute A : 1 – 11 – 21 – 31 – 41

Microkinésithérapeute B : 2 – 12 – 22 – 32 – 42

Etc....

A l'entrée dans la salle de soins , la responsable du GIPSO attribue un numéro de passage à chaque patient. Le patient va être pris en charge par le microkinésithérapeute ayant le numéro correspondant.

#### IV) RESULTATS

##### 1. NOMBRE DE DOSSIERS:

Bruxelles : Patients traités = 43

Dossiers complets reçus ; traitements complets = 21 ; Dossiers exploitables = 18

Dossiers complets reçus ; traitements placébos = 4 ; Dossiers exploitables = 4

Arlon : Patients traités = 54

Dossiers complets reçus ; traitements complets = 39 Dossiers exploitables = 32

Dossiers complets reçus ; traitements placébos = 4 Dossiers exploitables = 4

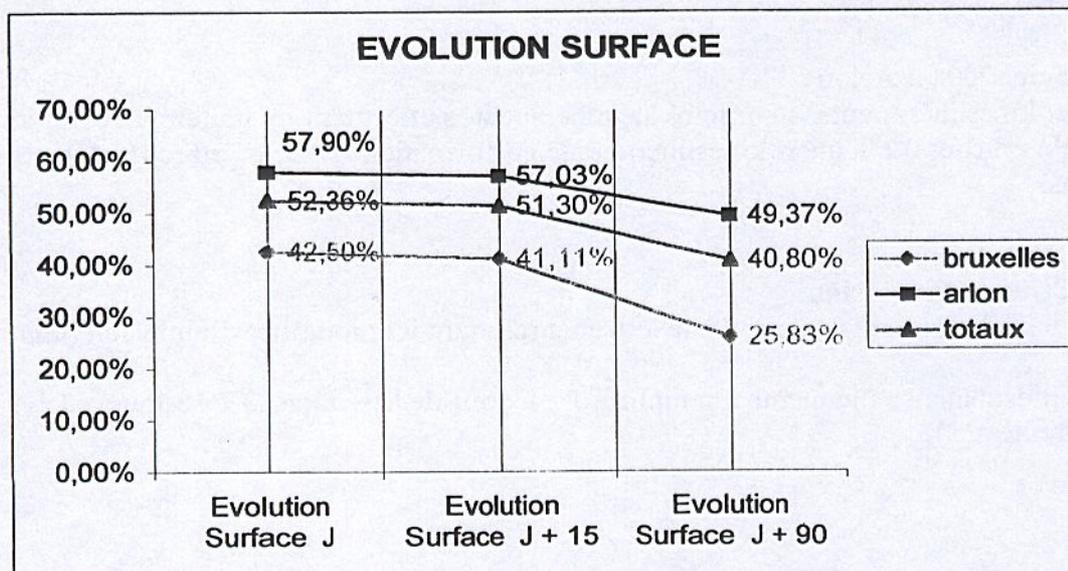
Total : Patients traités = 97

Dossiers complets exploitables ; traitements complets = 50

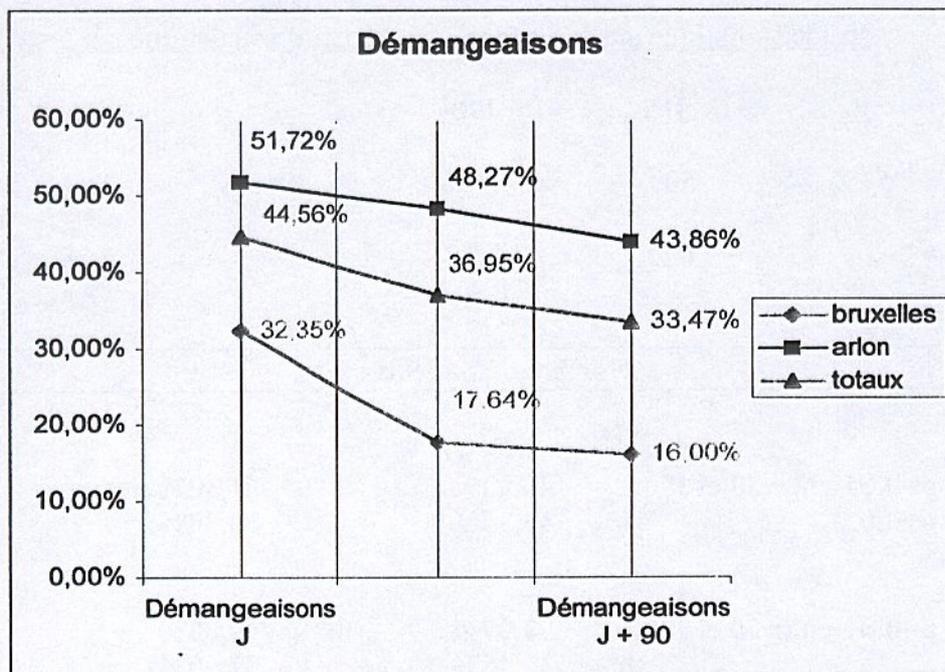
Dossiers complets exploitables ; traitements placébos = 8

Soit 60 % de dossiers complets exploitables.

##### 2. MODIFICATIONS DANS LES SURFACES DES ZONES ATTEINTES :



### 3. MODIFICATIONS DANS LES DEMANGEAISONS :



### 4. COMPARAISON AVEC LE GROUPE PLACEBO :

Cette comparaison n'est que très approximative puisque le groupe placebo ne comporte que 8 personnes.

Tableau des pourcentages d'amélioration entre J et J+90 (- = aggravation)

TRAITEMENTS COMPLETS			
	Arlon	Bruxelles	Total
Evolution surface	14,82% (32)	31,78% (18)	20,93% (50)
Démangeaisons	20,22% (28)	37,26% (18)	26,52% (46)

TRAITEMENTS PLACEBOS			
	Arlon	Bruxelles	Total
Evolution surface	-12,5% (4)	3,5% (4)	-4,5% (8)
Démangeaisons	23,12% (4)	50,87% (4)	37% (8)

## 5. ANALYSE :

	<u>Etude statistique sur la surface</u>			<u>Etude statistique sur les démangeaisons</u>		
	<u>J0</u>	<u>J15</u>	<u>J90</u>	<u>J0</u>	<u>J15</u>	<u>J90</u>
Moyenne	51%	50%	41%	39%	33%	30%
Ecart type		0,29	0,28		0,28	0,29

Nombre de patients : 50

### Surface

Intervalle avec $p=0,01$ entre J0 et J90	40,93%	41%	61,30%
Intervalle avec $p+0,05$	41%	43,35%	58,88%

### Démangeaisons

Intervalle avec $p=0,01$ entre J0 et J90	28,97%	30%	49,88%
avec $p=0,05$	30%	31,45%	47,40%

L'étude statistique est significative avec un seuil de fiabilité à 5% ( $p+0,05$ ), selon le test du  $Ki^2$  qui est en fait le calcul d'un écart type, après et avant traitement.

Ce test n'est valable que pour un nombre de patients supérieur ou égal à 30.

## V) DISCUSSION

- 2 périodes différentes pour les traitements : il y a très peu de différence entre l'étude effectuée à Arlon en hiver et celle de Bruxelles, avant l'été (effet du soleil)
- Les résultats sont très moyens mais quelques cas individuels sont très bons
- Avis d'un dermatologue : ces résultats sont aussi bons voire meilleurs que ceux obtenus par les médicaments
- Proposition :
  - refaire une nouvelle étude avec la mesure de la biométrie cutanée sur les zones atteintes avant et après traitement,
  - utiliser les tests d'évaluation PASI-COOLE qui sont validés en dermatologie.

Ce protocole d'évaluation prend en considération la surface atteinte au niveau de la tête, du tronc, des bras et des jambes avec une échelle visuelle analogique de 1 à 6 pour chaque région.

Il évalue également la plaque en fonction de sa rougeur, son épaisseur et le squame selon une échelle de 1 à 4 pour chacune de ces caractéristiques. Ce qui donne un score de sévérité.

Le PASI ne peut être valable que lorsqu'au moins 10% de la surface du corps est atteinte.

Il serait intéressant d'étudier l'effet de la microkinésithérapie en complément à d'autres traitements (puvathérapie, cortisone, etc...).

# EVALUATION DE LA MICROKINESITHERAPIE SUR LA FIBROMYALGIE

Eric De RYCKE – Tours

## FIBROMYALGIE ET MICROKINESITHERAPIE

### **I - La Microkinésithérapie**

- Technique de massage manuelle, basée sur la micropalpation des différents tissus du corps, afin de recueillir des informations spécifiques, quand à l'origine des lésions; et de pouvoir ensuite ré-informer le corps, par une action palpatoire très douce, pour relancer le processus des défenses immunitaires
- Restaure le terrain affecté par une reproduction de l'étiologie du symptôme
- Son explication est basée pour beaucoup sur les données et les lois de l'embryologie

### **II - La Fibromyalgie : syndrome polyalgique idiopathique diffus**

- Pathologie, non inflammatoire, comportant des douleurs diffuses, plutôt axiales, souvent associées à une impotence musculaire relative, des troubles fonctionnels variés et une note anxio-dépressive
- Douleurs à la palpation digitale de au moins 11 points sur 18

### **III - Les 18 points**

- Occiput bilatéral ( insertion des muscles sous occipitaux )
- Cervical bas bilatéral ( ant. espace intertransversaire C5-C7)
- Trapèzes ( bord sup. moyen du muscle )
- Sus épineux ( insertion bord int. de l'épine de l'omoplate )
- 2ème côte, bilatérale ( jonction chondrocostale, surface sup. )
- Epicondyliens ( 2 cms au dessus épicondyle )
- Fessiers ( 1/4 supéro-externe )
- Trochantériens ( arrière de la saillie du grand trochanter )
- Genoux ( face interne, proche de l'interligne )
- Manifestations souvent associées à la fibromyalgie :
  - Sommeil non réparateur / fatigue
  - Syndrome anxio-dépressif
  - Fatigue musculaire
  - Courbature et raideur

#### **IV - Hypothèse**

- La microkinésithérapie semble apporter une aide aux patients souffrant de fibromyalgie ; nous avons voulu évaluer son efficacité avec le CHU de Tours
- Objectif:
  - Évaluer l'efficacité d'une seule séance de microkinésithérapie sur le confort du patient
  - Évaluer l'efficacité après plusieurs séances

#### **V - Protocole d'étude**

- Cette étude a été effectuée en collaboration avec le Dr I.Vannier et le Centre anti-douleurs de l'hôpital Bretonneau, CHU de Tours – France –
- Analyse statistique par le service d'information médicale du CHU Tours

#### **VI - Population et méthode**

- Étude prospective randomisée contre placebo, en aveugle (le médecin du centre et les patients sont en aveugle)
- Population
  - Inclusion : patients atteints de fibromyalgie vus en CS durant 2003 et début 2004 (diagnostics confirmés par le Dr I.Vannier )
  - Exclusion :
    - non certitude de diagnostic
    - patients ne pouvant être revus
    - patients ayant bénéficié de MK
- Méthode de traitement
  - Tirage au sort du traitement à effectuer avant la séance
  - Réalisation du traitement de microkinésithérapie
  - Réalisation du placebo
- Évaluation de l'efficacité
  - Questionnaire rédigé par l' ACDM sur des critères de l' ANAES
    - Comportant 8 questions
    - Évaluation par le patient lui-même
    - Avant le traitement et par semaine, pendant 4 semaines
  - Distribution et réception du questionnaire

➤ Analyse statistique

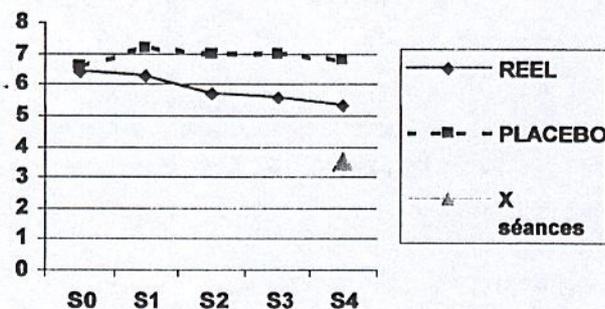
- Logiciel SAS, procédure Proc Mixed :
  - Tests spécifiques pour évaluations répétées au cours du temps
  - Critère de significativité :  $p < 0,05$

## VII - Résultats

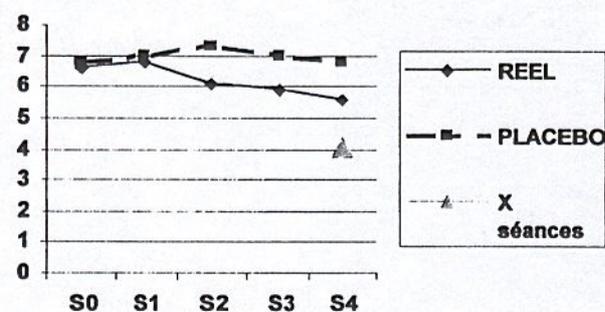
- Nombre de questionnaires complets: **28** - traitements réels: **19**  
- traitements placebo: **9**

- Âge moyen 46 ans / extrême : 32 à 60 ans
- Sexe : 27 femmes , 1 homme
- Ancienneté d'atteinte 6 ans / extrême : 4 mois à 20 ans

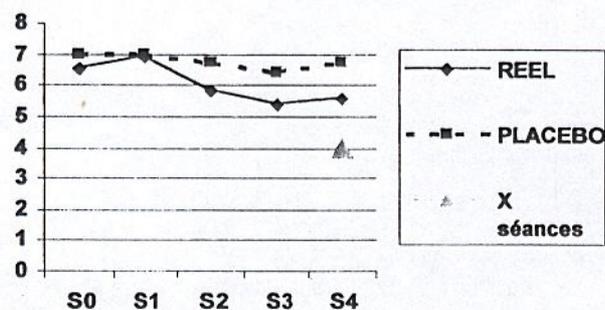
### Incapacité de travail P=0,0144



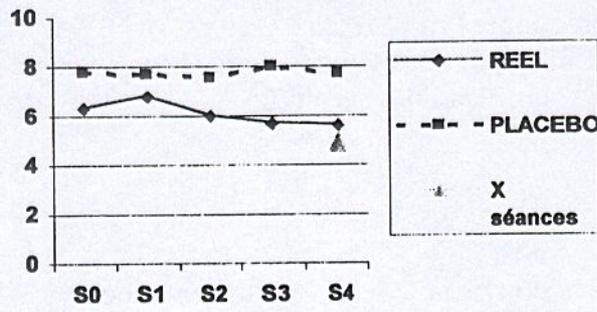
### Intensité des douleurs P=0,0309



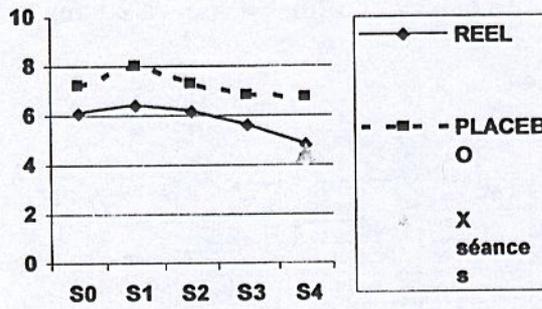
### Intensité de la fatigue P=0,1206



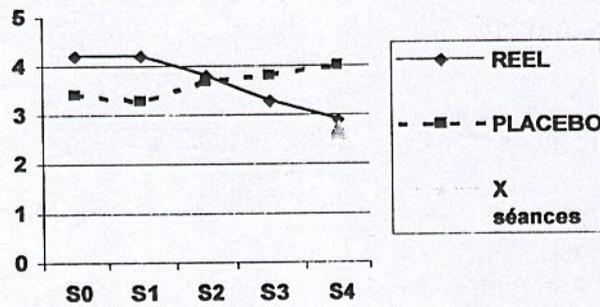
Capacité de récupération – fatigue le matin -  $P=0,0002$



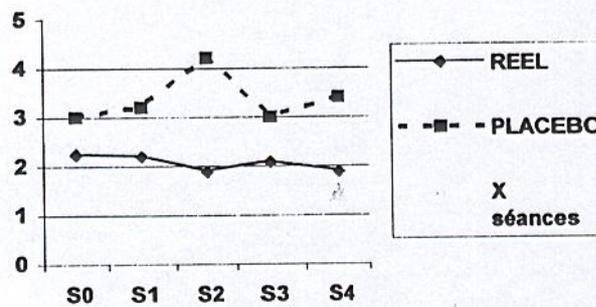
Raideurs  $P=0,0014$



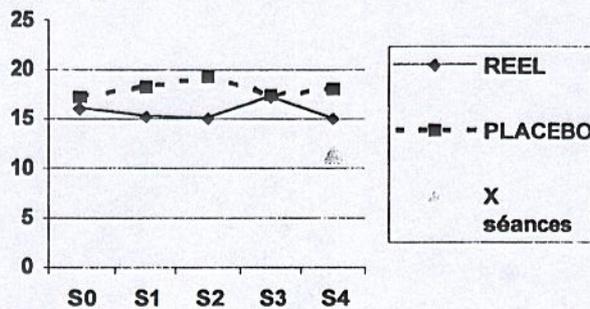
Enervement – Agitation  $P=0,9950$



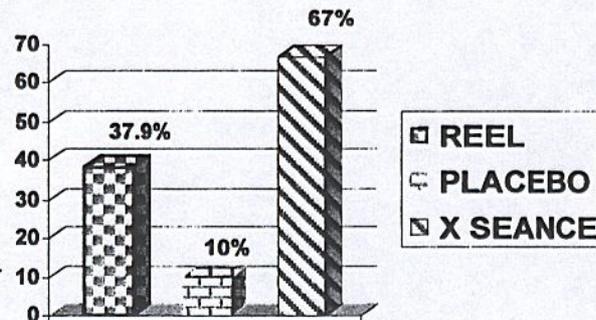
Etat dépressif  $P=0,0104$



## Nombres de zones douloureuses



## Pourcentage de satisfaction



## VIII - Commentaires

- 5 questions sur 7 possèdent un résultat significatif ( $p < 0,05$ ) sur le pourcentage d'erreur d'interprétation
- Il y a une action positive de la MK sur tous les critères de la fibromyalgie
- Une étude avec une population plus importante est envisagée, et pourrait confirmer d'avantage l'action de la Microkinésithérapie

## IX - Conclusion

- Cette étude permet de démontrer le bénéfice d'une technique manuelle, sans effets secondaires, sur la fibromyalgie.
- Que l'efficacité est confirmée dans le temps sans nécessiter un grand nombre de séances
- Les résultats sont également confirmés par la diminution des signes cliniques observés en consultation par le médecin

# EVALUATION DE L'APPORT DE LA MICROKINESITHERAPIE DANS LE TRAITEMENT DES TRAUMATISMES CERVICAUX RECENTS ETUDE EN DOUBLE-AVEUGLE RESULTATS

Gérard VAUDAUX – La Tronche (Grenoble)

## **Introduction**

Le but de cette expérimentation en double aveugle était de montrer l'efficacité de la microkinésithérapie sur les cervicalgies après un traumatisme récent.

Dans notre étude, nous avons choisi de contrôler les patients avant et après une seule séance de microkinésithérapie.

Nous avons soumis le protocole de l'étude au Comité Consultatif de Protection des Personnes qui a toutes les compétences pour valider les critères de recherche selon la loi Huriet.

## **Présentation de la recherche**

L'objectif de cette recherche est de montrer que la levée des tensions musculaires et articulaires, réalisée par la microkinésithérapie, entraîne d'une part une amélioration significative de la mobilité cervicale, d'autre part une régression notable des algies consécutives à un traumatisme cervical récent.

Nous verrons comment les sujets ont été sélectionnés, puis nous aborderons les paramètres qui ont été étudiés notamment l'amplitude cervicale et les douleurs relatives au traumatisme, et enfin nous terminerons cette présentation par la description du protocole expérimental ainsi que les résultats.

### Les sujets :

Deux groupes de 11 sujets ont participé à l'étude. Le premier (groupe microkiné) a bénéficié d'une part d'un traitement médical classique associant anti-inflammatoire non-stéroïdien, antalgique et décontracturant, d'autre part d'un traitement microkinésithérapique.

Le deuxième groupe (groupe placebo) a bénéficié d'un traitement médical identique au précédent groupe et d'une action placebo standardisée se substituant au traitement microkinésithérapique.

Cette recherche s'est déroulée en double aveugle : c'est-à-dire que ni le médecin évaluateur, ni le patient ne connaissaient, à aucun moment, le type de traitement suivi (microkinésithérapie ou action placebo).

### Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- patients entre 18 et 60 ans de sexe indifférent ;
- patients présentant des cervicalgies post-traumatiques de moins de 3 mois ;
- patients bénéficiant d'un traitement médicamenteux prescrit par leur médecin traitant et comportant les éléments de la trilogie classique dans ce type de pathologie : anti-inflammatoire non-stéroïdien, antalgique et décontracturant

## Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- patients qui ne peuvent pas suivre le traitement médicamenteux préconisé, pour des raisons de contre-indication ou de précaution d'emploi ;
- patients ayant bénéficié d'un autre traitement que celui prévu par le protocole ;
- patients ayant été traités pour des cervicalgies antérieures au traumatisme ;
- patients traités en kinésithérapie et en microkinésithérapie pour cette pathologie en dehors du protocole expérimental ;
- cervicalgies associées à des syndromes inflammatoires du type polyarthrite rhumatoïde, tumoraux ou infectieux ;
- cervicalgies associées à des névralgies cervico-brachiales.

## Mesure des amplitudes

les amplitudes de la colonne cervicale sont mesurées dans les trois plans de l'espace.

Les patients réalisent activement différents mouvements de leur colonne cervicale : flexion-extension, rotations droite-gauche et inclinaisons latérales. Deux essais sont réalisés pour chaque mouvement.

Le choix du matériel et le protocole de mesure goniométrique ont été préalablement validés, lors d'une étude précédente, comparant la mesure centimétrique et la mesure goniométrique.

L'évaluation de la douleur se fait selon 2 méthodes : une méthode descriptive et la méthode d'Evaluation Visuelle Analogique plus classique dans ce genre d'étude.

La méthode descriptive de la douleur donne une cotation de la douleur en 5 items allant de très faible à très intense. Il était demandé au sujet de noter sur le schéma la localisation de sa douleur et son intensité de 1 à 5 .

La méthode d'Evaluation Visuelle Analogique "EVA" se fait à l'aide d'une réglette graduée en centimètres de 0 à 10 (0 représente l'absence de symptôme, et 10 le maximum). A chaque question prévue pour l'évaluation de la douleur, le patient déplace le curseur de la réglette au niveau qui lui semble approprié pour lui.

## **Description du protocole**

Tous les sujets retenus ont subi à l'origine un traumatisme datant de moins de 3 mois. Par contre, nous avons été obligés d'éliminer les patients dont le traumatisme datait de moins de 12 jours sachant que ce type de pathologie évolue favorablement et spontanément au cours des 10 premiers jours.

Les différents traumatismes que nous avons rencontrés étaient des chutes, AVP, accident de sport, chute d'objet sur la tête.

Lors de la séance de traitement le médecin reçoit le patient et vérifie les critères d'inclusion et d'exclusion.

Il évalue l'amplitude cervicale et la douleur selon les méthodes que nous avons déjà décrites. Puis il donne une enveloppe numérotée au patient contenant le code correspondant à l'intervention que doit effectuer le kinésithérapeute. En ce qui concerne la répartition aléatoire des traitements (microkinésithérapie *versus* placebo), la méthode d'échantillonnage aléatoire par grappe a été utilisée. Le médecin n'est donc pas tenu au courant du type de traitement suivi par les patients .

Le kiné reçoit le patient juste après le premier bilan et effectue l'intervention (microkinésithérapie ou action placebo) correspondant au code de l'enveloppe.

Puis la séance de contrôle a lieu en moyenne 8 jours après la 1<sup>o</sup> séance. Lors de celle-ci, le médecin contrôle les amplitudes et la douleur selon le même protocole utilisé auparavant.

## Résultats

En ce qui concerne les résultats de cette étude, nous aborderons dans un premier temps l'homogénéité des 2 groupes. En effet, il est important de s'assurer que le groupe « microkinésithérapie » est bien comparable au groupe « placebo » d'un point de vue de la répartition par sexe, âge, taille et aussi d'un point de vue du nombre de jours entre les 2 bilans.

Dans ces conditions, nous pourrions alors observer s'il existe des différences sur les paramètres des amplitudes et de la douleur relevés entre les 2 groupes.

Les analyses statistiques ont utilisé des tests non paramétriques qui sont beaucoup plus fiables dans ce genre d'étude. En effet, d'une part les échantillons de chaque groupe sont relativement petits, et d'autre part la plupart des variables observées fait appel à une évaluation subjective de la part des patients comme l'évaluation de douleur. De plus ces tests non paramétriques sont beaucoup plus exigeants pour valider une différence entre 2 valeurs. Toute différence entre nos deux échantillons sera donc plus généralisable au moindre risque de se tromper.

Le taux de significativité est retenu pour un  $p = .05$ , habituellement retenu dans ce genre d'analyse statistique.

Nous allons étudier l'homogénéité des 2 groupes. Tout d'abord, chacun comprend 11 sujets dont 7 femmes et 4 hommes pour le groupe microkinésithérapie et 6 femmes et 5 hommes pour le groupe placebo.

L'âge moyen des sujets du groupe microkinésithérapie est de 26,8 ans (+ ou - 10,7 ans) et l'âge moyen des sujets du groupe placebo est de 25,9 ans (+ ou - 12,1 ans). Il n'existe pas de différence significative au niveau de l'âge entre ces 2 groupes.

De la même façon, il n'existe pas de différence significative de taille entre les 2 groupes. La taille moyenne des sujets du groupe microkinésithérapie est de 1,70 m (+ ou - 6,4) et celle des sujets du groupe placebo est de 1,73 m (+ ou - 11).

En ce qui concerne les délais entre le traumatisme cervical et les bilans, il n'existe aucune différence significative entre les 2 groupes.

Tous les sujets ont également attendu au moins 12 jours entre le traumatisme et le 1<sup>o</sup> bilan de l'étude. Le nombre de jours entre le traumatisme cervical et le 1<sup>o</sup> bilan est en moyenne de 34,9 jours (+/- 23,8) pour le groupe microkinésithérapie et il est de 38,5 jours (+/- 27,0) pour le groupe placebo.

De la même façon, les sujets du groupe microkinésithérapie ont attendu 8,9 jours (+/- 2,9) entre les 2 bilans et les sujets du groupe placebo ont attendu 7,5 jours (+/- 1,6).

En résumé, les paramètres liés aux sujets et aux délais de l'étude montrent bien une homogénéité entre les 2 groupes.

Lorsqu'on demande aux patients d'évaluer si le traitement appliqué au 1<sup>o</sup> bilan les a amélioré, le groupe microkinésithérapie perçoit une amélioration significativement plus importante que le groupe placebo.

On peut donc se demander si cette sensation d'amélioration provient d'une reprise des amplitudes cervicales normales ou d'une baisse de la douleur.

Lors du 2<sup>o</sup> bilan, nous avons d'abord demandé aux sujets s'ils se sentaient moins limités dans leur mouvement de tête. Il apparaît que les 2 groupes perçoivent significativement une amélioration de leurs amplitudes de mouvements dans tous les plans de l'espace.

Toutefois, cette sensation n'est pas confirmée par la mesure effective des amplitudes, puisque entre les 2 bilans, l'amplitude des mouvements s'accroît mais pas de façon significative aussi bien pour le groupe

microkinésithérapie que pour le groupe placebo.

Ce résultat peut s'expliquer soit par la forte variabilité entre les sujets, soit par le fait que les sujets étaient peu limités dès le 1<sup>o</sup> bilan. De ce fait, les possibilités d'amélioration étaient ainsi plus faibles.

En ce qui concerne l'analyse de la douleur, les deux types de mesures que nous avons utilisés apportent un éclairage plus intéressant par rapport à la sensation d'amélioration du traitement microkinésithérapique relevée précédemment.

La mesure par l'échelle visuelle analogique montre que la douleur diminue significativement entre les 2 bilans uniquement pour le groupe microkinésithérapie. De plus cette diminution affecte dans les mêmes proportions tous ces sujets. En effet, il existe une corrélation positive entre le 1<sup>o</sup> et le 2<sup>o</sup> bilan pour ce groupe. On peut en déduire que tous les sujets du groupe microkinésithérapie ont bénéficié de façon favorable et à peu près identique du traitement microkinésithérapique.

L'évaluation de la douleur par la méthode descriptive confirme le résultat précédent. En effet, les douleurs superficielles diminuent significativement entre les 2 bilans pour le groupe microkinésithérapie, alors que ces douleurs tendent à évoluer favorablement mais ne sont pas significatives pour le groupe placebo.

En résumé, ces résultats montrent qu'une douleur cervicale faisant suite à un traumatisme récent, est significativement améliorée par une seule séance de microkinésithérapie par rapport à une intervention manuelle placebo.

### **Discussion**

A la question si les sujets se sentaient améliorés par la 1<sup>o</sup> séance de kinésithérapie, le groupe microkinésithérapie avait perçu une plus grande amélioration par rapport au groupe placebo. Il est probable que cette sensation d'amélioration soit liée à l'effet favorable de la microkinésithérapie sur la douleur. Toutefois cette amélioration n'a pas été relevée sur les amplitudes de mouvement. Comme nous le disions précédemment, il est probable que la plupart des sujets n'était pas assez limitée dès le 1<sup>o</sup> bilan. Leur possibilité d'évolution s'en trouvait de ce fait plus réduite.

**En conclusion**, nous avons réalisé une étude en double aveugle sur les effets d'une seule séance de microkinésithérapie sur des traumatismes cervicaux récents. Cette étude a été difficile car le recrutement des patients était lent. Rappelons que cette recherche s'est déroulée en cabinet de ville. Il fallait donc concilier les impératifs de la recherche et l'éthique médicale que tout patient est en droit d'attendre de la part de son thérapeute.

C'est aussi un des points fort de cette étude que d'avoir pu observer en pratique courante le rôle de la microkinésithérapie sur l'évolution de ces patients.

Enfin si aucune évolution n'a été constatée au niveau des amplitudes de mouvement, nous avons pu montrer en revanche que dans l'échantillon étudié, une seule séance de microkinésithérapie a eu un effet significativement antalgique et supérieur à une intervention placebo.

## 96 - La lecture corporelle

Cette lecture en surface a permis à la microkinésithérapie de passer beaucoup plus rapidement de la pathologie à l'étiologie responsable des désordres observés. Ces étiologies ont été complétées par de nombreuses autres, telles les étiologies vibratoires par irradiation ou exposition à des champs magnétiques ou électro-magnétiques intenses. Mais aussi par les étiologies d'origine psychologique comme les chocs émotionnels qui eux aussi sont "mémorisés" dans le corps du sujet.

En effet, cette lecture par déformation peut aussi être faite ailleurs qu'au niveau de la surface en pénétrant de la même manière à l'intérieur du corps du sujet d'une zone dans une autre. Ce type de lecture dite "corporelle" permet en outre d'établir une lecture des étiologies en fonction de l'orthogenèse ou de la phylogenèse comme cela avait été présenté pour le système nerveux, mais cette fois pour l'ensemble des tissus. Chaque niveau de développement acquis par l'animal lui donne des capacités supplémentaires mais l'expose aussi à des agressions nouvelles.

C'est ainsi, que le fait d'acquérir un néo-cortex après un paléo et un archéo-cortex donne à l'animal des facultés psychologiques supplémentaires mais l'expose aussi à des chocs émotionnels qui, peuvent alors être localisés et corrigés d'une manière identique (3).

## 97 - Expérimentation sur les oesophagites

Cette expérimentation s'est effectuée dans le service d'endoscopie digestive du CHR de Bon Secours à Metz de juin 90 à septembre 92.

### 1) Population

60 personnes souffrant d'oesophagites ont été incluses dans cette expérimentation. Seuls 48 dossiers ont été analysés. Les 12 derniers qui manquent proviennent du fait que les personnes ne sont pas revenues aux contrôles ultérieurs.

Répartition par sexe : 17 hommes, 31 femmes, soit environ 2 fois plus de femmes que d'hommes. Moyenne d'âge : 41 ans, échelonnés entre 18 et 64 ans.

### 2) Symptomatologie

Ancienneté moyenne de l'oesophagite 3 ans 1/2, peu ou non améliorée par les médicaments à 58 %, post prandiale à 66 % avec 2,5 épisodes par jour en moyenne, de type pyrosis et brûlure forte à plus de 50 % avec régurgitations, nausées et vomissements faibles.

La gastroscopie montre une détérioration à environ 50 % de l'état des muqueuses (25 mm sur une échelle de 0 très mal, à 50 très bon).

### 3) Traitement

Par microkinésithérapie groupe a, ou placebo de microkinésithérapie groupe b, la répartition était :

de 29 a, pour 31 b, au départ.

Elle a été :

de 21 a, pour 27 b, dans les résultats sur les 48 retenus, soit 44 % du total contre 56 %.

L'homogénéité a été respectée sauf pour le groupe "a" traité qui avait des éructations plus fortes que le groupe "b" (95 % contre 65 %) ( $p$  à 0,052).

#### 4) Observations micropalpatoires

Les bilans micropalpatoires effectués sur les 60 personnes incluses montrent sur 48 personnes un dysfonctionnement des parathyroïdes avec une répercussion sur l'estomac, ce qui signifie que l'oesophagite semble être en rapport avec une gastrite non pas nerveuse mais endocrinienne et plus précisément para thyroïdienne de type spasmes gastriques dans 80 % des cas.

#### 5) Résultats

Un bilan a été effectué à J + 14 et J + 3 mois, les malades notaient sur une fiche d'évaluation, le nombre de pyrosis ou d'épisodes aigus du 1<sup>o</sup> et le 14<sup>o</sup> jours après la séance par le médecin en présence du malade en fonction des feuilles d'évaluation.

##### 1<sup>o</sup> - Résultats significatifs

Les seuls résultats significatifs entre les 2 groupes sont obtenus sur les fiches d'auto-évaluation par les malades.

Entre le groupe "a" traité et le groupe "b" placebo, il y a eu une diminution de l'intensité des brûlures de nuit comme de jour, le 4<sup>o</sup> jour.

(P = 0,0162 pour le jour ;

p = 0,0467 pour la nuit).

Cette diminution est presque significative déjà le 3<sup>o</sup> jour, (P = 0,0659).

##### 2<sup>o</sup> - Études de quelques paramètres

###### a - Efficacité du traitement à J 14

- jugée par le malade : (P = 0,175)

	a) traité	b) placebo	total
Aggravé	0 %	0 %	0 %
Inchangé	42,86	44,44	43,75
Amélioré	14,29	37,04	27,08
Disparition	23,81	7,41	14,58
Sans réponse	19,05	11,11	14,58

- jugée par le médecin : (P = 0,295)

Résultats	a) traité	b) placebo	total
Nuls	28,57	25,93	27,08
Médiocres	14,29	29,63	22,92
Bons	19,05	29,63	25,00
Excellents	19,05	3,70	10,42
Sans réponse	19,05	11,11	14,58

*b - Efficacité jugée à 3 mois*

- par le malade fiche (P = 0,650)

Brûlures	a) traité	b) placebo	total
Aggravées	0,00	0,00	0,00
Inchangées	38,10	22,22	29,17
Améliorées	28,57	40,74	35,42
Disparition	19,05	18,52	18,75
Sans réponse	14,29	18,52	16,67

- par le médecin : seul 7 patients ont été examinés, soit 15 % des malades

*c - Répartition des impressions de traitement*

- réponse à la question : "pour vous quel traitement vous a été pratiqué?"  
(P= 0,160)

	Groupe (a)	Groupe (b)
M.K.T. Traitement réel	58,82	80,00
Placebo	41,18	20,00

## 6) Discussion

*a - Les conditions d'expérimentation*

La principale difficulté rencontrée lors de cette expérimentation qui s'est étalée sur 2 ans, provient de la nature du service qui l'organisait. Ce service est un service d'examen d'endoscopie et non de traitement, ce qui a posé un problème tant pour recruter les malades que pour recueillir les observations, d'où une perte de 20 % inclus à 14 jours et de 85 % à 3 mois. Il faut néanmoins remercier le médecin pour avoir accepté d'effectuer ce travail.

*b - Les résultats*

Ils montrent scientifiquement la réalité de l'effet de la microkinésithérapie sur les oesophagites au 3<sup>o</sup> jour. Ceci confirme d'ailleurs toutes les observations antérieures sur l'effet bénéfique des séances après 48 heures.

Pourtant cet effet bénéfique semble s'épuiser dans les oesophagites, ce qui montre l'insuffisance des corrections apportées.

*c - Effet iatrogène*

L'étude des pourcentages est cependant intéressante. Elle ne montre aucune aggravation dans tous les cas. L'effet non iatrogène du traitement est donc prouvé une fois de plus.

#### *d - Effet placebo*

A 14 jours le groupe placebo a réagi à 44 % favorablement soit exactement le même pourcentage que ceux qui n'ont pas réagi compte tenu des non-réponses, soit 1 sur deux.

Le groupe traité n'a réagi qu'à 38 % contre 42, soit à peu près le même pourcentage. Avec toutefois 23 % de disparition complète des symptômes contre 7 % dans le groupe placebo. Observation confirmée par l'examen médical.

On peut donc en conclure que les 2 groupes ont réagi à 50 % à la séance soit un très fort placebo avec toutefois un effet bénéfique plus important dans le groupe traité.

A 3 mois, l'effet placebo semble encore se renforcer puisque les résultats montrent 22 % d'inchangés et 59 % d'améliorés dont 18 % avec disparition complète des symptômes dans le groupe placebo.

Dans le groupe traité, on trouve 38 % d'inchangés, 48 % d'améliorés dont 19 % avec disparition complète des symptômes. On a donc un groupe placebo meilleur que le groupe traité avec 73 % de bons résultats contre 56 % dans le groupe traité si on ne tient compte que des résultats obtenus.

Remarquons que ce pourcentage est de toute façon intéressant puisque nous avons en finale en moyenne 65 % d'améliorés contre 35 % inchangés. 3 mois après 1 séance de microkinésithérapie ou d'un placebo de microkinésithérapie, soit 2 personnes sur trois dans une maladie chronique.

L'étude de l'effet placebo montre :

a - que cet effet n'est pas momentané comme on le pense très souvent (4) puisqu'il se maintient 3 mois après la séance ;

b - qu'il met plus de temps à apparaître que l'effet du traitement réel ;

c - qu'il est induit par la malade. En effet, à la question "selon vous, avez-vous eu un traitement réel ou placebo ?". Le groupe "a" qui a eu un traitement réel répond à 58 % un traitement réel contre 42 % un placebo, alors que le groupe "b" qui a eu un placebo répond à 80 % un traitement réel contre 20 % un placebo. Le groupe placebo a donc perçu la séance comme étant un traitement réel.

Pourquoi un tel effet placebo ? Il faut revenir ici sur le déroulement de la séance. Tous les malades sont invités à s'allonger sur une table d'examen. Les thérapeutes effectuent alors un bilan micropalpatoire complet avec le relevé par écrit de toutes les étiologies trouvées à l'insu des malades.

Dans le groupe "a", toutes ces traces d'agressions sont alors stimulées manuellement. Le groupe placebo ne bénéficiait pas de ces stimulations. Les thérapeutes pensaient que seul le groupe traité était alors informé par ce geste manuel de stimulation des étiologies responsables et donc réagissait en effectuant des auto-corrections.

Or, le groupe placebo a ressenti cette lecture sans stimulation manuelle comme un vrai traitement à 80 %. L'information a donc été également perçu par ce groupe mais d'une façon moins rapide que lors de la stimulation. Ceci pose la question du support de l'information et de la communication entre thérapeute et malade qui peut se faire apparemment au-delà du toucher et de la parole.

