

## **« L'effet placebo » en ostéopathie : Élément nuisible ou essentiel?**

Rédigé par Alexis Manescau D.O., Lauréat du prix Louisa Burns, 2011

Révisé par Christian Bérubé D.O., Sandra O'Connor D.O. et Marie-Line Deslauriers D.O.

### ***Préambule***

Pour notre mémoire de fin d'études, nous avons tenté de mesurer si certains facteurs subjectifs associés à la manière de faire de l'ostéopathe avaient une influence sur l'amélioration de l'état du patient. Cela nous a plongé au cœur d'un débat tenu par les chercheurs de haut niveau en ostéopathie : l'influence de l'effet placebo est source de confusion ou de problème en recherche médicale, mais en est-il de même en recherche ostéopathique? Et en traitement, quel est l'impact de cet effet et quelle valeur lui attribue-t-on devant l'efficacité de nos interventions? En vérité, quel rapport l'ostéopathie devrait-elle entretenir face à l'effet placebo? Est-ce que le fait de soutenir l'effet placebo discréditerait notre profession?

Cet article bien qu'inspiré des propos soutenus dans notre mémoire (Manescau 2011) n'est pas un sommaire de notre recherche. Il reprend les arguments tenu par les chercheurs en ostéopathie afin de répondre à la question suivante : « Comment devrait-on faire de la recherche en ostéopathie? »

### ***Introduction : Aspect équivoque de la persuasion et de l'effet placebo***

Dans notre quotidien, nous agissons toujours en fonction de nos valeurs, de nos croyances et dans un contexte socioculturel défini. À travers notre communication verbale, para verbale et non verbale ainsi qu'à travers le langage du corps, des suggestions directes et indirectes accompagnent chacune de nos pensées et actions. De ce fait, pour être bien compris et pour obtenir ce qu'on désire, nous avons recours constamment à l'usage de la persuasion et ce de manière intentionnelle ou involontaire. La rhétorique est l'art de la persuasion et de la composition; elle peut aussi être définie par l'éloquence. La persuasion rhétorique s'obtient davantage en faisant appel à la logique ainsi qu'aux passions et elle ne doit pas être confondue avec la persuasion coercitive. La coercition est plutôt obtenue par la contrainte physique et morale.

Afin d'engager un climat de confiance à l'intérieur de la relation thérapeutique, le thérapeute et le patient font tous deux appel à diverses stratégies rhétoriques telles que l'empathie, les principes de l'écoute active, l'usage des métaphores, des gestuelles et des mimiques,... ces outils deviennent le véhicule qui permet au patient de communiquer sa plainte et au thérapeute pour poser le diagnostic ainsi que pour prodiguer le soin. Selon certains auteurs, ces éléments psychosociaux de la relation soignant/soigné font partie des éléments d'un rituel et lorsque bien orchestré, celui-ci a le potentiel de susciter une réponse de guérison chez le patient (Kaptchuk, 2003, 2011; Moerman et Jonas, 2003; Harley, 1999).

Ces derniers auteurs emploient le terme « rituel de guérison » pour désigner un vaste amalgame d'éléments psychosociaux tels que la persuasion, la suggestion, l'attitude positive, le pronostic optimiste,

le toucher, les croyances et autres aspects contenus dans l'interaction entre le patient et le thérapeute. Que ce soit de façon intentionnelle ou involontaire, dans la médecine officielle ou alternative et particulièrement en ostéopathie plusieurs de ces éléments sont employés à l'intérieur d'une séance. Ces éléments psychosociaux peuvent générer potentiellement des effets curatifs par le phénomène qu'on nomme communément « l'effet placebo ». L'effet placebo est souvent décrit comme étant non spécifique, mais pour Kaptchuk (2011) l'effet placebo est l'effet spécifique des rituels de guérison. En d'autres mots, bien que ces éléments subjectifs aient une véritable valeur curative, ils sont aussi considérés comme nuisibles à la mesure objective des effets directs d'un traitement.

## ***Problématique : Les ECR sont-ils les meilleurs moyens pour développer l'ostéopathie?***

La médecine officielle est à l'ère du concept de l'EBM « *evidence-based medicine* » ou médecine fondée sur des données probantes. En partie développée pour protéger la population des charlatans, l'EBM considère les ECR (essais cliniques randomisés) comme la règle d'or (gold standard). C'est à dire, ayant le plus haut niveau de preuve parmi les études cliniques (Barry, 2006; Licciardone et Russo 2006; Haynes 2002). Devant les aspirations de la communauté ostéopathique à développer sa science et à être perçue de façon crédible, l'usage des ECR avec groupe contrôle témoin et placebo semble être le moyen le plus convaincant.

Le groupe contrôle témoin est employé usuellement dans les ECR pour mesurer l'évolution normale de la maladie alors que le groupe contrôle placebo est employé pour exclure la possibilité que l'efficacité d'un traitement soit attribuable à des facteurs psychologiques. Le placebo en médecine est généralement un élément inerte d'apparence identique aux médicaments étudiés et celui-ci a le potentiel de générer des effets thérapeutiques par des mécanismes qui ne sont pas spécifiques à ceux mis de l'avant dans le traitement pour expliquer l'efficacité. De ce fait, puisque ces effets ne sont pas des conséquences directes d'un traitement mais plutôt des conséquences indirectes de l'interaction entre le patient et le thérapeute lors du traitement, ils ne doivent pas être considérés pour prouver l'efficacité d'un traitement, d'une approche ou d'une méthode (Licciardone et Russo, 2006; Hartman, 2009; Haldeman et Underwood 2010).

Or, les ECR ont été développées à priori pour objectiver l'efficacité des médicaments; le modèle des ECR avec groupe placebo s'applique mieux lorsqu'on veut mesurer l'effet spécifique d'un médicament que lorsqu'on veut mesurer l'effet spécifique d'un traitement ostéopathique, les conclusions sont de loin plus objectives (Licciardone et Russo, 2006; Patterson, 2007; Sherman, 2008). Une des critiques les plus courantes avec ce type de modèle de recherche est qu'il accorde très peu de valeur factuelle à l'étiologie de la lésion ainsi qu'au contexte socioculturel, psychosocial et affectif dans lequel le patient se présente; les conclusions sont tirées à partir des généralités d'une population à l'étude et ne tiennent pas compte des particularités de l'individu (Savard, 2003; Patterson, 2007; Korr, 1991; Sherman, 2008). Selon Korr (1986, 29), auteur du concept de la lésion ostéopathique et de son segment facilité, c'est précisément ce qui distingue l'approche ostéopathique de celle de la médecine officielle : « Ne traiter que la source afférente, mécanique, c'est traiter à moitié, négliger une partie très importante de l'étiologie de la lésion et sortir la lésion de son contexte. Cela ne veut pas dire que chaque ostéopathe devrait devenir psychiatre, mais qu'il doit prendre en considération l'environnement, les facteurs affectifs, etc., du patient. »

## ***Synthèse du débat : L'effet placebo est-il un élément nuisible ou essentiel?***

Ainsi, la problématique exposée dans cet article s'articule autour de ces réflexions : Comment doivent être considérés les effets placebo en ostéopathie? Sont-ils des nuisances aux résultats, ou sont-ils des paramètres essentiels pour l'obtention de ceux-ci? Sur ces questions, un débat entre des arguments scientifiques et philosophiques est en cours.

Avec pour objectif de développer la crédibilité scientifique de l'ostéopathie et sa légitimité en tant qu'approche médicale efficace, les chercheurs ostéopathes Licciardone et Russo (2006), Haldeman et Underwood (2010) ainsi que le professeur et anatomiste Hartman PhD (2009, 2006) stipulent que les ostéopathes ne devraient pas promouvoir l'efficacité de l'ostéopathie pour traiter une condition que les ECR ont prouvé inefficace, ni promouvoir des approches qui n'ont pas été prouvées plus efficaces que l'effet placebo. Licciardone et Russo (2006) recommandent de limiter nos interactions avec le patient afin d'isoler l'effet spécifique (l'ingrédient actif) du traitement ostéopathique et ainsi minimiser les biais dans les ECR.

Selon eux, il est inacceptable, à l'ère de l'EBM, de s'accorder les bienfaits observés lorsque la recherche a prouvé qu'en fait les bienfaits observés découlent des effets indirects contenus dans toute relation soignant/soigné ou pire, de l'évolution normale de la maladie. Hartman (2009) rajoute que ce comportement induit en erreur le patient et le thérapeute. Dans un camp, les patients guérissent par effet placebo, ou encore, ils se croient guéris alors qu'en vérité, leurs situations se détériorent et dans l'autre, l'ostéopathe est convaincu que la guérison de son patient est la conséquence directe de son traitement. Pour Hartman (2009) cet engrenage est plutôt malheureux, car il a pour effet d'aveugler davantage le patient et l'ostéopathe de la réalité; devant les aspirations de la communauté ostéopathique à développer sa science et à être perçue de façon crédible, cette conduite mènerait droit vers un cul-de-sac.

Toutefois et avec l'intention ultime de formuler des modèles de recherche les plus appropriés pour l'essor de l'ostéopathie, le neurophysiologiste Patterson (2007), grandement impliqué dans le développement de la recherche en ostéopathie, suggère à la communauté ostéopathique de repenser aux questions qu'elle pose dans le cadre de l'EBM. En somme, celles-ci doivent cadrer à la fois avec les principes philosophiques et la pratique de l'ostéopathie. De façon très actuelle, Korr (1991) mentionne qu'il est essentiel que l'évaluation de l'efficacité du traitement ostéopathique soit l'évaluation de la pratique en clinique. C'est-à-dire que la totalité de l'interaction entre le patient et le thérapeute doit être prise en considération pour mesurer l'efficacité de l'ostéopathie. On ne peut fragmenter le traitement pour en isoler, arranger ou standardiser une procédure. L'effet placebo en ostéopathie fait partie des effets escomptés (Korr, 1991; Patterson, 2007). De la sorte, pour évaluer pleinement le traitement ostéopathique, que ce soit pour ses effets ou pour ses mécanismes, il ne faudrait pas tenter de retirer l'ingrédient actif, contrairement à ce que nous recommandent Licciardone et Russo (2006). Patterson (2007) signale que nous devrions reconnaître qu'il y a plusieurs ingrédients actifs compris dans l'effet total. De plus, ces ingrédients peuvent être non seulement interactifs et cumulatifs mais avoir des effets exponentiels. Ainsi, conclut Korr (1991), ce qui, du point de vue des ECR, paraît comme une nuisance ou une source d'erreur est, d'un point de vue ostéopathique, essentiel pour l'obtention des résultats cliniques.

## ***Discussion : L'efficacité de l'ostéopathie doit-elle être déterminée en fonction de la rigueur scientifique ou de la réalité clinique?***

D'un côté on trouve les défenseurs de la rigueur scientifique qui prônent d'ajuster nos méthodes pour entrer, de la manière la plus conforme possible, dans le cadre procédural des ECR. La priorité semble donc être la rigueur de la procédure de recherche. De l'autre côté, on trouve les défenseurs des bases philosophiques qui affirment que la rigueur de la procédure ne doit pas amoindrir les effets que nous parvenons à obtenir. La priorité ici semble plutôt à prouver avant tout l'efficacité de l'ostéopathie. On ne peut nier en recherche l'importance de ces deux positions, cependant il semble généralement difficile en ostéopathie d'établir une méthode de recherche qui puisse pleinement correspondre à ces deux points de vue.

Ce qu'il faut établir avant tout c'est que la médecine officielle évolue dans un cadre totalement différent des médecines alternatives pour déterminer le soin approprié. Plusieurs problèmes conceptuels subsistent dans l'application du modèle ECR pour la recherche en ostéopathie. Notamment à cause de la difficulté à mettre en place un groupe contrôle placebo crédible, les résultats seront toujours aisément contestables. Des questions complexes concernant le caractère éthique de ce que représente un soin légitime sont soulevées. Comment doit-on déterminer le soin approprié? Déterminer l'efficacité thérapeutique des médecines alternatives par l'emploi des ECR ne donne pas un portrait objectif de la réalité clinique. À qui de décider? Selon une amélioration relative déterminée en fonction d'une comparaison à un groupe placebo, ou selon la signification clinique derrière la récupération de la santé d'un patient déterminée en fonction de sa propre ligne de référence?

Comment devrait-on faire de la recherche en ostéopathie? Lorsque l'ostéopathie essaie de cadrer dans le modèle des ECR pour justifier l'efficacité de son approche, elle perd son identité, sa spécificité. Cette démarche pour promouvoir notre crédibilité et développer notre science mène vers un cul-de-sac. On ne peut prétendre isoler les effets directs du traitement des effets indirects de la relation soignant/soigné aussi facilement que de séparer l'ingrédient actif d'une pilule. Qui plus est, en accord avec les bases philosophiques de l'ostéopathie telles que la loi de cause à effet, la structure gouverne la fonction, l'unité du corps avec l'esprit et l'auto guérison, nous croyons que les facteurs psychologiques qui accompagnent le traitement sont des paramètres tout aussi importants à considérer tant pour le développement de notre science que pour mesurer notre efficacité.

Par contre, puisque les résultats pour démontrer l'efficacité du traitement ostéopathique sont aisément contestables, on doit rester prudent dans notre façon d'expliquer les mécanismes qui sont à l'œuvre derrière l'efficacité de nos interventions. Il est important de connaître l'importance de la grandeur des effets placebo lors de nos interventions, car il se peut que, trop souvent, on attribue la guérison de nos patients à une approche ostéopathique spécifique alors qu'en réalité, les bienfaits de notre intervention peuvent être parfois les conséquences indirectes des effets non spécifiques de la relation soignant/soigné. Cet aspect mal élucidé de notre pratique nuit potentiellement à notre crédibilité et au développement de notre science. Méconnaître l'importance de ces effets contenus dans nos interventions peut nous induire en erreur avec des conséquences potentiellement néfastes pour la santé de nos patients. En revanche, connaître l'importance de ces effets et reconnaître le moment opportun pour en faire usage, nous permet de répondre plus justement aux besoins de nos patients, ce qui en retour affine notre jugement clinique donc notre palpation et ultimement notre efficacité thérapeutique. Dans ce nouveau contexte l'approche reste la même, mais dans certains cas, ce qui explique notre efficacité et les mécanismes en cause pourraient être différents.

## **Conclusion : Même approche, différentes justifications**

Ainsi, parfois les bienfaits observés peuvent provenir des effets directs de la technique alors que d'autres fois ils peuvent provenir des effets indirects de la relation. Tout comme dans certains cas ils peuvent provenir de la combinaison des effets directs et indirects alors que dans d'autres cas il se peut aussi que les bienfaits observés n'aient rien à voir avec nos interventions. Actuellement, pouvons-nous affirmer que nous sommes pleinement conscients de ce qui est responsable de l'amélioration de l'état du patient?

Nous émettons l'hypothèse que l'efficacité du traitement est proportionnellement relative à la qualité de l'interaction. Dans cet ordre d'idée, il n'y a pas d'effet placebo, il n'y a qu'un degré d'efficacité en fonction d'un degré d'interactivité. L'approche ostéopathique par sa démarche humaine et sa grande proximité avec le patient est peut-être particulièrement habilitée à générer des effets placebo. Mieux comprendre notre potentiel avec ce phénomène et comment ce mécanisme de guérison agit à travers nos méthodes serait alors souhaitable.

Nous croyons qu'il est impératif de sensibiliser les étudiants à cette problématique. Plusieurs bénéfices peuvent découler d'un approfondissement des connaissances entourant le phénomène de l'effet placebo et sur la valeur de ses effets en ostéopathie. Ce genre de découverte serait fondamental en ostéopathie, car il démontrerait à quel point la composante relationnelle est importante pour le traitement de certaines souffrances. À notre avis, bien que cette démarche pour la crédibilité de notre profession et pour le développement de notre science soit bénéfique, les plus grands bénéfices seront avant tout pour la santé de nos patients.

## **Bibliographie**

Aubé, P. (2010). Les attitudes du thérapeute qui potentialisent le relâchement en ostéopathie (thèse). Collège d'Études Ostéopathiques. Montréal, Canada.

Barry, C. (2006). The role of evidence in alternative medicine: Contrasting biomedical and anthropological approaches. *School of Social Sciences and Law*. 62, pages 2646-57.

Bérubé, C. (2008). L'influence de l'intention du thérapeute sur les tissus du patient (thèse). Collège d'Études Ostéopathiques. Montréal, Canada.

Bingel, U., Lorenz, J., Schoell, E., Weiller, C. et Büchel, C. (2006). Mechanisms of placebo analgesia : rACC recruitment of a subcortical antinociceptive. *Pain*. 120(1-2), pages 8-15.

Couto, J. (1998). Evidence-based medicine: a Kuhnian perspective of a transvestite non-theory. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 4(4), pages 267-75.

Deslauriers, M. (2009). Les effets du traitement ostéopathique global sur la migraine et l'influence de l'effet placebo sur les résultats de recherche (thèse). Collège d'Études Ostéopathiques. Montréal, Canada.

Finch, L. (2004). Understanding patients' lived experiences : The interrelationship of rhetoric and hermeneutics. *Nursing Philosophy*. 5, pages 251-257.

Forestier, R., Françon, A. et Graber-Duvernay, B. (2004). Les paramètres de validité d'un essai thérapeutique et leur influence sur l'élaboration d'une médecine fondée sur les preuves : revue de littérature. *Annales de réadaptation et de médecine physique*. 48, pages 250-258.

Haldeman, S. et Underwood, M. (2010). Commentary on the UK evidence report about effectiveness manual therapies, *Chiropr and osteopat*.18(4), pages 1-4.

Harley, D. (1999). Rhetoric and the Social Construction of Sickness and Healing. *The society for the Social History of Medicine*. 12(3), pages 407-35.

Hartman S. (2009). Why do ineffective treatment seem helpful? A brief review. *Chiropr and osteopat*. 17(10).

Hartman, S. (2006). Ostéopathie crânienne: son destin semble évident. *Chiropr and osteopat*. 14, pages 1-5.

Haynes, R. (2002). What kind of evidence is it that Evidence-Based Medicine advocates want health care providers to pay attention to? *BMC Health Service Research*. 2, pages 1-10.

Herniou, J. (1998). Le mécanisme respiratoire primaire n'existe pas. *Revue Aesculape*. Volume 10 (interview). Récupéré le 1 novembre 2011 de <http://www.uspco.com/publications/interviewherniou.php>

Kaptchuk, T. (2002). The Placebo Effect in alternative Medicine: Can the Performance of a Healing Ritual Have Clinical Significance? *Annals of Internal Medicine*. 136, pages 817-25.

Kaptchuk, T. (2008). Components of placebo effect: randomised controlled trial in patient with irritable bowel syndrome, *British Medical Journal*. 336(7651), pages 1-8.

Kaptchuk, T. (2011). Placebo studies and ritual theory: a comparative analysis of Navajo, acupuncture and biomedical Healing. *Philosophical Transactions of Royal Society of London*. 366(1572), pages 1849-58.

Korr, I. (1986). *Bases physiologiques de l'ostéopathie*. (2<sup>e</sup> édition). Paris, France : Éditions Maloine.

Korr, I (1991). Osteopathic research: The needed paradigm shift. *Journal of American Osteopathic Association*. 91(156), pages 161-168 et 170-171.

Koutouvidis, N. (2004). CAM and EBM : Arguments for convergence, *Journal of social medicine*. 97(1), pages 39-40.

Licciardone, J. C. et Russo, D. P. (2006). Blinding protocols, treatment credibility, and expectancy: methodologic issues in clinical trials of osteopathic manipulative treatment. *Journal of the American Osteopathic Association*. 106(8), pages 457-63.

Manescau, A. (2011). *Contribution d'un rituel de guérison dans le soin ostéopathique de la rachialgie* (mémoire). Collège d'Études Ostéopathiques. Montréal, Canada. Récupéré le 1 novembre 2011 de <http://www.approche-tissulaire.fr/fr/memoires/329-memoire-alexis-manescau>

Moerman, D. et Jonas, W. (2002). Deconstructing the Placebo Effect and Finding the Meaning Response. *Annals of Internal Medicine*. 136, pages 471-6.

Patterson, M. (2007). Research in OMT : What is the question and do we understand it ? *Journal of the American Osteopathic Association*. 107(1), pages 8-11

Savard, G. (2003). *Enjeux et limites de la médecine factuelle (Evidence-based medicine)* (mémoire). Faculté de médecine de Necker, Université René Descartes. Paris, France.

Sherman, M. (2008). Evidence-based common sense. *Canadian family physician*, 54, pages 166-8.

Tricot, P. (2005). *Approche tissulaire de l'ostéopathie. Un modèle du corps conscient*. Vannes, France: Éditions Sully.

Tricot, P. et Gaisnon, L. (2009) Vie et oeuvre d'A.T. Still, fondateur de l'ostéopathie. *Société des Ostéopathes de l'ouest*. Récupéré le 1 novembre 2011 de <http://soosteo.free.fr/spip.php?article50>

Vaucher, P. (2008). Le bienfait d'une bonne relation patient-thérapeute ; et si nous étions des spécialistes de la duperie efficace? *License GNU de documentation libre*. Récupéré le 1 novembre 2011 de <http://www.presque.net/essai/2008/04/28/relation-patient-therapeute-et-effet-curabo>