

« L'effet placebo » en ostéopathie : Comment devrions-nous le considérer?

Article paru dans *Ostéopathie Précisément*. (Hiver 2011-2012)

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.

Modifié par Alexis Manescau et Christian Bérubé en décembre 2014

Résumé

L'ostéopathie est une médecine qui tient compte de l'être dans son ensemble et dans toute sa complexité. La composante relationnelle devient déterminante lorsqu'il est question de prodiguer un soin ostéopathique approprié. Plusieurs éléments subjectifs tels que les croyances, l'attitude positive, le pronostic optimiste, l'empathie, la persuasion, la suggestion et autres aspects contenus dans toute interaction patient/thérapeute, peuvent influencer sur la qualité et l'efficacité du traitement. Que ce soit de façon intentionnelle ou involontaire, dans la médecine officielle, alternative et en ostéopathie, plusieurs de ces éléments psychosociaux sont employés à l'intérieur d'une séance. Par contre, ces éléments sont aussi désignés comme étant susceptible de générer des effets placebo. Le placebo est employé en recherche pour dissocier les effets directs du traitement à l'essai des effets indirects de la relation patient/thérapeute. La problématique est la suivante. Comment devrions-nous faire de la recherche en ostéopathie? Devrions-nous limiter notre interaction avec le patient pour ne pas biaiser les résultats ou, est-ce qu'au contraire, il est essentiel que la totalité de l'interaction patient/thérapeute soit considérée lorsqu'il est question de mesurer l'efficacité d'un traitement à l'étude? Un débat entre chercheurs renommés, opposant des arguments scientifiques et philosophiques, a lieu sur ces questions. Bien que cet article n'ait pas la prétention de donner les solutions, il entend sensibiliser la communauté sur ces enjeux mal élucidés. Le fait de mieux comprendre comment ce phénomène agit à travers nos méthodes s'inscrit dans une démarche soucieuse du développement de meilleurs moyens pour faire de la recherche et pour l'essor de l'ostéopathie.

Mots-clés : Relation patient/thérapeute, effet placebo, recherche, groupe contrôle, EBM (*evidence-based medicine*). ECR (essai clinique randomisé)

Introduction : La relation thérapeutique

Dans notre quotidien, nous agissons toujours en fonction de nos valeurs, de nos croyances et dans un contexte socioculturel défini. Pour être bien compris et pour obtenir ce qu'on souhaite 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 qui elle est plutôt obtenue par la contrainte physique et morale.

Ainsi, afin d'engager un climat de confiance, le thérapeute et le patient font tous deux appel à diverses stratégies rhétoriques telles que le recours aux suggestions directs/indirects, aux

métaphores, aux gestuelles et aux 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 thérapeute/patient 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 (Manescau, 2011; Kaptchuk, 2003, 2011; Moerman et Jonas, 2003; Harley, 1999).

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 factuelle. 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 ostéopathe 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. Celui-ci a le potentiel de générer des effets curatifs 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).

Une des critiques les plus courantes avec les ECR est qu'ils accordent 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 ostéopathe et de son segment facilité, c'est précisément ce qui distingue l'approche ostéopathe 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?

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 patient/thérapeute 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.

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 la pratique et les principes philosophiques spécifiques 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. 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. 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.

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. Les résultats seront toujours aisément contestables, on ne peut prétendre isoler les effets directs du traitement des effets indirects de la relation patient/thérapeute 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 l'interrelation entre structure et fonction, le principe de cause à effet, 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, nous devons rester prudent dans notre façon d'expliquer les mécanismes qui sont à l'œuvre derrière l'efficacité de nos interventions. Il se peut que dans certains cas on attribue la guérison de nos patients à une méthode ostéopathique spécifique alors qu'en réalité, les bienfaits de notre intervention peuvent être les conséquences indirectes des effets de la relation patient/thérapeute.

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 patient/thérapeute. 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 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 ce phénomène et comment ce mécanisme de guérison agit à travers nos méthodes serait alors souhaitable. Cela nous permettrait notamment de répondre plus justement aux besoins de nos patients, ce qui en retour affinerait 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.

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.uspo-ipco.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^e 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>