

Patrick van Dun

Les trois piliers de l'ostéopathie, un point qui reste sensible

Il est grand temps que nous arrêtons avec l'ostéopathie crânienne! Non, bien sûr, il n'est pas question d'arrêter de toucher le crâne.... mais cette division artificielle entre ostéopathie pariétale, viscérale et crânienne nuit à notre profession et à sa reconnaissance. Voulez-vous nous aider à restaurer l'image de notre profession tant auprès de nos patients qu'auprès des prestataires de soins?

Lors d'un article paru en 2010¹, j'avais déjà fait part de mon inquiétude au sujet de la division artificielle de notre profession en piliers pariétal, viscéral et crânien et en 2013² je l'ai répétée de manière encore plus explicite. Cette définition déplorable de notre profession nous a déjà joué des tours dans le passé durant les débats sur la reconnaissance, et cela reste toujours le cas au niveau politique (pour une explication voir ci-dessous).

Il y a encore beaucoup d'améliorations à apporter à notre communication. En démontrent le type de questions posées à l'union professionnelle par des d'ostéopathes, la lecture rapide de leurs sites web, un bref aperçu du programme des formations en ostéopathie ou du profil des demandes pour la formation continue, mais aussi la manière dont les questionnaires sont rédigés dans les enquêtes d'étudiants en dernière année d'ostéopathie ou encore le feedback de tiers sur notre profession.

Les différences d'approche et d'interprétation de notre profession, qui peuvent mener à une communication parallèle et parfois contradictoire, posent aussi un problème international^{3,4} que l'on devrait idéalement résoudre en apportant plus d'uniformité au niveau de la formation et en défendant les mêmes valeurs professionnelles.

Permettez-moi de répéter certains points des articles cités précédemment et de les compléter avec de nouvelles informations.

La division de l'ostéopathie en «pariétal», «viscéral» et «crânien» ou encore «crânio-sacré» est purement de nature pédagogique. Au fil des années, ce concept a connu sa propre évolution mais reste un artéfact pédagogique qui n'aurait jamais vu le jour si nous étions restés fidèles à notre cadre conceptuel. Il a été utilisé par certains établissements de formation comme moyen commercial et par l'ostéopathe individuel pour afficher sur son site personnel, pour ses patients par exemple, sa position concurrentielle vis-à-vis

de ses anciens confrères. Ainsi il expose sa nouvelle profession et éventuellement le nouveau statut qu'il a acquis. Le but recherché, celui de se créer une identité propre, n'est pas un mal en soi. Mais il faut se demander si c'est bien de cette manière qu'il faut se profiler.

D'un point de vue historique, cette répartition n'a aucun fondement et n'appartient pas non plus aux principes fondamentaux de notre ostéopathie. Bien au contraire, une division ne peut que difficilement refléter la valeur fondamentale de l'ostéopathie qui consiste à considérer le patient comme une unité et qui le place au centre de nos soins.^{5,6}

La répartition est aussi à ramener, si pas entièrement, certainement en partie, à l'arsenal technique de l'ostéopathie (techniques pariétales, viscérales et crânio-sacrées) pour lequel nous avons convenu qu'il ne constitue pas l'essence de l'ostéopathie⁷. En d'autres termes, ce n'est rien de plus qu'un ostéopathe qui travaille sur une structure anatomique comme le coude droit, le mésentère, le crâne ou le pied gauche.

La communication à l'égard de ce sujet ne se déroule donc pas sans heurts. De nombreux collègues confondent certains concepts cliniques avec l'application de techniques diagnostiques et/ou thérapeutiques s'appliquant à certaines structures corporelles et ne sont pas toujours conséquents dans l'utilisation de certains termes et leur combinaison.

On en retrouve un exemple type dans la publication récente de l'édito de Zegarra-Parodi et Cerritelli⁴ au sujet de la *cranial osteopathy*. Les auteurs y décrivent la dichotomie entre le manque d'évidence par les preuves (EBM) concernant l'*osteopathy in the cranial field* (OCF) et l'application clinique de l'OCF. Dans cet éditorial, l'application clinique de l'OCF est simplement étayée par sa popularité et/ou «on en suggère l'acceptation étant donné l'expérience positive individuelle ou collective d'un nombre

limité de groupes cibles de patients souffrant des plaintes spécifiques soignés par un tel traitement». Analysons de plus près les hypothèses et motivations de cet édit. Il ne s'agit pas uniquement d'une reproduction d'éléments de la littérature et d'expériences personnelles des auteurs, mais sans doute aussi d'une traduction de la complexité du grand écart qui existe entre les conclusions du Rapport-CORTECS⁸ des kinésithérapeutes français d'une part (à l'origine de cet édit) et des dires des « grands acteurs du crânien » dans notre profession d'autre part.

En tant qu'ostéopathe belge, je ne peux qu'approuver la « popularité » de l'OCF, étant donné que les « techniques neuro- et viscéro-crâniennes » sont les deuxièmes techniques les plus employées par les ostéopathes du Benelux⁹. Ce qui me dérange est l'interprétation de : l'expérience positive individuelle ou collective d'un nombre limité de groupes cibles de patients souffrant des plaintes spécifiques soignés par un tel traitement (càd par OCF).¹⁰ Que faut-il donc comprendre d'un « tel traitement » et pourquoi serait-ce uniquement sensé pour le traitement de certains groupes cibles (d'après cet édit : des bébés et des personnes âgées) et pas pour d'autres ? Surtout quand la structure anatomique (ici : le crâne), point d'application du traitement, peut difficilement être plus différente qu'entre ces deux groupes cibles, tenant compte en plus des concepts sous-jacents de l'intervention.

Lorsque les auteurs commencent à employer des termes comme OCF, techniques crâniennes, thérapie crânio-sacrée (TCS) et le modèle de Sutherland, on se perd rapidement dans cette diversité de concepts et de termes. Surtout lorsqu'ils les utilisent en plus en les associant à des études d'efficacité. Il est extrêmement important de veiller à une utilisation soigneuse et correcte de la signification de tous ces termes.

Lorsque l'OCF est définie comme : « *a system of diagnosis and treatment by an osteopathic practitioner using the primary respiratory mechanism and balanced membranous tension* »¹¹, il ne s'agit pas d'une technique en soi ni d'une simple utilisation de techniques crâniennes. De la même manière, il faut être très prudent lorsqu'on compare les résultats de, par exemple, un étude TCS pratiquée par des physiothérapeutes avec ceux d'une étude d'efficacité d'une intervention ostéopathique « *patient tailored* » (adaptée à chaque patient), où des « techniques crâniennes » ont été ou n'ont pas été utilisées. Ce manque de précision dans la communication limite la validité de la discussion et surtout des conclusions qui y sont liées. C'est bien sûr valable pour l'édition précitée mais aussi pour les déclarations sur les sites web d'ostéopathes individuels ou pour toute discussion explicative entre un ostéopathe et son ou sa patiente.

Personnellement je suis aussi un peu réticent quant à l'utilisation du terme « techniques crâniennes ». Finalement cela en revient toujours à la simple

application de techniques manuelles spécifiques (directes ou indirectes, par exemple : techniques d'énergie musculaire MET, techniques des tissus mous, strain/counterstrain, techniques d'écoute, etc.) pratiquées à hauteur du crâne. De la même manière qu'elles sont employées pour le pied gauche ou le rachis cervical d'un patient. On n'utilise pas le terme « techniques du pied » et nous ne parlons certainement pas d'« osteopathy in the left foot field (OLFF) » (« ostéopathie dans le champ du pied gauche ») ou d'« ostéopathie du pied gauche » comme nous tenons à le faire pour « l'ostéopathie crânienne ». La seule raison qui explique cet emploi différent pour le crâne ou encore pour le crâne et le sacrum, en comparaison avec le reste du corps, est le modèle hypothétique de Sutherland du « *the primary respiratory mechanism and balanced membranous tension* ». Conformément à ce que disent Zegarra-Parodi et Cerritelli, il est toutefois évident que ce modèle ne tient pas la route car il n'a pas d'appui scientifique. On ne peut alors pas non plus retenir des modèles explicatifs qui sont réfutés depuis déjà longtemps (voir les règles du jeu fournies par la communauté académique)¹².

Néanmoins cela ne veut pas dire que des techniques manuelles appliquées au crâne, ne peuvent plus être pratiquées dans un cabinet d'ostéopathie. Cela veut uniquement dire que les ostéopathes doivent quitter la voie vitaliste de l'OCF, démystifier le crânien (ou comme proposent Gabutti et Draper-Rodi¹³ : décapiter l'ostéopathie), effectuer des recherches méthodologiques (études de validité et de fiabilité) concernant leur arsenal technique et des études pragmatiques d'efficacité (*pragmatic trials*) dans une open box approach afin d'examiner l'efficacité des soins ostéopathiques (et donc pas des TCS).

Ceci signifie aussi que le fait de faire le lien entre certaines plaintes et l'application de certaines techniques (càd dans cette discussion : crâniennes), comme cela a été suggéré dans l'édition précitée, est tout au moins à qualifier de douteux. Du moins pour un ostéopathe ; peut-être pas pour un thérapeute crânio-sacré ou un kinésithérapeute. Ceci pour la simple raison que cela ne tient pas compte des valeurs de la profession d'ostéopathe et son taux de *complex intervention* (décrit de manière classique comme une intervention avec différents composants interagissant). Comme lorsqu'on parle de manière concrète et à vrai dire caricaturale mais certainement pas de manière irréaliste : d'ostéopathie crânienne pour bébés souffrant de reflux ou pour séniors souffrant d'insomnies.

Cela devient très douteux lorsque les auteurs veulent jeter les valeurs de patient (un des aspects de l'EBM) dans la balance, afin de la faire incliner vers un avis positif en faveur de l'OCF. Les auteurs argumentent que l'ostéopathe lutte avec d'une part, une incohérence du manque d'informations *evidence-based* et d'autre part, avec les supposés succès de l'OCF, et que cette incohérence est présentée comme un problème d'éthique qu'il suffit de résoudre par la demande de soins du patient. Bien

entendu, ce dilemme d'éthique n'est pas réellement présent. Au contraire, soutenir l'OCF devient une question d'éthique pour les ostéopathes, en raison de la preuve évidente que le modèle n'est pas viable. De plus, il reste à prouver si les patients sont réellement conscients de l'efficacité de l'OCF et par conséquent optent délibérément pour l'OCF ou s'ils se fient uniquement à leur ostéopathe ou aux soins ostéopathiques en général pour soigner leurs maux. Remplacer le modèle OCF par un modèle plus scientifique et plus adéquat¹³ ne peut être qu'en l'avantage du patient et de l'ostéopathe.

Donc, chercher à rattacher "du vrai «EBM»¹⁴ à l'OCF me semble étrange. C'est précisément l'inverse qui devrait se faire, et le patient dont le vocabulaire médical est limité devrait être soutenu par la communication d'information correcte. Ceci est nécessaire pour prendre les bonnes décisions en ce qui concerne sa propre santé, tout comme cela peut parfaitement s'inscrire dans la pile de réformes de l'AR 78¹⁵ prévues. McGrath voit aussi un problème d'éthique dans l'offre de soins dépourvus de plausibilité biologique et preuve d'efficacité. Il met en garde contre le paradoxe de l'ostéopathie qui prône des soins *evidence-based*, mais qui, en même temps, s'allie à l'OCF et, si besoin est, en fait aussi la promotion.

Une attitude stricte et courageuse est grandement nécessaire dans cette «*enigmatic case*» (affaire énigmatique) et est d'une importance cruciale, surtout pour une profession médicale non-conventionnelle à deux doigts de la reconnaissance dans la plupart des pays européens, et où les négociations avec les responsables de la santé publique se basent en premier lieu sur le caractère *evidence-based*, l'efficacité et la valeur économique de la profession.

On pourrait tout aussi bien avoir cette discussion au sujet des deux autres « piliers » de l'ostéopathie, avec les mêmes conclusions.

Attention : ceux qui sacralisent une division dans les piliers précités, ne parlent pas «d'ostéopathie» pour la simple raison qu'il n'y a aucune base historique, conceptuelle ou scientifique pour cette répartition.

Il est donc de la responsabilité de chacun, en tant qu'ostéopathe ou en tant que groupe collectif, de se servir d'un autre discours à ce sujet, tant durant les discussions avec les patients et autres professionnels de la santé que sur leurs sites web personnels par exemple.

Attention : tenir un autre discours va au-delà d'une mise en valeur sémantique. Il faut aussi être conscient de toutes les implications que cela comporte. Il faut dévoiler le raisonnement sous-jacent. Et bien que cela puisse nuire à certains paradoxalement, le fait de quitter cette voie vouée à la décomposition (la répartition), nous ramènera

aux valeurs ostéopathiques et au centre de notre mission dans le secteur de la santé publique.

Littérature

1. van Dun PLS (2010) De wereld is aan de osteopaten en Icarus was een osteopaat ..., *About osteopathy*, 5: 17-21.
2. van Dun PLS Correcte communicatie over osteopathie. Een pijnpunt? *About osteopathy*, 2013, 6: 7-11.
3. Wagner C Exploring European Osteopathic Identity: an Analysis of Professional Websites of European Osteopathic Organizations, 2009, MSc Project, WSODUK, Vienna.
4. Zegarra-Parodi R, Cerritelli F. *The enigmatic case of cranial osteopathy: Evidence versus clinical practice. International Journal of Osteopathic Medicine* (2016) 21, 1e4.
5. Prepared by the Special Committee on Osteopathic Principles and Osteopathic Technic – Kirksville College of Osteopathy and Surgery, Warner MD, Denslow JS, Gutensohn M, Peason W, Keller J, et al. The osteopathic concept: Tentative formulation of a teaching guide for faculty, hospital staff and student body. *AOA Yearbook*, 1954: 57-9.
6. Rogers FJ, D'Alonzo Jr GE, Glover JC, Korr IM, Osborn GG, Patterson MM, et al. Proposed tenets of osteopathic medicine and principles for patient care. *J Am Osteopath Assoc*, 2002; 102: 63-5.
7. van Dun PLS, Beroepscompetentieprofiel Osteopathie, 2010, Brussel: Groepering Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten vzw (GNRPO vzw).
8. Collectif de recherche transdisciplinaire esprit critique et sciences. L'ostéopathie crânienne. Available at: https://cortecs.org/wp-content/uploads/2016/01/CorteX-CNOMK_Ostéo-cranio-sacrée_Janvier2016.pdf [Accessed 28.12.2016].
9. van Dun PLS, Nicolaie NA, Van Messen A. *State of affairs of osteopathy in the Benelux: Benelux Osteosurvey 2013. International Journal of Osteopathic Medicine* (2016) 20, 3e17.
10. van Dun PLS, Letter to the Editor, *International Journal of Osteopathic Medicine* (2016), doi: 10.1016/j.ijosm.2016.10.003.
11. American Association of Colleges of Osteopathic Medicine, 2011 <http://www.aacom.org/docs/default-source/insideome/got2011ed.pdf?sfvrsn=2> [Accessed 28.12.2016].
12. Lepers Y Histoire critique de l'ostéopathie: de Kirksville à l'Université Libre de Bruxelles, 2010, PhD, ULB, Bruxelles, p 212.
13. Gabutti M, Draper-Rodi J Osteopathic decapitation: why do we consider the head differently from the rest of the body? New perspectives for an evidence-informed osteopathic approach to the head. *Int J Osteopath Med*, 2014; 17:256e62.
14. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*, 2014; 348: g3725.
15. Hervorming KB78, Gezondheidsberoepen in evolutie: naar een geïntegreerde gezondheidszorg. <http://kb78.be/3%20pijlers%20.html> [Accessed 28.12.2016].
16. McGrath MC A global view of osteopathic practice - mirror or echo chamber? *Int J Osteopath Med*, 2015; 18: 130e40.