

L'ENIGME DE LA DYSFUNCTION SOMATIQUE

PATRICK VAN DUN

Dit vertaalde artikel kan in de vorige
About (N° 1-Maart 2018)
in het Nederlands worden gelezen

La dysfonction somatique, concept central de la théorie et de la pratique de l'ostéopathie, est remis en question en raison de sa physiopathologie incertaine et de sa faible fiabilité diagnostique. Bien qu'il soit préférable de laisser tomber son utilisation comme étiquette de diagnostic dans la pratique ostéopathique, comme concept, il peut peut-être interpréter les signes cliniques palpatoires et soutenir le raisonnement clinique des ostéopathes.

Le terme «dysfonction somatique», et son prédécesseur «lésion ostéopathique», a été fort remis en question en tant que concept central de la théorie et de la pratique de l'ostéopathie il y a déjà de nombreuses années. On l'a vu à la fois dans diverses publications et lors de conférences et de groupes de travail internationaux. Les discussions s'enflamment parfois entre partisans et opposants. Ceux qui la considèrent comme une entité clinique, basée exclusivement sur la palpation diagnostiquée par les ostéopathes, ayant un effet sur la douleur, la fonction et la santé en général et traitée de manière appropriée par l'utilisation de techniques manuelles, et ceux qui la considèrent comme un concept dépassé, anachronique qui renforce la foi dans une cause structurelle ésotérique de la douleur.

Comment se fait-il que les opinions, par rapport à un tel concept central de notre profession, soient si fortement divisées ? Comment communique-t-on entre collègues à propos du cœur de notre profession, à savoir le diagnostic et le traitement ? Comment s'en sort-on dans la communication avec les prestataires de soins non ostéopathes ? Et surtout que dit-on à nos patients sur ce que nous trouvons chez eux et pensons influencer ?

Les compétences en communication occupent une place de plus en plus importante dans le cursus des médecins et ils appartiennent

invariablement aux compétences requises des ostéopathes.¹ Bien que l'ostéopathie se soit développée aux États-Unis en tant que système de santé indépendant de l'allopathie, on peut se demander si la profession, notamment à cause de sa médicalisation précoce, a bien développé sa propre terminologie. La terminologie plus ancienne où l'adjectif «ostéopathique» précédait les termes médicaux, comme dans: lésion ostéopathique, pathologie ostéopathique, diagnostic et traitement ostéopathique, nécessite évidemment des explications et des conseils pour ceux qui ne sont pas habitués à penser «ostéopathique».²

La terminologie plus ancienne où l'adjectif «ostéopathique» précédait les termes médicaux, comme dans: lésion ostéopathique, pathologie ostéopathique, diagnostic et traitement ostéopathique, nécessite évidemment des explications et des conseils pour ceux qui ne sont pas habitués à penser «ostéopathique».

Pour utiliser un euphémisme, on peut résumer en disant que l'ostéopathie n'est pas très stable et efficace dans sa communication en ce qui concerne sa terminologie en général et plus

spécifiquement en ce qui concerne le concept de dysfonction somatique. En plus de la multitude de définitions à travers l'histoire, il semble qu'on assiste à une stratification du concept et à différentes interprétations de celui-ci par de nombreux collègues.

A l'époque où la dysfonction somatique était encore appelée lésion ostéopathique, les DO américains étaient déjà confrontés à l'incohérence du diagnostic des lésions ostéopathiques. Ainsi un ostéopathe a, par exemple, trouvé chez un patient souffrant d'asthme, des lésions au niveau du rachis cervical, un autre en a trouvé au niveau thoracique et un autre au niveau lombaire ; et il semble que tous aient eu de bons résultats après la manipulation des lésions qu'ils avaient respectivement palpées. Cette faiblesse de diagnostic et les critiques des MDs qui ont rejeté ces lésions ostéopathiques à de la pure imagination, ont forcé l'American Osteopathic Association en 1906 à prouver l'existence de la lésion ostéopathique par la recherche scientifique. Il a fallu 7 ans de collecte de fonds pour mettre en place le premier laboratoire qui pourrait lancer la recherche activement. L'ancien A.T. Still Research Institute de Chicago, alors dirigé par John Deason, a mené avec diligence des expériences sur les animaux pour examiner les effets histopathologiques des «lésions osseuses» artificiellement infligées.³ La recherche d'une base scientifique pour l'ostéopathie assurait de mettre l'accent sur la cause structurelle de la maladie. L'accent était mis sur l'effet de ces lésions sur les structures tissulaires locales et plus éloignées, et le patient dans son entier disparaissait ainsi de l'image. On a supposé, de manière hypothétique, que l'inversion des caractéristiques de la lésion inverserait également les processus physiopathologiques qui l'accompagnaient. Cette interprétation assez linéaire de la lésion fournit une approche ostéopathique plutôt réductrice.⁴ De cette manière, la lésion devenait une cible unique pour les techniciens ostéopathes, qui affinaient une gamme pratiquement illimitée de techniques structurelles pour traiter spécifiquement la lésion et atteindre le résultat clinique souhaité.^a

Dans les années vingt, cette tendance a

commencé à changer en raison de l'introduction du terme «lésion ostéopathique totale» par Arthur Becker, qui a réintroduit le concept de «corps en tant qu'unité» conformément au paradigme actuel des soins biopsychosociaux. À peu près à la même époque, entre autres sous l'impulsion de Sutherland, on se concentrait davantage sur la «fonction» et le «mouvement» que sur les «changements de position». Et on voyait en plus un retour technique du «aller dans la lésion» au lieu de l'inversion mentionnée ci-dessus des composants de la lésion. De cette manière, la technique indirecte a été considérée comme une collaboration avec les possibilités inhérentes d'auto-guérison du patient. La combinaison d'une approche plus holistique, d'un concept plus dynamique de la lésion et de l'objectif de travailler avec le corps au lieu d'agir contre lui, a signifié un changement significatif dans le concept.⁵

Il est clair que la lésion ostéopathique a évolué et n'a jamais eu d'entité clinique fixe à travers l'histoire. Contrairement au concept de «(sub) luxation» de la chiropraxie par exemple.^b

En 1968, Buzzell a introduit le nouveau terme de «dysfonction somatique». La raison de ce changement de nom résiderait dans la volonté de promouvoir la communication entre les différentes professions de soins⁴ mais aussi parce que la «lésion»^c ne pouvait pas être établie par les nouvelles techniques d'imagerie. Lepers et Salem y voient un argument «ad hoc» dans lequel la lésion ostéopathique est confirmée par une subluxation palpable, mais étant donné qu'elle ne paraît pas perceptible par imagerie, on recourt à l'introduction d'un nouveau terme, à savoir la dysfonction somatique, mais sans qu'il soit possible de la démontrer.⁶

Une autre raison pour les Américains d'adhérer à cette dysfonction somatique vient sans doute du fait qu'ils y voyaient une caractéristique identitaire pour expliquer leur différence avec leurs collègues allopathes (MD).^{3,6} Mais il y a certainement aussi une raison plus pragmatique : ils voulaient aussi transformer financièrement leur plus-value identitaire, en introduisant

a Un phénomène que l'on voit aussi aujourd'hui dans certains établissements de formation ostéopathique et dans des cours de formation continue.

b Palmer, 1914: "Chiropractors are concerned with the incomplete luxations, articular surfaces slightly displaced and the relative position they occupy toward each other"

c Actuellement médicalement définie comme un changement morbide dans le tissu par lequel la continuité de certaines structures tissulaires est interrompue.

cette dysfonction somatique dans la liste de la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'OMS. De cette façon, ils pourraient non seulement la faire reconnaître de manière internationale comme diagnostic possible ou comme motif de consultation, mais ils pourraient, en utilisant le code attribué, facturer ce qu'ils diagnostiquaient et traitaient («segmental and somatic dysfunction», M99.0).⁷

Pour ceux qui auraient besoin d'un rappel, la définition de la dysfonction somatique de l'American Association of Colleges of Osteopathic Medicine se lit comme suit: «*Impaired or altered function of related components of the somatic (body framework) system: skeletal, arthrodial and myofascial structures, and their related vascular, lymphatic, and neural elements*». Une dysfonction somatique est diagnostiquée, selon cette liste de mots, par palpation avec au moins deux des quatre signes cliniques suivants : douleur, asymétrie, amplitude d'un mouvement anormale et changements dans la texture des tissus (connus sous l'abréviation mnémotechnique anglaise «TART»).⁸

La littérature la plus récente sur la dysfonction somatique se limite principalement à la dysfonction somatique intervertébrale et plus particulièrement à son diagnostic (càd ses signes cliniques ou TART).^{6,9} De nombreux auteurs ont remis en cause la validité, la fiabilité, l'exactitude et l'utilité clinique de l'examen clinique palpatoire dans la recherche d'une dysfonction somatique. En dépit du fait que de nombreux facteurs ne peuvent pas être prouvés, il y a quand même une série de facteurs neurologiques et tissulaires qui pourraient être la cause ou qui pourraient contribuer aux résultats palpatoires qui sont attribués à une dysfonction somatique. Les changements fonctionnels nociceptifs tels que la neuroplasticité centrale et la sensibilisation peuvent contribuer à la sensation de douleur, et l'inflammation neurogène peut contribuer à des changements dans la texture des tissus. Les processus dégénératifs et l'*in-* et *extrapment* au niveau des articulations peuvent également expliquer la mobilité altérée d'une dysfonction somatique. Fryer propose dans son article un modèle qui présente la dysfonction somatique non pas comme une entité clinique distincte mais comme un générateur de signes cliniques alimentés par des changements nociceptifs

fonctionnels et par des facteurs de tissus patho-anatomiques comorbides qui sont associés au «*strain*» et à la dégénérescence. Il affirme également que les signes palpatoires attribués à une dysfonction somatique peuvent survenir avec ou sans présence de symptômes.⁹ L'auteur conclut que l'utilisation du terme «dysfonction somatique» a peu de signification clinique dans le processus de diagnostic en raison de son imprécision et du manque de physiopathologie claire. Il devient donc difficile de revendiquer l'importance de la dysfonction

Les signes palpatoires attribués à une dysfonction somatique peuvent survenir avec ou sans présence de symptômes

somatique pour la santé et la maladie. Un manque de fiabilité à l'égard de son diagnostic et un manque de validité en ce qui concerne son association avec la douleur et la maladie la compromettent.⁹

D'autre part, il faut dire que, malgré le fait que les deux concepts sont régulièrement utilisés de façon interchangeable,^{4,9} leurs définitions sont très différentes.

Still décrivait la «lésion osseuse» comme: «*a sufficient strain or dislocation to produce pressure and obstruct the normal discharge of nerve and blood supply*».¹⁰ Une «lésion ostéopathique» peut alors être définie comme suit : «cause au niveau anatomique qui conduit à la perte de la santé par l'obstruction directe ou indirecte de la libre circulation des fluides corporels».¹¹

Cela fait clairement de la «lésion ostéopathique» une cause, alors que la «dysfonction somatique» représente une conséquence (une fonction altérée dans les structures concernées) d'une cause inconnue. Il en résulterait qu'une personne qui traite des dysfonctions somatiques fonctionnerait de manière symptomatique et qu'une personne qui utilise le concept de lésion agirait plutôt en étant orienté vers la santé, parce qu'ici l'accent est mis sur le moyen primaire de soutenir la santé, à savoir la libre circulation des fluides corporels.¹² C'est peut-être un peu trop simpliste comme vision, étant donné la multitude de définitions et d'interprétations

possibles, en particulier du concept de «lésion ostéopathique», mais cela révèle bien quelque chose sur l'intention clinique de l'ostéopathe et de son processus de raisonnement clinique.

Fryer ajoute enfin un autre thème important : celui de la communication (le thème principal de chaque «Meaning»). Cependant, on sait en général que la communication médicale peut être rassurante et stimulante ou bien décourageante et peut mener au renforcement du comportement évitant la peur et à la catastrophisation des plaintes. Parler joliment de dysfonctions somatiques exotiques pourrait potentiellement conduire à interpréter des dysfonctions bénignes comme des plaintes sérieuses avec des effets à long terme nécessitant un long traitement manuel. Pourtant, je pense personnellement qu'en tant qu'ostéopathe, nous avons, précisément dans ce domaine, l'opportunité de faire positivement la différence avec d'autres médecines. Les patients semblent en tout cas extrêmement satisfaits des soins que nous donnons et surtout de notre façon de communiquer.¹³⁻¹⁷ C'est donc plutôt l'inverse de la préoccupation de Fryer qui semble vrai. En dépit du fait que nous semblions compétents, pigmentant ou non notre discours de métaphores, pour guider le patient par une bonne communication, nous pouvons certainement encore l'améliorer lorsque nous devons expliquer notre expertise à nos collègues prestataires de soins ou à nos décideurs politiques qui doivent décider de réglementer ou non la profession. Et c'est aussi très certainement nécessaire au sein du groupe professionnel lui-même, avec tous ses tendances si différentes.

C'est précisément pour éliminer toutes les ambiguïtés susmentionnées et plus, telles que la description de la dysfonction somatique, son utilisation dans la pratique clinique et l'enseignement, la prévalence, la pauvre fiabilité et validité, etc, qu'il est nécessaire qu'il y ait des recherches qualitatives et quantitatives approfondies. Non pas pour garder le concept à tout prix mais pour lui donner plus de fondement et trouver des solutions aux questions en suspens. Peut-être même pour évacuer l'ensemble et le remplacer par un concept plus adéquat s'il s'avérait qu'on ne puisse plus l'utiliser comme concept pour interpréter les signes cliniques palpatoires et pour soutenir le raisonnement

clinique des ostéopathes.

Outre le cadre conceptuel que la «lésion ostéopathique» et / ou la «dysfonction somatique» pourrait offrir, la définition actuelle de la dysfonction somatique n'est pas exclusivement liée à la profession ostéopathique mais *in se*, elle est également utilisée par d'autres médecines manuelles ainsi que par la

La définition actuelle de la dysfonction somatique n'est pas exclusivement liée à la profession ostéopathique mais *in se*, elle est également utilisée par d'autres médecines manuelles ainsi que par la kinésithérapie.

kinésithérapie. En tant qu'ostéopathes, nous ne pouvons pas en réclamer la propriété mais seulement en suivre l'évolution historique par rapport à notre profession et y refléter les progrès de la profession. Contrairement à ce qui était initialement prévu, l'identité de l'ostéopathie ne repose pas sur la dysfonction somatique en tant que caractéristique identitaire. Elle repose sur la capacité à s'identifier à ses valeurs professionnelles (aussi appelées philosophie de la profession) et à l'exprimer de façon clinique dans notre évaluation, le raisonnement clinique et l'accompagnement du patient.⁴

Liste de références

1. van Dun P.L.S, Beroepscompetentieprofiel Osteopathie, 2010, Brussel: Groepering Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten vzw (GNRPO vzw).
2. Rumney, I.C.; (1975); The Relevance of Somatic Dysfunction; *Journal American Osteopathic Academy; Osteopathic Medicine*; Vol.74(8):723-5.
3. Gevitz N. *The D.O.s: Osteopathic Medicine in America*, 2004, 2nd edition. The Johns Hopkins University Press, Baltimore & London.
4. Parson J., Marcer N. *Osteopathy: Models for Diagnosis, Treatment and Practice*, 2006; Elsevier Churchill Livingstone, China.
5. Tanguy N. *An investigative study whether the profession of osteopathy lost identity when its definition and terminology was modernised: literature review*, 2005, MSc Project, ESO, Boxley.
6. Lepers Y., Salem W. La «dysfonction ostéopathique»

- un pur concept a-priori, *Main Libres*, 2016; 4:43-47.
7. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)-WHO Version for 2016, <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/M99.0>
 8. American Association of Colleges of Osteopathic Medicine, 2011 <http://www.aacom.org/docs/default-source/insideome/got2011ed.pdf?sfvrsn=2> [geraadpleegd op 16.02.2018].
 9. Fryer G. Somatic dysfunction: An osteopathic conundrum, *Int J Osteopath Med* 2016; 22:52-63.
 10. Still A.T. (1910) *Osteopathy Research & Practice*; 1992, Eastland Press.
 11. Hartmann C. *Gedanken zu A.T. Stills Philosophie der Osteopathie: Auf dem Weg zu einer Philosophischen Osteopathie*, 2016, 2. edition, Jolandos.
 12. Hartmann C. Jolandos, Newsletter Mac/Apr 2017.
 13. Pincus T, Vogel S, Savage R, Newman S. Patients' satisfaction with osteopathic and GP management of low back pain in the same surgery. *Complement Ther Med*, 2000; 8: 180-6.
 14. Licciardone J., Gamber R., K Cardarelli K. Patient satisfaction and clinical outcomes associated with osteopathic manipulative treatment, *The Journal of the American Osteopathic Association*, January, 2002; Vol. 102, 13-20.
 15. Nauwelaers, I.; Sermeus, G. In handen van de osteopaat. *Test gezondheid* nr. 52. Brussel: Verbruikersunie, 2003.
 16. Delterne, E.; Sermeus, G. Enquête: alternatieve geneeswijzen. *Test gezondheid* nr. 81. Brussel: Verbruikersunie, 2007.
 17. Neale I., Pigott L. General Osteopathic Council: Public Perceptions Study, <http://www.osteopathy.org.uk/news-and-resources/document-library/research-and-surveys/public-perceptions-study-summary-report/> consulté 24.03.2017.



OSTEOPATHIC INTERNATIONAL ALLIANCE OFFICIËLE PARTNER VAN DE WERELDGEZONDHEIDS-ORGANISATIE



PATRICK VAN DUN

Goed nieuws voor de wereld van osteopathie: de overkoepelende wereldorganisatie Osteopathic International Alliance (OIA) is vanaf nu een "officiële partner" van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).

OIA voorzitter Charles Hunt, DO deelt op de OIA website aan haar leden mee welke voordelen een partnerschap zoal inhouden: *"Partnering with the WHO allows us to elevate the global osteopathic profession even more, and to represent our community of osteopaths and osteopathic physicians before this important leader in world health. Designation as 'official partner' lends additional gravitas to our advocacy efforts and interactions with the decision-makers and regulatory authorities in individual countries."*

Wij feliciteren het bestuur van de OIA met het bereiken van dit partnerschap, dat ze sinds haar ontstaan heeft nagestreefd.

Werkelijk heugelijk nieuws dat het internationale belang van de osteopathie benadrukt maar dat ook op nationaal vlak, bij de erkenning van ons beroep, van betekenis kan zijn.