

Pourquoi évaluer la pratique de l'ostéopathie ?



Cyril Clouzeau ^{1,2,3}

1 Doctorant en Santé Publique à l'université Lyon 1

2 Co-responsable de la commission recherche d'ISOstéo, Lyon, France

3 Membre associé du laboratoire EA 4129-Parcours Santé Systémique, Faculté de Médecine Laënnec, Lyon, France

*Correspondance
cyril.clouzeau@isosteo.com

Reçu le 14/09/2017
Modifié le 20/11/2017
Accepté le 21/11/2017

Keywords: evaluation, public health, subjectivity, methodologies, research

Mots clés : évaluation, santé publique, subjectivité, méthodologies, recherche

Why assess Osteopathic practice?

Abstract

Benefiting from public recognition and from the development of its research dynamics, Osteopathy can now envision a political aspect in order to increase its legitimacy among healthcare actors and along the healthcare pathway.

This modern approach implies a measure of clinical efficiency using the Evidence Based Medicine (EBM) methodologic recommendations as well as specific studies on Care quality in order to meet Public Health assessments' standards.

In order to identify the relationship aspect of the somatic motion, a pluridisciplinary approach integrating humanities and social sciences could lead to an anthropology of practice. This would allow the characterisation of the specific relationship the osteopath is developing with his patient through touch and perception. Philosophy, psychology or ethnographic methods can study this interaction. This relationship appears to elude usual description, so much as it is a personal investment based on original principles and modalities, yet to explore.

Osteopaths will have to organise practice analysis groups. Within these groups, each practitioner's subjectivity can bolster the arguments in order to devise a status for this manual therapeutic approach, using better adapted methods.

Understanding practice analysis and why osteopaths have to accept scientific assessment of their practice is the latest challenge in order to consider Osteopathy's position in Public Health, venturing as far as to inscribe osteopathy in preventive healthcare approach.

Introduction

L'essor de l'ostéopathie depuis 20 ans est impressionnant. Les quelques audacieux pionniers sont rejoints chaque année par plus de mille nouveaux ostéopathes, devenus officiels en France en 2002. Cette nouvelle approche de soins manuels ne cesse de susciter l'intérêt des patients, des médias, et progressivement des acteurs de la santé, avec près de 80% des mutuelles qui remboursent partiellement les consultations. La qualité de la formation, la demande publique et l'augmentation continue des chiffres de l'ostéopathie en France peut inviter à questionner sa place dans une politique de santé publique.

L'ostéopathie et la santé publique

Depuis 2015, l'ostéopathie s'installe plus formellement dans l'offre de soins en France, avec les derniers décrets et agréments de formation des écoles, proposant un programme d'au moins 4860 heures [1], qui donne une grande part à la clinique [2]. Cet élan est relayé par des programmes d'évaluations comme le plan stratégique 2010-2014 de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, pour en vérifier la sécurité puisque les patients consultent plus ou moins discrètement ces approches complémentaires « pour la plupart, pratiquées en dehors de l'hôpital, en exercice libéral, et souvent difficiles d'accès pour la majorité de la population » [3]. Profitant de cette dynamique, il reste à concevoir la place et le rôle que peut occuper l'ostéopathie dans une perspective de santé publique dans un pays où la moitié de la population a déjà consulté, au moins une fois dans sa vie, un des 27 270 ostéopathes enregistrés à l'Agence Régionale de Santé [4]. Le ministère des affaires sociales et de la santé a publié en juin 2013, une fiche critique présentant l'ostéopathie pour éclairer sur le contenu de cette pratique, avec une réserve en conclusion : « Les études réalisées à ce jour ne peuvent apporter de preuves de l'efficacité de l'ostéopathie. Des études rigoureuses sur le plan de la méthodologie sont nécessaires pour clarifier l'intérêt de cette pratique » [1].

De nouvelles structures de recherche

Depuis 2007, certaines écoles ont développé des partenariats avec des universités et centres de recherche pour produire des protocoles expérimentaux cliniques répondant à la demande de justification scientifique de l'action de l'ostéopathie sur certaines pathologies fonctionnelles comme la lombalgie chronique [5]. De nombreuses structures associatives de recherche se créent [6] sous l'impulsion d'ostéopathes qui complètent leur formation par des diplômes universitaires, des masters et initient une promotion pertinente de la recherche, pour produire une analyse des pratiques professionnelles. Il est tout à fait compréhensible que tous les ostéopathes ne versent pas dans la recherche, tant il s'agit d'une approche spécifique nécessitant temps et financement, mais les publications des uns pourraient nourrir des réflexions pour les praticiens, comme les pratiques pourraient donner des intuitions expérimentales aux chercheurs. Il serait alors envisagé des perspectives communes.

Certains auteurs de l'*University College of Osteopathy* comme Vogel, Draper-Rodi, Penney, publient régulièrement des études offrant de nouveaux modèles réflexifs, qui ne cessent d'augmenter le niveau de preuve de l'intervention ostéopathique, en multipliant les approches méthodologiques, concernant la recherche, les méthodes qualitatives ou l'approche biopsychosociale et qui offrent toutes des passeports pour intégrer l'ostéopathie à la santé publique. De plus, la littérature scientifique produite pourrait permettre la mise en place des principes critiques de l'évaluation selon les recommandations internationales de l'*Evidence Based Medicine*. Si avant les années 2000, il était possible de souligner le manque de publication dans le domaine de l'ostéopathie, aujourd'hui il serait intéressant de vérifier l'impact et le devenir de ces publications auprès des ostéopathes pour connaître leur attitude critique et évaluer le degré d'adhésion ou de vigilance critique concernant les recherches produites.

Un défi de taille

L'impulsion doit se poursuivre par une évaluation spécifique dont les bases fondamentales doivent être enseignées dès les premières années en école d'ostéopathie. En effet, la formation n'éduque peut-être pas encore assez les étudiants aux approches scientifiques que réclame la recherche en ostéopathie. C'est une étape essentielle pour que l'ostéopathie progresse dans son statut de professionnalisation. De plus, cette démarche et désormais actée dans les référentiels de formation. La littérature ostéopathique traditionnelle, de Still à Sutherland, de Becker à Tricot, présente les modalités pratiques fondamentales et historiques, parfois trop métaphoriques que concrètement explicites dans l'actuel développement des recherches en médecines complémentaires pour envisager une légitimité clinique argumentée. Bien que l'usage de la métaphore soit un puissant outil descriptif, très souvent utilisé en clinique médicale, il faut l'accompagner de recommandations pratiques. Les décrets [8] précisant la formation en ostéopathie préconisent un temps de formation à la recherche et aux approches en sciences humaines et sociales, que les nouveaux ostéopathes vont devoir manier aussi précisément qu'une manipulation articulaire cervicale. Des modèles existent, et l'ostéopathe pourrait s'y familiariser pour les intégrer dans sa formation [9]. Un état des lieux de la recherche opérationnelle serait à organiser pour définir les meilleures stratégies d'évaluation, en impliquant des praticiens motivés pouvant choisir les modalités d'étude qu'ils préfèrent. Il est temps de produire des faits, des preuves de concepts, pour rejoindre une méthode, avec une potentialité de science de la santé. Avec humilité, et simplicité, mais aussi stratégie et un encadrement méthodologique universitaire, il serait possible de poser les premiers éléments critiques en réunissant des praticiens experts, avec des patients, pour écrire les pratiques, écrire le vécu de l'expérience ostéopathique. Resteraient des choix à opérer, à savoir adapter à partir de méthodologies existantes ou envisager une nouvelle conceptualisation de ce qui se joue lors de la consultation en ostéopathie.

Vers de nouveaux concepts ?

En effet, la popularité d'une thérapie, ou ses qualités supposées, ne peuvent pas faire « office d'argument définitif pour rejoindre la médecine officielle » [10]. Il serait donc d'actualité de concevoir l'apport utile de l'ostéopathie pour fonder une médecine plus globale, humaine, une « médecine intégrative » reprenant confiance dans un examen clinique manuel, une intuition perceptive, que la médecine moderne a mis de côté au profit des images et du chiffre. Ce concept, né aux Etats-Unis dans les années 2000, propose en Europe des perspectives cliniques plus globales pour les nouvelles pratiques systémiques de soins. Graz la présente comme « une médecine qui « vise l'utilisation de toutes les approches thérapeutiques appropriées en vue de la santé et de soins optimaux [11]. Il s'agit en fait de la combinaison de la médecine conventionnelle avec les médecines complémentaires, lorsqu'il y a des preuves scientifiques de bonne qualité quant à l'efficacité et la sécurité de prestations issues de thérapies complémentaires » [11]. L'ostéopathie pourrait-elle être candidate pour rejoindre ce concept de médecine intégrative ?

Certains pourraient encore se demander pourquoi vouloir une telle évolution ? Pourquoi ne pas continuer tranquillement sa pratique personnelle, chez soi, surtout en imaginant que la recherche et l'étude des pratiques ne viseraient qu'à réduire et décortiquer leur art personnel de soigner. Après tout, les patients sont contents et ce mode libéral, individuel, apparaît satisfaisant. Sauf que la médecine évolue, la prise en charge des patients se numérise, se dirige vers une « e-santé » qui laisse percevoir à l'ostéopathe une place potentiellement privilégiée qu'il pourrait développer dans le cadre du suivi de la santé des patients sur le plan de la prévention primaire. Aujourd'hui, l'ostéopathe resterait un des seuls à prendre le temps, à écouter, à toucher et questionner son patient avec qui il noue une interaction singulière. Son statut hors réglementation vis-à-vis du système de la caisse primaire d'assurance maladie, laisse à l'ostéopathe le temps de la clinique, le temps pleinement consacré au patient, et non un temps partagé entre la clinique et les formalités administratives réclamées par les nouvelles exigences du système « T2A » [12] en vigueur en milieu hospitalier, où les cliniciens semblent ne plus disposer de temps clinique. Pouvoir être 45 minutes avec son patient, en prenant le temps clinique de le palper, le toucher pour ressentir son état actuel, puis ressentir comment il évolue sous les mains selon les gestes réalisés. Serait-ce devenu si utopique en médecine que de pouvoir échanger avec son patient et discuter avec lui des sensations et manifestations perçues au moment du soin ? Il ne s'agit peut-être que d'un ressenti du patient, qui du coup se tourne vers des pratiques où il perçoit plus d'attentions. Au-delà de son intention humaine, et de l'acceptation de sa subjectivité, l'approche ostéopathique répond à une conception plus relationnelle du soin à la personne, et les patients attendent cette reconnaissance, ce temps échangé, vécu comme une rencontre qui leur correspond. Selon un sondage IFOP du 1^{er} juillet 2016, parmi les 67 % des français

qui avaient déjà consulté un ostéopathe, 88 % ont déclaré être satisfaits de cette prise en charge [2].

Cette conjoncture économique, environnementale et sociale peut amener à produire une politique de santé publique davantage orientée vers la prévention primaire, en focalisant plus sur l'optimisation de la santé personnalisée, en essayant pour certaines pathologies de retarder voire d'éviter leurs manifestations. N'est-ce pas l'objectif de l'ostéopathie que le ministère des affaires sociales et de la santé publie : « le principe de l'ostéopathie est de prévenir ou remédier à des troubles fonctionnels du corps humain à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques » [13] ? Cette formulation induit le questionnement sur le statut thérapeutique de la pratique ostéopathique, et en filigrane sa position en tant que profession de santé.

Donoso *et al.* précisent l'intérêt majeur de l'ostéopathie à prendre en charge de façon systémique le patient dans un temps complexe où se réalisent « à la fois un diagnostic et un traitement, capacité fondée sur un long apprentissage sensoriel et moteur » [10]. Mais les auteurs précisent que « la perception ostéopathique est parfois difficile à verbaliser, d'où un risque de malentendu lorsque des raccourcis et des abus de langage sont interprétés littéralement, ou qu'un mécanisme physiologique est postulé un peu rapidement pour expliquer un ressenti ».

La recherche dans le domaine de l'ostéopathie

Une première préconisation de recherche est de distinguer sans pour autant séparer dans la pratique ostéopathique ce qui ressort de la relation avec le patient, d'ordre de la perception subjective, de ce qui ressort du geste technique, de l'efficacité empirique expérimentelle et du postulat physiologique. Étudier ce qui se joue dans le temps de la consultation, avec des regards pluriels d'experts, de praticiens, peut initier une évaluation très concrète des actions du praticien, selon les séquences des temps de consultation. Le recueil de récit de pratique, du vécu des patients, offre également un matériau anthropologique pour nourrir l'argumentation des principes pratiques complexes. Décrire et saisir une relation intersubjective originale, comme la perception, replace la réflexion sur la fiabilité de l'expertise manuelle dans le temps clinique. Que peut-on savoir de nos sens ? Un défi que savent relever les neurosciences, ou les sciences du comportement, à condition de choisir la bonne méthodologie : celle qui serait utile, adaptée pour produire un savoir pratique, opérationnel, et moins poétique que la littérature historique de l'ostéopathie. La connaître est fondamentale, mais la critiquer poursuit cet élan dynamique d'objectivation de la pratique. Objectiver l'ostéopathie n'est pas la rendre objective, mais juste objectivable, dans toute l'intersubjectivité que suppose la nature de ses gestes. La prise en compte de ce critère philosophique d'intersubjectivité est une invitation à penser les fondements de l'objectivation, et de la scientificité

Pourquoi évaluer la pratique de l'ostéopathie ?

d'une pratique, qui intègre et accepte la notion d'erreur, et de falsifiabilité, dans une approche critique, visant un principe fondamental de l'*Evidence Based Medicine* : rechercher la meilleure preuve applicable à la pratique. Puiser dans la recherche les éléments qui justifient l'approche la plus sûre, efficace, sécuritaire, au-delà d'un idéalisme personnel. Entrer en dialogue avec les praticiens experts, et discuter les effets d'une pratique.

L'ostéopathie et l'*Evidence Based Medicine*

Il est trop souvent, et trop rapidement entendu que les modèles de recherche clinique établis par l'*Evidence Based Medicine* (EBM) ne portent pas les modalités utiles pour une étude juste de la pratique ostéopathique, et que de ce fait, son évaluation est difficile. Ces propos sont bien souvent réducteurs car ils ne visent que l'essai clinique randomisé en double aveugle, dont en effet, la mise en pratique apparaît impossible en ostéopathie. Mais pour autant, cette EBM propose d'autres mesures et outils pouvant réunir les experts de la pratique en conférence de consensus, pour sortir des concurrences de pratiques, de techniques, et décider vers quelles méthodologies se tourner pour évaluer l'ostéopathie [14]. Car il ne s'agit pas de tourner le dos aux études scientifiques sous prétexte de paradigme inappropriés ou d'outils manquant, bien au contraire, il s'agit de pousser les études scientifiques jusqu'à les produire, par des approches innovantes, complexes, transdisciplinaires, ou simplement poser des regards critiques croisés à l'aide de sciences humaines ayant déjà apporté des réponses méthodologiques dans leurs champs d'application. Oser se former aux rigueurs et aux managements de ces outils en sciences humaines ne dénaturera pas la pratique. Et même s'il faut distinguer ce qui relève de la technique de ce qui relève de la relation, l'ostéopathie y gagnera une crédibilité, une objectivation rationnelle que la médecine officielle attend, pour adresser des patients en toute sécurité à des partenaires de santé.

En regardant les principes de l'EBM de plus près comme le propose Meslé [15], si les données actuelles de la science ne suffisent à rendre compte fidèlement de la pratique, l'expérience des praticiens et les préférences des patients peuvent être objet de recherche vers le développement d'une « *Evidence Based Practice* en ostéopathie ».

Recherches quantitatives et qualitatives

Différents angles d'études possibles peuvent être envisagés en abordant de façon critique des questions centrales à partir des premiers écrits sur l'ostéopathie, par des recherches en histoire, en littérature, avec des études et propositions d'éditions critiques comme l'autobiographie de Still proposée par Gueulette en février 2017 [16], mais surtout à partir des pratiques courantes, en explorant ce qu'en disent les ostéopathes. La recherche plurielle et croisée peut offrir des compréhensions de ce qui se joue dans l'interaction entre un patient et son praticien. La qualité est autant évaluable que la quantité... Il ne faudrait pas craindre les scores de qualité de vie, les indices de satisfaction, les enquêtes sur le ressenti des consultations

et questionnaires qui explorent nos doutes et nos besoins de connaissances dont le but est une aide à la décision, plus fondée sur les faits pratiques que sur l'opinion étayée par une certitude dogmatique. Thomson a publié en 2011 des travaux sur l'évaluation de l'ostéopathie par des méthodes qualitatives [17,18].

Il faudrait aider et promouvoir la diffusion de résultats, obtenus parfois lors de travaux de fin d'études dans les nombreuses écoles d'ostéopathie en France, qui pourraient mutualiser leurs travaux, ou les réunir sur des bases de données en ligne, pouvant servir à tous les praticiens. L'ostéopathie ne manque pas de praticiens prêts à s'engager à partager leurs données, elle manque juste d'un peu de méthode, car ce n'est pas dans la culture historique de la pratique. S'approcher des cinq principes de Sackett qui fondent l'EBM [19], n'est peut-être pas si difficile pour des praticiens coutumiers des cinq principes de Still. Selon Sackett, il s'agit par étape de pouvoir formuler une question clinique à laquelle il est possible de répondre, de rechercher la meilleure preuve possible dans les publications, pour ensuite, évaluer de façon critique la meilleure preuve trouvée, et discuter de la possibilité d'appliquer cette preuve à la pratique clinique, tout en évaluant les résultats et les effets de cette application à la clinique. Finalement, ce qu'il faut intégrer et comprendre est la définition de l'évaluation.

Qu'est-ce que l'évaluation ?

Définition

La définition de l'évaluation la plus employée est celle de l'Institut de médecine des Etats-Unis : « [...] capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment » [22].

Le concept d'évaluation dans le domaine de la santé est apparu après la seconde guerre mondiale, sur le continent nord-américain, par une action conjuguée de l'état dans les domaines de l'éducation, du social, de l'emploi et de la santé pour trouver des moyens pour que l'allocation des ressources soit la plus efficace possible [23].

Dans les années soixante-dix, après la mise en place des grands programmes d'assurance-maladie, la plupart des pays développent des organismes chargés d'évaluer les nouvelles technologies dans le but d'aider à la prise de décision notamment dans l'établissement de politiques utiles.

De nombreux professionnels se sont penchés sur l'évaluation des pratiques professionnelles, proposant leurs propres outils d'évaluation, comme en 1982 avec l'ordre des infirmières du Québec, qui ont développé leur propre modèle [24]. En respectant la responsabilité personnelle de chaque intervenant, l'objectif de l'étude était d'élaborer des instruments de mesure des résultats des soins infirmiers et en fournir un mode d'utilisation applicable à un centre hospitalier.

Le terme « efficacité » est un anglicisme (*efficiency*) qui est la capacité d'une organisation à obtenir de bons résultats en

utilisant le moins de ressources possibles. Pour Donabedian, on parle de qualité quand les soins « maximisent le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins » [25]. Quelle est l'efficacité de l'ostéopathie si on se réfère à l'utilisation optimale des ressources disponibles pour obtenir les bénéfices ou les résultats les meilleurs [27] ?

La qualité des soins

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la qualité des soins comme la capacité de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques [...] lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains [...] » [28].

Aborder la qualité des soins n'est pas facile. Il est important d'améliorer la mesure de la qualité de manière continue pour identifier et évaluer les faiblesses et les forces d'un système, car ce qui n'est pas mesuré ne peut être amélioré. Pour identifier les domaines problématiques, il faut savoir ce que l'on veut mesurer, pourquoi et comment [29]. Les ostéopathes doivent se réunir entre experts, pour proposer des groupes d'études des pratiques, pour concevoir une évaluation pertinente de l'ostéopathie.

L'évaluation peut aussi se développer en termes d'impact sur la santé. Cette méthodologie d'Évaluation d'Impact sur la Santé (EIS) vise à évaluer les effets positifs à maximiser, et diminuer les effets négatifs d'une action pour produire des recommandations en direction des décideurs, des prescripteurs et de tous les acteurs du système. L'évaluation de la qualité de vie, du bien-être ressenti est une appréciation que les ostéopathes perçoivent, dans le discours des patients. Cette précieuse information n'est pas cotée, ni étudiée systématiquement. L'effet bénéfique, antalgique d'une pratique ostéopathique, pourraient être étudiée de façon critique par une mise en commun de données cliniques recueillies pour servir à la constitution de registres épidémiologiques. Et que penser de la liste des effets négatifs ? Sans forcément parler d'effets indésirables graves, mais simplement d'amorcer la rédaction d'une liste d'effets indésirables, étudiés à plus ou moins long terme, comme la perte de chance par perte de temps liée à une prise en charge non efficiente ?

Une pratique sûre qui maintient tout le potentiel de chances pour le patient est une préoccupation majeure. Il s'agit d'éviter au maximum les effets non voulus ou les dommages qui proviennent des processus de soins eux-mêmes en tenant compte de l'aléa thérapeutique [30]. La sécurité des soins reste fondamentalement ancrée sur le principe de ne pas nuire aux malades. C'est une dimension qui est étroitement liée à l'efficacité, bien qu'elle s'en distingue en mettant l'accent sur la prévention des événements indésirables et sur la réduction des défauts de qualité des soins pour les patients.

Pourquoi est-il nécessaire d'évaluer l'ostéopathie ?

L'évaluation donnerait des éléments critiques pour raisonner en chemin clinique, analyser la pertinence des actes ostéopathiques, et évaluer la qualité de soin, en termes d'efficacité dans le parcours de soins. Savoir qu'il faut 3,7 consultations en moyenne pour le même motif, connaître la répartition des plaintes des patients décrit et qualifie la prise en charge ostéopathique avec un regard épidémiologique [2]. Procéder à des études de cohorte, des études cas-témoins, et observer les comportements des praticiens et des patients seraient des voies productives. Il s'agit d'une préoccupation transversale à toutes les pratiques soignantes, pour proposer une prise en charge optimisée par la mise en place de conduites à tenir, de guides de recommandations, d'une traçabilité des pratiques professionnelles, pour améliorer la pratique de façon continue. Cette déontologie de la formation professionnelle continue pourrait être une éthique visant à bien connaître l'état des connaissances acquises, pour acquérir les outils pertinents et formaliser des méthodes avec des objectifs clairs préalablement définis. Il ne s'agit plus d'analyser la littérature, mais d'analyser la pratique, d'essayer de « la faire parler », pour discuter de façon critique les résultats constatés avec les acteurs du système de santé, comparer les moyens pour établir des synergies et établir des prises en charges mutualisées. Les médecins doivent connaître quand et pourquoi adresser un de leur patient à un ostéopathe, en ayant pour support une connaissance de la spécificité ostéopathique.

L'évaluation de la qualité des pratiques est une activité moderne recommandée qui, dans le cadre du soin médical, « transforme l'art médical en exercice scientifiquement fondé » [20].

Une des finalités de cette proposition serait de permettre une collaboration plus efficace entre les partenaires de soins, acteurs de santé, qui reçoivent chaque jour des patients présentant des troubles fonctionnels complexes, multifactoriels, ne répondant plus exclusivement au modèle de compréhension biologique, mais davantage au modèle bio-psycho-social et environnemental [21]. La santé comporte une forte dimension psychologique, qu'une médecine purement réductionniste ne peut, à elle seule, difficilement satisfaire [11]. La recrudescence des troubles musculo-squelettiques, des rachialgies, et des troubles de la santé au travail invite à considérer une approche de soins pluridisciplinaire impliquant une coordination organisée entre les différents acteurs de santé. Il est constaté, comme l'écrivent Donoso *et al.*, que :

Lorsque les maux sont très localisés [...] la médecine moderne propose une grande efficacité des soins, car le patient bénéficie alors d'une expertise spécifique, parfaitement adaptée à son problème de santé. Cependant lorsque les maux sont plus flous, systémiques et multifactoriels, celle logique se révèle moins appropriée. [...] ces patients explorent de nouvelles voies, recourent à de nouvelles pratiques, et participent à l'émergence de ce qu'il est convenu d'appeler les thérapies alternatives et complémentaires [10].

Evidemment, à la lecture de Still, l'ostéopathie ne souffrirait d'aucun échec, peu voire aucun effet indésirable n'est rapporté,

Pourquoi évaluer la pratique de l'ostéopathie ?

et nulle pathologie ne résisterait aux bons gestes de l'ostéopathe. En 2017, est-il pertinent de dire que tout peut se traiter par l'ostéopathie ? Ne serait-il pas plus humble et pertinent de penser, non pas en terme de catégories de pathologies entrant potentiellement dans la prise en charge ostéopathique, mais plutôt déjà s'interroger sur la nature de l'approche ostéopathique ?

L'ostéopathie est-elle une thérapeutique ?

En médecine, une thérapie, ou plus généralement la thérapeutique, est un ensemble de mesures appliquées par un professionnel de la santé à une personne vis-à-vis d'une maladie, afin de l'aider à en guérir, de soulager ses symptômes ou encore d'en prévenir l'apparition. Il s'agit bien dans le cas de l'ostéopathie, de réfléchir à l'objet de la prise en charge que propose le praticien : s'occupe-t-il de la maladie ? Si la finalité est d'en réduire les symptômes, ne prend-il pas en charge davantage le sujet que les effets dont le sujet se plaint ? En d'autres termes, l'ostéopathe reçoit un patient qu'il va aider à mieux être lui-même, en lui permettant, par des ajustements de réduire ou supprimer les dysfonctions perçues, donc d'enlever les obstacles qui l'empêchent d'utiliser son meilleur potentiel physiologique. Il s'agit d'une conceptualisation de la santé qui ne vise qu'à stimuler ce potentiel inhérent à l'homme, cette faculté endogène de se rétablir, ou potentiel d'auto-guérison, qui est la cible de l'action ostéopathique pour que le patient par lui-même puisse élaborer une vie saine. L'ostéopathe n'est peut-être pas directement impliqué dans le traitement de la maladie. Il y participe indirectement par l'intermédiaire du patient. De ce fait, il n'est pas forcément pertinent de lister les pathologies ou troubles fonctionnels sur lesquels l'ostéopathe pourrait agir. Il n'agit directement sur aucun. Donc, sur le plan de l'indication, ou de l'adresse à un ostéopathe, comment référer ? Les textes de réglementation définissent l'atteinte organique comme limite à la pratique de l'ostéopathie qui doit prendre en charge les troubles ressentis, ou fonctionnels. Dans ce cadre nosographique précis, assez flou selon les praticiens, l'ostéopathe peut-il apporter à chacun un mieux-être pour mieux se préparer aux tensions, aux chutes, aux chocs de la vie, aux maladies, aux contraintes et stress de la vie, en optimisant la santé du sujet ? Quelles publications rendent compte de la différence d'état de santé entre un groupe régulièrement suivi en ostéopathie comparé à un groupe témoin qui ne l'est pas, relevant les potentielles apparitions de troubles fonctionnels ?

Vers une politique de prévention primaire

Dysfonction et ajustement

Quel est réellement l'objet de l'ajustement ostéopathique ? La dysfonction est à préciser pour faire comprendre ce qui est identifié dans l'expertise manuelle que réalise un ostéopathe. Fryer a

publié ses travaux sur cette notion fondamentale du temps diagnostique [26]. Lorsqu'une perception est ressentie à l'examen par un ostéopathe, il la nomme densité ou restriction de mobilité, un autre la nommera tension tissulaire, lésion ostéopathique primaire ou secondaire, en désignant une partie du corps, une partie perçue, et représentée par l'anatomie apprise et l'anatomie rencontrée sous ses mains. Il identifie une partie du corps, une articulation, un organe, un os, qui n'est pas comme il devrait être selon les représentations de l'ostéopathe liées à sa pratique, son vécu, ses expériences, sa culture, ses apprentissages. L'ostéopathe identifie le ou les obstacles corporels, qui par leur « non-normalité » perçue, sont considérés comme les responsables de la non gestion par le corps du trouble amenant le patient à consulter. L'ostéopathe cherchera à redonner à cette zone du corps une normalité de texture, de souplesse, de mobilité, de position, soit une physiologie qui garantit la possibilité inhérente au patient de se guérir seul. L'ostéopathe aide juste à enlever l'obstacle anatomique non spontanément réversible que rencontre le patient. L'évaluation de ce paramètre doit être étudié selon différents registres rapportés à des critères définis au préalable comme la réactivité ou la sensibilité du praticien à la demande du patient, à la façon dont le praticien et le système prennent en charge les patients pour répondre à leurs attentes légitimes non liées à la santé [27]. Il s'agit de mettre le patient au centre des soins en intégrant différents éléments comme l'écoute, l'empathie, la confidentialité, mais aussi l'information dont le patient dispose sur sa maladie et la possibilité d'un choix éclairé de sa part. Ainsi, on met l'accent sur l'expérience du patient.

Cette considération pratique n'ôte ni ne réduit le rôle de l'ostéopathe dans son intérêt clinique envers le patient, elle tente juste de repositionner l'action du praticien en amont de la maladie, en optimisant la santé du sujet, finalement avant qu'il ne devienne patient d'une pathologie.

Une dimension différente de la dysfonction ?

En prenant l'hypothèse que la dysfonction ostéopathique n'est pas vue sous l'angle d'un symptôme mais davantage considérée comme un facteur de risque, il est envisageable de positionner notre réflexion sur une épidémiologie à proposer pour l'ostéopathie. L'ostéopathe, en réduisant les dysfonctions, quelles que soient leur nature – tissulaire, articulaire, osseuse, fluïdique – propose une diminution des facteurs de risques, pris comme obstacles à une naturelle dynamique de santé. Le geste ostéopathique vise à réengager le patient dans une santé optimisée, afin de retrouver et maintenir son potentiel d'auto-guérison, unique et personnel. Quel bénéfice pour la recherche ? Ne plus focaliser les études uniquement sur des essais cliniques mais aussi sur des observations de données issues des pratiques personnalisées de chaque ostéopathe, pour fournir des éléments permettant de construire des registres épidémiologiques et suivre l'évolution de l'état de santé des consultants en ostéopathie sur des périodes adaptées. Considérer les demandes et attentes des patients, dont

les comportements se transforment, l'étude de ces données peut contribuer à mieux comprendre les maux plus subtils, liés au stress, à la sédentarité, ou aux contraintes de performances, entrelacées dans les syndromes fonctionnels des sociétés modernes. Il serait possible d'intégrer le vécu dans une dimension plus biopsychosociale qu'anatomo-physiologique.

Pour une démarche scientifique pluridisciplinaire

C'est un défi à relever sous le regard de la méthodologie de la psychologie : étudier les interactions praticien-patient, par l'étude du toucher et de la perception spécifique que propose l'ostéopathe. Également sous l'angle de la philosophie, en prenant pour modèle les pensées de ceux qui ont étudié le mode d'acquisition des connaissances pour situer l'ostéopathie entre l'idéalisme, le matérialisme, ou la regarder avec les concepts d'intuition de Bergson [31,32], ou de la phénoménologie de la perception avec Merleau-Ponty [33], pour déterminer si les sens précèdent la connaissance, ou si une connaissance intellectuelle précède la possibilité perceptive développée par la main habile de l'ostéopathe. Encore une fois le défi est grand, mais passionnant. Dans le cadre de la constitution de groupes de pratique, pouvoir mettre en place des temps de pratiques spécifiques associés à des discussions immédiates sur ce qui se produit. Une mise en commun et un travail d'écriture offrent des potentialités réflexives majeures donnant lieu à des publications nouvelles [34].

Une épistémologie constructiviste, un rationalisme appliqué [35], constituent des principes d'études potentiels de la pratique ostéopathique, pouvant être complétés par la sociologie, l'ethnographie, l'anthropologie explorant les représentations du corps et de la douleur, ou par l'interdisciplinarité de ces différentes méthodologies pour en produire une nouvelle,

spécifique à la pratique de l'ostéopathie, répondant aux critères scientifiques, et aux nécessités subjectives de l'ostéopathie. Réunissons les outils reconnus, validés, et adaptons-les à l'étude de l'ostéopathie, tant pour montrer que la démarche scientifique est possible, que pour fournir des éléments de compréhension de ce qui se joue dans la consultation. Il est nécessaire de dire, et faire parler cette passionnante ostéopathie, que nous devons partager davantage et fédérer, en l'explicitant, simplement, avec des moyens modernes et humains, et nous ne trahirons absolument pas la pensée de Still qui la voyait science, déjà, en 1874. Une science humaine dont les contours sont à définir bien plus que les techniques ou les pratiques, vers une convergence réflexive sur l'efficacité et la place de l'ostéopathie dans un système de santé, complémentaire et en amont du système de maladie qu'elle pourrait soulager. En France, nous sommes 15 540 ostéopathes exclusifs [4], et nous avons des intentions convergentes qu'il est utile d'évaluer, en s'adaptant à l'époque, au contexte, à la société, à la médecine, mais surtout à nos patients [36]. Ce « nous » unitaire n'est pas un appel à la pensée unique mais, au contraire, à la pensée plurielle vers un même but : situer l'ostéopathie, son périmètre de soin et sa place, avec les médecins et tous les acteurs de santé. Il faut l'évaluer en n'oubliant pas d'explorer ce qu'il se passe dans l'esprit des ostéopathes au moment où ils pratiquent, perçoivent, élaborent des gestes à partir de sensations immédiatement transformées en perception par un toucher connaissant, instruit. Ce toucher fait appel à toute leur subjectivité, leur vécu, et leurs références personnelles, sédimentées en un savoir qui ne cesse de croître avec les expériences relationnelles conduites en interaction avec les patients. Des neurosciences aux récits de consultations, des observations cliniques aux ethnographies pratiques, il serait très enrichissant de produire des écrits pour donner toute la dimension humaine à la recherche en ostéopathie.

Références

1. JORF n°0289 du 14 décembre 2014 page 21042 texte n°25, article 3.
2. La notoriété et l'image des ostéopathes [Internet]. Disponible sur : <https://osteofrance.com/perch/resources/publications/sondageifop2016.pdf>.
3. Le Monde [Internet]. Disponible sur : http://www.lemonde.fr/societe/article/2011/08/01/l-ap-hp-lance-une-evaluation-des-medecines-dites-complementaires_1554927_3224.html.
4. Enquête de la DRESS pour le SFDO [Internet]. Disponible sur : <http://isosteo.fr/2017/01/15540-osteopathes-exclusifs/>
5. Licciardone JC Osteopathic Manual Treatment and Ultrasound Therapy for Chronic Low Back Pain : A Randomized Controlled Trial. *Ann Fam Med*. 2013 Mar-Apr;11(2):122-9.
6. Centre for Osteopathic MEdecine Collaboration : <http://www.comecollaboration.org/>.
7. Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/depliant_osteobat_2_.pdf.
8. JORF n° 0238 du 14/10/2014 : Arrêté du 29 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie Giraud A. *Evaluation médicale des soins hospitaliers*. Paris: Economica; 1992.
9. Donoso F, Donoso M, *Evolutions de la médecine, révolutions de l'ostéopathie*, Lausanne (Suisse): Favre; 2016.
10. Graz B. *Les médecines complémentaires: Dépasser les clichés*. Lausanne (Suisse): Presses polytechniques et universitaires romandes; 2012.
11. Or Z, Bonastre J, Journeau F, Nestrigue C. *Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A* [Internet]. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT56SoinsHospitaliersT2A.pdf>.
12. Barry C, Falissard B. *Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie* [Internet]. Disponible sur : www.u669.idf.inserm.fr.
13. AGREE Collaboration. *Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines : The AGREE project*. *Qual Saf Health Care*, 2003, 12 : 18-23.

Pourquoi évaluer la pratique de l'ostéopathie ?

15. Meslé R. Éditorial. *La Revue de l'Ostéopathie*. 2016;16:1-2.
16. Gueullette JM. *Autobiographie du fondateur de l'ostéopathie*. Vannes (France) : Sully; 2017.
17. Thomson OP, Petty N J, Moore AP. Reconsidering the patient-centeredness of osteopathy. *International Journal of Osteopathic Medicine*. 2013;16(1):25-32.
18. Thomson OP, Petty N J, Moore AP. (). Clinical reasoning in osteopathy—more than just principles?. *International Journal of Osteopathic Medicine*. 2011;14(2):71-6.
19. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence-based medicine : How to practice and teach EBM* 2nd ed. Edinburgh (Scotland): Churchill Livingstone; 2000.
20. Setbon M. La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? *Sociologie du Travail*. 2000;42(1);51-68.
21. Draper-Rodi J, Vogel S, Bishop A. What are the biopsychosocial obstacles to recovery for non-specific low back pain? Results of a scoping review. *Bone Joint J*, 2016
22. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm : A new health system for 21st century*. Washington (DC): National Academy Press; 2001.
23. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2000;48(6);517-39.
24. Chagnon M, Lange-Sondack P, Arlot-Tovel D. Méthode d'appréciation de la qualité des soins infirmiers (M.A.Q.S.I.). In: van Eimeren W, Engelbrecht R, Flagle CD (eds): *Third International Conference on System Science in Health Care*. Health Systems Research. Berlin, Heidelberg (Deutschland): Springer; 2000. 1046-9.
25. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966;44(3):166-203.
26. Fryer G. Somatic dysfunction: An osteopathic conundrum. *International Journal of Osteopathic Medicine*. 2016;22:52-63.
27. Kelley E, Hurst J. Health care quality indicators project: Conceptual framework paper. Paris: OECD Health Working Papers; 23. 2006.
28. Roemer MI, Montoya-Aguilar C. Quality assessment and assurance in primary health care. WHO Offset Publ. 1988;105:1-78.
29. Institute of Medicine. *Clinical Practice Guideline. Directions for a new program*. Field MJ, Lohr N, eds. Washington, National Academy Press, 1990.
30. Cooper JB, Gaba DM, Liang B, Woods D, Blum LN. The National Patient Safety Foundation. Agenda for research and development in patient safety. *MedGenMed*. 2000 Jul 11;2(3):E38.
31. Bergson H. *La pensée et le Mouvant*. Paris: GF Flammarion; 2014.
32. Bergson H. *L'intuition philosophique*. Paris: PUF Quadrige; 2011.
33. Merleau-Ponty M. *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard; 1976.
34. Denizeau L. *Approches philosophiques de l'ostéopathie*. Vannes (France): Sully; 2017.
35. Bachelard G. *Le rationalisme appliqué*. 4^e édition. Paris: PUF; 2004.
36. Shekelle P, Eccles M, Grimshaw JM, Woolf SH. When should clinical guidelines be updated? *BMJ*. 2001;323:155-7.

Pourquoi évaluer la pratique de l'ostéopathie ?

Résumé

Bénéficiant du succès public et du développement de sa dynamique de recherche, l'ostéopathie peut envisager une dimension politique, visant à augmenter sa légitimité auprès des acteurs de santé, pour mieux faire reconnaître sa position dans le parcours de soin. Cette démarche moderne comprend une mesure de son efficacité clinique, avec les préconisations méthodologiques de l'Evidence Based Medicine, et une étude spécifique de la qualité des soins pour répondre aux exigences de l'évaluation en santé publique.

Pour distinguer la part relationnelle du geste somatique, une approche pluridisciplinaire intégrant les sciences humaines peut conduire à une anthropologie de la pratique. Cela permettrait de caractériser la relation originale que l'ostéopathe établit avec son patient par la perception qu'il développe. Les approches philosophique, psychologique, ou ethnométrique peuvent étudier l'interaction qui semble échapper à toute description, tant il s'agit d'un investissement de soi, reposant sur des principes et des modalités originales à explorer. Les ostéopathes doivent organiser des groupes d'analyse de la pratique, où la subjectivité de chaque praticien vient étayer les arguments pour élaborer le statut de cette approche thérapeutique manuelle, en utilisant les méthodologies les plus adaptées à son étude.

Comprendre ce qu'est l'évaluation de la pratique et pourquoi il faut que les ostéopathes acceptent d'évaluer leur pratique de façon scientifique constitue le nouveau défi à relever pour envisager la place de l'ostéopathie en santé publique, en osant également s'inscrire dans une approche de soins préventifs.

Conflits d'intérêts : l'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec cet article.