

Expérience d'une clinique externalisée de L'IFSOR
à la maison d'arrêt de Nantes :

**Quelle place pour l'ostéopathie
structurelle au sein de l'équipe
pluridisciplinaire de l'Unité Sanitaire en
Milieu Pénitentiaire du CHU de
Nantes ?**

RUELLO

Christelle

PROMOTION 10

Année 2018-2019

Remerciements

- Au CHU de Nantes : pour avoir accepté de faire confiance à l'IFSO-R.
- A l'équipe administrative, médicale et paramédicale de l'USMP : pour avoir soutenu mon projet pendant ces 5 années.
- A Soizik Verbog : pour l'enseignement méthodologique.
- A Hélène Duval : pour son soutien, son accompagnement et l'engagement particulier sur le terrain dans ce projet.
- A Régis Saint- Martin : à sa présence sur le terrain et pour la montagne.
- A toute l'équipe enseignante et administrative de l'IFSO-R.
- A tous les copains : pour leur soutien pendant ces 5 années.
- A Arnaud Laforge : pour m'avoir donné la clé pour vivre l'aventure.
- A Isa, Tibo et Bru : pour la relecture et bien plus.
- A Marie : pour l'énergie.
- A la Promo 10 : parce que vous le valez bien !
- A Lancelot et Pierrot avec toute mon amitié.
- Papa et maman : pour tout !
- Dav, Gogotte, Tibo et mon petit ange : pour leur patience et leur amour au quotidien, sans vous ça n'aurait pas été possible !

Résumé

Alors que certains patients, en détention, voient des symptômes persister malgré une prise en charge médicale et paramédicale de qualité, nous nous interrogeons sur la pertinence de l'ostéopathie pour venir répondre à ces difficultés tenaces, en offrant un outil manuel non médicamenteux et un regard sur la prise en charge en santé balayant un autre champ que celui existant. Dans cette situation, quelle place pour l'ostéopathie structurée au sein de l'équipe pluridisciplinaire de l'USMP du CHU de Nantes ? Notre travail montre que l'ostéopathie trouve une place en complémentarité de la prise en charge médicale et paramédicale existante au profit des patients notamment dans le cadre des lombalgies et nous permet d'espérer la pérennité de cette offre de soins à l'USMP du CHU de Nantes.

Sommaire

LISTE DES ABREVIATIONS	11
LISTE DES FIGURES	13
1. INTRODUCTION.....	15
2. CADRE CONCEPTUEL	15
2.1. Le milieu carcéral.....	16
2.1.1. Définition.....	16
2.1.2. Législation.....	16
2.1.3. Organisation	17
2.1.4. La Maison d'Arrêt de Nantes	18
2.2. La santé en milieu carcéral.....	19
2.2.1. Législation.....	19
2.2.2. Généralités	19
2.2.2.1. Le secret professionnel	19
2.2.2.2. Les dossiers médicaux	19
2.2.2.3. L'accessibilité des personnels de santé	20
2.2.2.4. Des règles de sécurité.....	20
2.2.3. Organisation à Nantes.....	21
2.2.4. L'USMP de la MA de Nantes : une équipe pluridisciplinaire	21
2.3. Le patient détenu et la santé à la MA de Nantes	23
2.3.1. Législation.....	23
2.3.2. Organisation	23
2.3.3. Environnement de vie des patients détenus	24
2.3.4. Notion de choc carcéral.....	24
2.3.5. Pathologies et détention	25
2.3.6. Notion d'enfermement	26
2.3.7. Rapport au corps et au toucher	27
2.3.8. Phénoménologie de la rencontre.....	27
2.4. L'ostéopathie.....	29
2.4.1. Généralités	29
2.4.1.1. Définition et législation.....	29
2.4.1.2. La législation et le MFOS	30
2.4.2. Le modèle médical et le MFOS	33
2.4.3. L'ostéopathie à l'hôpital	35
2.4.3.1. En général	35
2.4.3.2. Au CHU de Nantes	36
2.4.4. L'ostéopathie en prison	37

2.5. Une clinique externalisée de l'IFSO-R à la MA	38
2.5.1. Généralité sur les cliniques	38
2.5.1.1. Cadre légal	38
2.5.2. La clinique externalisée de la MA de Nantes	38
2.5.2.1. Organisation	38
2.5.2.1.1. IFSO-R.....	38
2.5.2.1.2. L'USMP.....	40
Matériel et locaux	40
3. PROBLEMATIQUE.....	41
4. HYPOTHESES.....	42
5. MATERIEL ET METHODE	43
5.1. Les professionnels de l'USMP	43
5.1.1. Choix de la méthode.....	43
5.1.2. Matériel	43
5.1.3. Création et diffusion du questionnaire	44
5.1.4. Critères d'inclusion et d'exclusion	44
5.1.5. Limites méthodologiques	44
5.2. Les indications	44
5.2.1. Choix de la méthode.....	44
5.2.2. Matériel	45
5.2.3. Création et mode d'utilisation de la fiche indication	45
5.2.4. Critère d'inclusion et d'exclusion	45
5.2.5. Limites méthodologiques	46
5.3. Les patients	46
5.3.1. Choix de la méthode.....	46
5.3.2. Matériel	46
5.3.1. Création et diffusion du questionnaire patient	46
5.3.2. Critère d'inclusion et d'exclusion	46
5.3.3. Limites méthodologiques	47
6. LES RESULTATS.....	48
6.1. Regards des professionnels de santé sur l'ostéopathie et la place de l'ostéopathie dans la prise en soin des patients	48
6.1.1. Profils des professionnels répondants	48
6.1.2. Relation personnelle des professionnels à l'ostéopathie	50
6.1.3. Craintes des professionnels vis-à-vis de l'ostéopathie.....	50
6.1.4. Regards des professionnels sur l'accès au dossier médical institutionnel des patients par les ostéopathes	51
6.1.5. Regards des professionnels sur les indications à l'ostéopathie pour les patients	53

6.1.6.	Place de l'ostéopathie dans la prise en soin du patient	54
6.1.7.	Zoom sur les médecins et les kinésithérapeutes	55
6.2.	<i>Motifs d'indication vers l'ostéopathie et regards des patients sur la prise en charge ostéopathiques.....</i>	56
6.2.1.	État des lieux de la clinique externalisée de l'IFSOR à la MA	56
6.2.2.	Motifs d'indication vers l'ostéopathie	57
6.2.2.1.	Motif d'indication des patient ayant répondu au questionnaire	58
6.2.2.2.	État de satisfaction des Patients	59
6.2.2.3.	État de « mieux être »	60
6.2.2.4.	Influence sur les symptômes	60
6.2.2.5.	Influence sur les douleurs.....	61
6.2.3.	Regards des patients sur la place de l'ostéopathie dans leur prise en soins	61
6.2.3.1.	L'état de santé des patients et l'ostéopathie	61
6.2.3.2.	Complémentarité de l'ostéopathie avec les soins médicaux et/ou kinésithérapique reçus et pérennité de ces consultations en détention	62
7.	DISCUSSION.....	63
7.1.	<i>Population et échantillon.....</i>	63
7.1.1.	Les professionnels de santé de l'USMP	63
7.1.2.	Les indications vers l'ostéopathie.....	63
7.1.3.	Les patients	63
7.2.	<i>Complémentarité de l'ostéopathie avec la prise en charge médicale et paramédicale.....</i>	64
7.2.1.	Regards des professionnels de l'USMP sur la place de l'ostéopathie dans la prise en charge des patients	64
7.2.2.	Regards des médecins et kinésithérapeutes : professionnels indiquant vers l'ostéopathie	64
7.2.3.	Regard des patients sur la complémentarité de l'ostéopathie avec la prise en charge médicale et paramédicale.....	64
7.3.	<i>Bénéfices apportés par l'ostéopathie structurale dans la prise en charge des patients.....</i>	65
7.3.1.	Influence de l'ostéopathie sur les symptômes.....	65
7.3.2.	Influence de l'ostéopathie sur les douleurs	65
7.3.3.	Influence de l'ostéopathie sur l'état de bien-être et l'état de santé	65
7.3.4.	Focus sur les patients lombalgiques	65
7.4.	<i>Réflexions.....</i>	66
8.	CONCLUSION	68
9.	BIBLIOGRAPHIE.....	69
ANNEXES.....		72
Annexe 1 : Ostéopathie.....		72
➤	Loi n°2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades : article 75	72

➤ Arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie (JORF n° 0289 du 14 décembre 2014)	73
➤ Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes	74
Annexe 2 : Clinique externalisée	75
➤ Annexe III de l'arrêté du 12 décembre 2014 (JORF n°0289 du 14 décembre 2014.....	75
Annexe 3 : enquête auprès des professionnels de santé de l'USMP.....	76
➤ Questionnaire pour les professionnels de santé de l'USMP	76
➤ Résultats du questionnaire pour les professionnels de santé	79
Annexe 4 : Recueil des indications vers l'ostéopathie	87
➤ « fiche indication »	87
➤ Indications vers l'ostéopathie	87
Annexe 5 : enquête auprès des patients ayant bénéficiés d'une prise en charge ostéopathique	91
➤ Questionnaire satisfaction des patients.....	91
➤ Résultats du questionnaire de satisfaction des patients	92
➤ Indication vers l'ostéopathie des patients ayant répondu à l'enquête	93

LISTE DES ABREVIATIONS

IFSO-R :	Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes
USMP :	Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
MA :	Maison d'Arrêt
MFOS :	Modèle Fondamental de l'Ostéopathie structurelle
DIU :	Diplôme Inter Universitaire
PPSMJ :	Personne Placée Sous-Main de Justice
CD :	Centre de Détention
QPA :	Quartier pour Peine Aménagée
EPM :	Etablissement Pénitentiaire pour Mineur
CSL :	Centre de Semi-Liberté
CP :	Centre Pénitentiaire
SMPR :	Service Médico Psychologique Régional
HPST :	Hôpital Patient Santé Territoire
UCSA :	Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
CSAPA :	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
ASHQ :	Agent de Service Hospitalier Qualifié
CSP :	Code de Santé Publique
PJJ :	Protection Judiciaire de la Jeunesse
UVF :	Unité de Vie Familiale
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
LTR :	Lésion Tissulaire Réversible
AP-HP :	Assistance Publique Hôpitaux de Paris
DAJDF :	Direction des Affaires Juridiques et du Droit du Patient
DU :	Diplôme Universitaire
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins
EBM :	Evidence-Based Medecine
ARS :	Agence Régionale de Santé
HAS :	Haute Autorité de Santé
CCAM :	Classification Commune des Actes Médicaux
IdHEO :	Institut des Hautes Etudes Ostéopathiques
PHU :	Pôle Hospitalo Universitaire
API :	Alarme Portative Individuelle
IDE :	Infirmière Diplômé d'Etat
NCB :	Névralgie Cervico Brachiale

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Organisation du centre pénitentiaire de Nantes	17
Figure 2: Chemin de l'entrée de la Maison d'arrêt vers une cellule	18
Figure 3 : Organisation des soins au CP de Nantes	21
Figure 4 : Offre de soins à la MA de Nantes	22
Figure 5: Permanence des soins à la MA	22
Figure 6: Tentative de schématisation de la phénoménologie de la rencontre	28
Figure 7: Comparatif glossaire décret n°2014-1505 du 12 décembre 2014 relatif à la formation des ostéopathes et MFOS	31
Figure 8 : L'arène thérapeutique selon Gilles Boudéhen	34
Figure 9 : Tableau récapitulatif des indications ostéopathiques et les notions de traumatismes.....	37
Figure 10 : Pourcentage de professionnels de santé répondants par profession.....	49
Figure 11 : Professionnels ayant personnellement bénéficiés de consultations d'ostéopathie	50
Figure 12 : Craintes des professionnels de santé vis à vis de l'ostéopathie	50
Figure 13 : Accessibilité des ostéopathes au dossier médical selon les professionnels de santé	51
Figure 14 : Tableau récapitulatif des raisons d'accès des ostéopathes au dossier médical selon les professionnels de santé.....	51
Figure 15 : Récapitulatif des indications vers l'ostéopathie par profession.....	53
Figure 16: Apport de l'ostéopathie aux patients selon les professionnels de santé	54
Figure 17 : Tableau récapitulatif des consultations ostéopathiques de la clinique externalisée de l'IFSO-R de septembre 2018 à février 2019.....	56
Figure 18 : Tableau récapitulatif du nombre de séance d'ostéopathie par patient entre septembre 2018 et février 2019.....	57
Figure 19 : Indications vers l'ostéopathie par les médecins et les kinésithérapeutes de l'USMP entre septembre 2018 et février 2019	58
Figure 20 : Pourcentage des indications des patients ayant bénéficiés de consultation d'ostéopathie entre septembre 2018 et février 2019.....	59
Figure 21 : Satisfaction des patients ayant reçu une consultation d'ostéopathie entre septembre 2018 et février 2019.....	59
Figure 22 : Etat de mieux être des patients après une séance d'ostéopathie	60
Figure 23 : Influence de l'ostéopathie sur les symptômes gênant les patients	60
Figure 24 : Influence de l'ostéopathie sur les douleurs	61

1. INTRODUCTION

Après un parcours Infirmier de 15 ans en cancérologie et une réflexion de 8 années pour me lancer dans les études menant au Diplôme d'Ostéopathe, je pose ma pratique au sein de l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes à la Maison d'Arrêt (MA) de Nantes.

Ma mission infirmière, au sein de cette unité, consiste à effectuer des consultations « infirmière » visant à orienter les patients vers une consultation médicale, le cas échéant. Ce poste m'a permis, pendant ces 4 années, d'observer empiriquement les motifs de consultation des patients.

Une autre de mes missions est de contrôler et délivrer les médicaments prescrits aux patients détenus. Pendant ces années, j'ai travaillé sur un vaste projet concernant l'usage du médicament en milieu carcéral, m'amenant à observer les problématiques entraînées par celui-ci sur les patients et en détention. Ce versant de mon activité m'a permis d'observer les demandes des patients en terme de thérapies non médicamenteuses.

Mes quinze années d'expérience en oncologie associées à l'obtention d'un DIU en soins palliatifs et d'une certification en éducation thérapeutique m'ouvrent l'accès à la fonction de référent douleur au sein du CHU de Nantes. Les prises en charge régulières de patients atteints de symptômes douloureux et les nouvelles notions abordées pendant mon cursus en ostéopathie m'ont souvent amené à penser : « si ces patients pouvaient bénéficier d'une prise en charge ostéopathique, cela permettrait sûrement d'améliorer leurs symptômes et leur état de santé ».

Forte de cette expertise infirmière, renforcée par les compétences acquises au cours des 4 premières années d'études menant au Diplôme d'Ostéopathe, je me suis interrogée sur la pertinence d'une expérience ostéopathique au sein de l'USMP. Cette expérience permet de proposer une nouvelle offre de soins au patient incarcéré, identique à celle dont bénéficient les personnes extérieures à la prison, et pouvant améliorer, réduire voire faire disparaître certaines symptomatologies, en collaboration avec l'équipe médicale et paramédicale.

Après 2 années de discussions formelles et informelles avec l'ensemble de l'équipe de l'USMP, la proposition de partenariat avec l'Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes-Bretagne Ostéopathie s'enclenche. L'expérience ostéopathique dans le cadre de clinique externalisée de l'IFSO Rennes voit le jour le 28 septembre 2018, après accords avec les directions administratives pénitentiaires et hospitalières.

Ce travail présente deux objectifs principaux : l'accession au titre d'ostéopathe par la réalisation de ce mémoire et la mise en place pérenne d'une consultation en ostéopathie au sein du centre pénitentiaire si les résultats obtenus font la preuve de leur pertinence.

La question se pose alors par l'intermédiaire de l'expérience de clinique externalisée de l'IFSO-R à la MA de Nantes : « Quelle place pour l'ostéopathie structurelle au sein de l'équipe pluridisciplinaire de l'USMP du CHU de Nantes ? »

2. CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel vise à apporter un éclairage sur les thèmes abordés dans ce travail de recherche et à mieux comprendre le cheminement vers nos hypothèses. Nous explorons tout d'abord le monde carcéral, la santé en détention et les particularités du patient détenu. Puis, notre regard se porte sur l'ostéopathie et l'organisation des cliniques externalisées dans le cursus de formation des étudiants en ostéopathie ainsi que l'interaction possible avec le

milieu carcéral. Le cadre sera alors posé pour vous présenter notre hypothèse sur la place de l'ostéopathie structurale en prison dans une équipe de soins pluridisciplinaires. Commençons par étudier le monde carcéral :

2.1. Le milieu carcéral

2.1.1. Définition

Nous prendrons, ici, le temps de rappeler les définitions de quelques mots pour nous familiariser avec le langage du milieu carcéral, du milieu pénitentiaire autrement dit de la prison.

Le mot prison vient du latin *pressio*, de *prehensio*, qui correspond à l'action de prendre. C'est un « établissement où sont détenues les personnes condamnées à une peine privative de liberté ou en instance de jugement »¹.

Les personnes incarcérées sont appelées communément « détenus » ou « Personnes Placées Sous-Main de Justice » (PPSMJ), par la justice. En MA, un détenu peut être prévenu (en attente de jugement, condamnation provisoire) ou condamné.

2.1.2. Législation

La prison dépend de l'administration pénitentiaire, sous couvert du ministère de la justice. L'administration pénitentiaire « assume une double mission : elle participe à l'exécution des décisions et des sentences pénales et au maintien de la sécurité publique et elle favorise la réinsertion sociale des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire »².

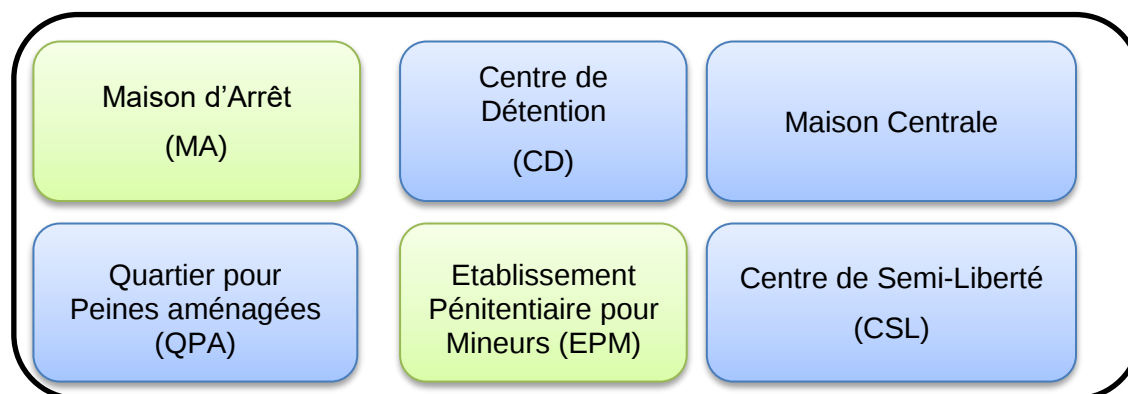
¹ (Iarousse)

² (<http://www.justice.gouv.fr/>, 2019)

2.1.3. Organisation

Un centre pénitentiaire peut se composer de différents types d'établissements :

Figure 1: Organisation du centre pénitentiaire de Nantes



Centre Pénitentiaire (CP)

Les maisons d'arrêt³ reçoivent les personnes prévenues en détention provisoire ainsi que les personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine n'excèdent pas deux ans.

Les Établissements Pénitentiaires pour Mineurs³ reçoivent des personnes mineures prévenues (en détention provisoire) ou condamnées.

Les établissements pour peine³ reçoivent des personnes condamnées.

Les maisons centrales³ accueillent les personnes détenues condamnées à une longue peine et/ou présentant des risques. Le régime de détention de ces prisons est essentiellement axé sur la sécurité

Les centres de détention³ accueillent des personnes détenues condamnées à une peine supérieure à deux ans et qui présentent les meilleures perspectives de réinsertion sociale. A ce titre, les centres de détention ont un régime de détention principalement orienté vers la resocialisation des personnes détenues.

Les centres de semi-liberté³ reçoivent des personnes condamnées admises au régime du placement extérieur ou de la semi-liberté. La personne condamnée détenue peut s'absenter de l'établissement durant la journée pour exercer une activité professionnelle, suivre un enseignement ou une formation, bénéficier d'un traitement médical ou s'investir dans tout autre projet d'insertion ou de réinsertion de nature à prévenir les risques de récidive.

Les quartiers pour peines aménagées³ peuvent recevoir les personnes condamnées bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou d'un placement à l'extérieur ainsi que les personnes condamnées dont le reliquat de peine est inférieur à un an, afin de leur permettre de concrétiser un projet de réinsertion.

³ En vert les établissements recevant des personnes en attente de jugement ou condamnées.
En bleu, les établissements recevant des personnes condamnées.

2.1.4. La Maison d'Arrêt de Nantes

Comme présenté en amont, la MA fait partie du CP de Nantes. Elle se compose de 3 bâtiments dont un réservé aux femmes. Sa capacité d'accueil est de 570 places dont 40 places dédiées aux femmes et 20 places au Service Médico-Psychologique Régional (SMPR). Actuellement, elle accueille 629 détenus.

Figure 2: Chemin de l'entrée de la Maison d'arrêt vers une cellule^{4,5,6,7,8}



A Nantes, la MA du CP reçoit des détenus en attente de jugement ou condamnés à des courtes peines sous la responsabilité du ministère de la justice

⁴ www.La.croix.com

⁵ (<http://images.sudouest.fr/2017/05/16/591ace4166a4bd684b1d1215/golden/l-homme-etait-ecroue-depuis-le-1er-mai-a-la-maison-d-arret-de-nantes.jpg>)

⁶ (www.20minutes.fr)

⁷ (<https://search.lilo.org/searchweb.php?q=Maison%20d%27arret%20de%20nantes&tab=images&page=1#>)

⁸ www.lefigaro.com

2.2. La santé en milieu carcéral

2.2.1. Législation

La prise en charge sanitaire des patients détenus en milieu pénitentiaire dépend de plusieurs textes de lois, dont voici les principaux :

- Loi n°9443 du 18 janvier 1994⁹ relative à la santé publique et à la protection sociale
- Loi n°2009 879 du 21 juillet 2009¹⁰ portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2015¹¹ de modernisation de notre système de santé
- Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002¹² d'orientation et de programmation pour la justice
- Loi 2014-896 du 15 août 2014¹³ relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales

Pour n'en retenir que l'essentiel, la santé des personnes incarcérées est confiée par la justice aux services publics hospitaliers, garantissant aux détenus les mêmes droits à la santé que pour la population générale. Ces lois fixent le cadre et l'organisation précise des soins à l'extérieur des établissements pénitentiaires. Un regard attentif est porté sur l'accès à la prévention, à l'éducation à la santé, à la qualité et la sécurité des soins ainsi qu'à l'état psychologique des patients détenus tout au long de leur détention.

2.2.2. Généralités

2.2.2.1. Le secret professionnel

Les professionnels de santé exerçant en milieu carcéral sont soumis, comme à l'extérieur, au secret professionnel par le code de santé publique. Ce secret est garanti en détention par l'indépendance des professionnels de santé vis-à-vis de l'administration pénitentiaire et de la justice. C'est une obligation fondamentale, socle de la relation de soins, quelque soient les circonstances. Ce secret protège l'intérêt de la personne détenue, sa dignité, son intégrité protégeant la vie privée du patient. Il contribue au rapport de confiance entre soignant et soigné.

Certaines dérogations légales obligent ou autorisent des révélations partielles « nécessaires, pertinentes et non excessives ».

2.2.2.2. Les dossiers médicaux

Les dossiers médicaux des patients sont sous la responsabilité de l'établissement de santé dont dépend le CP et accessibles uniquement aux professionnels de santé (locaux sous clefs et sécurisés). Toutes les informations de santé qui doivent circuler concernant un patient détenu doivent se faire dans des règles de **confidentialité majeure**.

⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000728979>

¹⁰ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

¹¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

¹² <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000775140>

¹³ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029362502&categorieLien=id>

2.2.2.3. L'accessibilité des personnels de santé

Les « personnels médicaux et non médicaux appelés à intervenir en milieu pénitentiaire sont désignés par les établissements de santé signataires des protocoles. Le directeur de l'établissement de santé est seul compétent pour se prononcer sur la qualification professionnelle de ces intervenants. Ils sont soumis à une procédure d'habilitation ou d'autorisation d'accès qui peut comprendre une enquête administrative ¹⁴».

2.2.2.4. Des règles de sécurité

Tous les intervenants permanents ou temporaires doivent obtenir au préalable de l'administration pénitentiaire une autorisation d'accès après évaluation de leur casier judiciaire. Ils doivent respecter :

- Les règles de sécurité générales (contrôle d'identité, matériel, passage aux portiques, attente aux grilles et points de contrôles...)
- Les règles de sécurité concernant l'informatique et les communications (proscription des systèmes de communication sans fil, verrouillage des postes de travail, faire attention à la confidentialité des mots de passe)
- La confidentialité des dates lors de rendez-vous extérieurs (ne pas les communiquer au patient détenu)
- Le fait de ne pas laisser d'objet à portée de main des patient détenus, de porter en permanence son Alarme Portative Individuelle (API), de déclarer tout incident avec un patient détenu, de fermer les locaux à clefs.

Les personnels pénitentiaires affectés aux USMP assurent la sécurité des personnels soignants et des locaux lors de leur relation avec le patient détenu.

La prise en charge sanitaire en détention est soumise à différentes lois. Les professionnels de santé intervenant au sein d'un établissement pénitentiaire sont soumis au secret professionnel comme à l'extérieur. Ils garantissent au patient l'accès aux mêmes soins que l'ensemble de la population. Les soignants doivent respecter les règles de confidentialité et de sécurité liées à l'établissement dans lequel ils sont habilités à travailler.

¹⁴ (inpes)p.89

2.2.3. Organisation à Nantes

Les Unités Sanitaires en milieu pénitentiaire sont organisées selon 2 pôles :

- La santé somatique : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA)
- La santé psychique : Services médico-psychologique Régional (SMPR) qui inclut le Centre de soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Les locaux de l'USMP se trouvent à l'intérieur de la maison d'arrêt dans un bâtiment dédié aux soins. Les secteurs de soins somatiques et psychiques se trouvent dans le même bâtiment mais pas au même étage.

L'USMP fait partie du Pôle Hospitalo-Universitaire Médecine-Urgences et soins critiques du CHU de Nantes.

Figure 3 : Organisation des soins au CP de Nantes

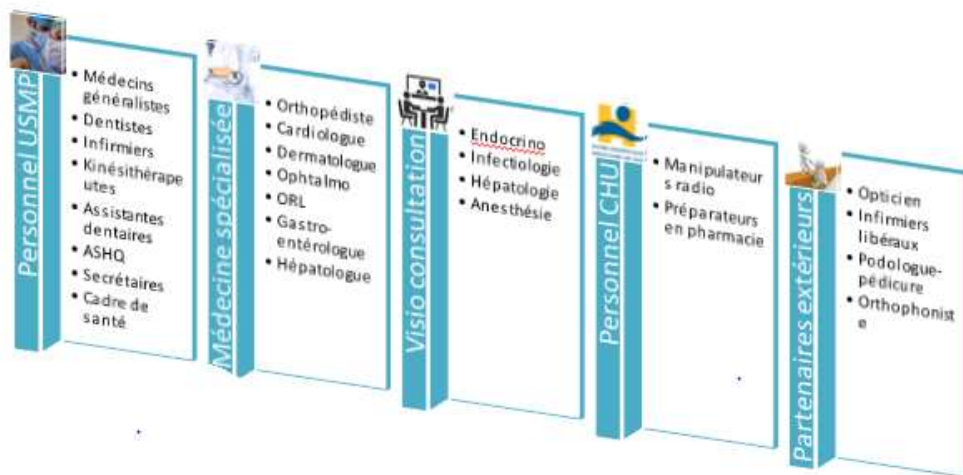


2.2.4. L'USMP de la MA de Nantes : une équipe pluridisciplinaire

L'équipe est composée de différents professionnels de santé médicaux et paramédicaux :

- Médecins généralistes
- Kinésithérapeutes
- Dentistes
- Infirmiers
- Assistantes dentaires
- Secrétaires médicales
- ASHQ

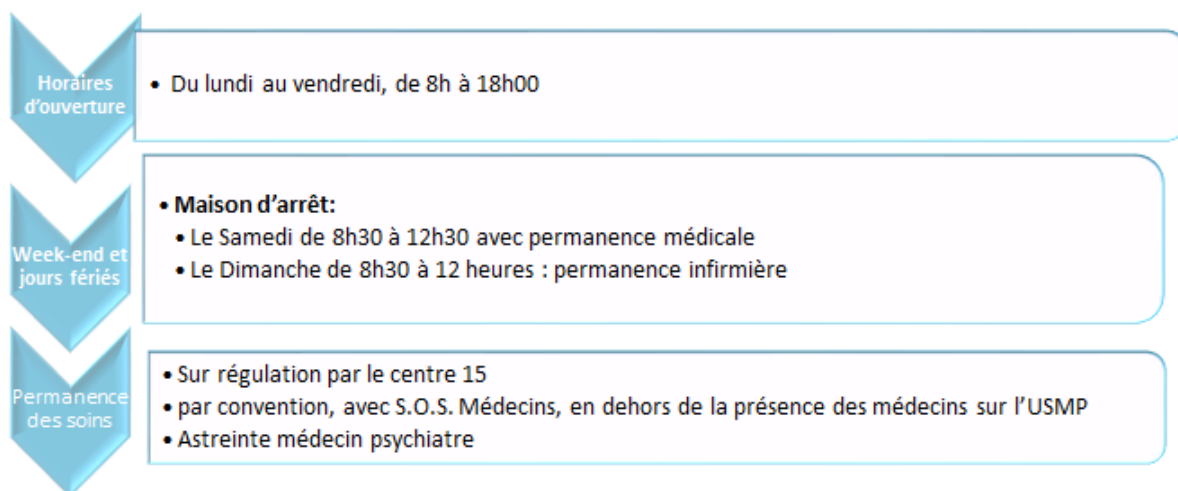
Figure 4 : Offre de soins à la MA de Nantes



L'équipe est complétée par des intervenants extérieurs pour des consultations de spécialités comme des : orthopédistes, cardiologues, pédicures, podologues, dermatologues, hépatogastro-entérologues, infectiologues, diabétologues avec pour certains des consultations en visio-conférence. L'USMP travaille aussi en collaboration avec un opticien, des infirmiers et kinésithérapeutes libéraux, un podologue-pédicure, un orthophoniste. Depuis septembre 2018, un partenariat avec l'IFSO-R a été mis en place pour des consultations d'ostéopathie.

La permanence des soins est organisée 24h/24 selon le modèle suivant :

Figure 5: Permanence des soins à la MA



Les USMP sont composées d'un service somatique, l'UCSA et d'un service psychiatrique et d'addictologie, le SMPR et le CSAPA. Les locaux des Unités Sanitaires sont à l'intérieur de la MA dans un bâtiment spécifique. Une permanence des soins est assurée 24h/24 et 7J/7 en collaboration avec 15 et SOS médecin. De nombreuses consultations de spécialités ont lieu au sein de l'UCSA et par visio-conférence afin de limiter les déplacements des patients détenus à l'extérieur de la MA.

2.3. Le patient détenu et la santé à la MA de Nantes

2.3.1. Législation

Comme le stipule Le guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des PPSMJ :

« La prise en charge de la santé des personnes détenues est intégrée au système de santé de droit commun. Elle est placée sous la responsabilité des établissements de santé assurant le service public hospitalier.

Les personnes détenues bénéficient de toutes les dispositions en faveur des droits des patients. La mise en œuvre de ces droits peut être freinée par les contraintes pénitentiaires et judiciaires. Aussi, il convient d'être particulièrement vigilant quant à l'exercice de ces droits, d'autant que les bénéficiaires sont en situation de vulnérabilité. ¹⁵».

Les droits des patients détenus en matière de santé sont régis par l'article L. 1110-1 du Code de la Santé Publique (CSP) de la manière suivante :

« Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ¹⁶».

2.3.2. Organisation

Les médecins assurent les consultations médicales nécessaires au suivi des personnes détenues. Celles-ci résultent de demandes formulées soit par la personne détenue elle-même, soit, le cas échéant, par le personnel pénitentiaire, les services éducatifs de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ou par toute autre personne agissant dans l'intérêt de la personne détenue. Elles peuvent être demandées par le médecin dans le cadre des suivis médicaux.

Le suivi médical de la personne détenue comporte les consultations suivantes :

- l'examen médical d'entrée des personnes détenues venant de l'état de liberté ;
- l'examen médical des personnes condamnées sortantes ;
- les visites aux personnes détenues placées au quartier d'isolement ;
- les visites aux personnes détenues placées au quartier disciplinaire ou confinées dans une cellule ordinaire.

Pour accéder aux soins, le patient/détenu contacte les services de soins par courrier transmis par l'administration pénitentiaire. Le service de soin lui donne alors un rendez-vous par retour de courrier. La possibilité de mouvement du patient/détenu vers l'unité sanitaire dépend de l'organisation de l'administration pénitentiaire. Il est important de dire ici que les unités sanitaires sont indépendantes de l'administration pénitentiaire au regard du secret médical mais dépendent de celle-ci pour ce qui concerne l'organisation et la sécurité

Les patients détenus ont les mêmes droits à la santé que tous les autres citoyens. Il importe que tous les professionnels de santé y veillent et fassent respecter ce droit qui peut être freiné par le système pénitentiaire et judiciaire.

¹⁵ (inpes) p.113

¹⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTIO00006685741&dateTexte=>

2.3.3. Environnement de vie des patients détenus

Les détenus vivent dans des cellules d'environ 9 m² qu'ils partagent avec un ou 2 codétenus. Cet espace comprend un coin sanitaire WC/douche sans porte. Leurs journées sont rythmées par les repas et les promenades, soit un enfermement 22h/24H. Cet enfermement diminue si la personne travaille, bénéficie de soins, accède aux activités sportives, à l'école ou à des parloirs. Ils peuvent aussi bénéficier de temps d'Unité de Vie Familiale¹⁷. Ces activités sont possibles sur autorisation de l'administration pénitentiaire et en fonction de la situation du détenu.

2.3.4. Notion de choc carcéral

Les actes qui amènent une personne en prison sont divers et variés. L'expression du choc carcéral par les détenus est, lui, fait d'éléments communs modelés sur une identité personnelle (acte, histoire, parcours de vie...).

Pour pouvoir étayer cette notion de choc carcéral, il convient de poser un cadre commun. Ce cadre commun n'est qu'un modèle pour tenter une approche simplifiée de cette notion si vaste au regard de la complexité de chaque individu.

Nous pouvons identifier différents temps qui vont venir créer la situation de choc carcéral :

- Un acte
- Une arrestation
- Une incarcération

Un individu arrive en prison par différents chemins que nous allons décrire. Nous en avons identifié cinq mais cette identification n'est surement pas exhaustive :

- L'incarcération inéluctable qui est l'aboutissement de la galère, d'une répression routinière
- L'incarcération comme un « break » qui est l'arrêt d'une conduite délictueuse et/ou une pause dans une désorganisation interne
- L'incarcération catastrophe qui est une situation de rupture avec la normalité sociale
- L'incarcération calculée qui est alors le passage assumé lié à un mode de vie
- L'incarcération protectrice qui est la fuite d'une situation extérieure violente et/ou le retour à une situation intérieure intégrante.

Quel que soit le chemin, l'incarcération est vécue comme un choc car rarement appréhendée. L'individu commet un acte et s'en suit l'arrestation. Celle-ci peut être plus ou moins violente, sous le regard souvent surpris, apeuré et sidéré de l'entourage (famille, amis, collègues...).

L'individu arrive alors en prison. Il est d'abord dépouillé de ce qu'il possède. Il dépose ensuite son identité physique par la prise notamment des empreintes digitales. Il lui est alors attribué un numéro d'écrou. Vient ensuite, le moment de la fouille intégrale, vécue comme violente/violante et humiliante, le temps de la mise à nu.

On observe, dans les premiers jours, chez le détenu un temps de sidération, puis des symptômes de dépression avec une possibilité de tendances suicidaires. Comment peut-il faire face à cet inconnu (quand c'est la première fois), ce nouveau lieu, ces nouvelles personnes, ces nouvelles règles ? C'est un moment souvent intense où se mêle la perte d'autonomie, de liberté, le sentiment d'abandon, de carence et l'éveil à sa propre finitude. L'individu, alors prisonnier/détenu/PPSMJ/taulard..., ne peut plus se déplacer librement,

¹⁷ L'UVF est un appartement meublé de 2 ou 3 pièces, séparé de la détention, où la personne détenue peut recevoir ses proches dans l'intimité.

manger à son goût, choisir ses fréquentations, disposer d'intimité, s'exprimer librement, entreprendre, organiser son temps. Arrive à ce moment, la menace d'être indifférencié des autres. C'est le moment où les détenus se classent eux-mêmes en catégories.

Cette entrée en prison est un temps de séparation avec ses proches, ses habitudes, son milieu. Les proches ne sont pas toujours au courant de l'incarcération. Comment vont-ils le prendre ? C'est le moment de l'annonce aux proches de l'incarcération souvent par courrier (malgré parfois les difficultés à écrire, et l'inhabitude), par le coup de fil d'un codétenu ou par un autre qui vient de sortir de prison. Il s'opère alors une réorganisation familiale avec soutien ou pas à celui qui est incarcéré. Les réactions sont modifiées en fonction du motif d'incarcération, de la médiatisation, de l'histoire familiale.

D'autres moments forts viendront mettre à l'épreuve la fragilité, les limites, les peurs, la question de la finitude au cours de l'incarcération. C'est le cas du premier parloir, du procès ou du temps de la condamnation. Ces moments fragilisent la personne incarcérée et amènent les différents intervenants à avoir une attention particulière, le risque de passage à l'acte est alors très présent.

2.3.5. Pathologies et détention

C'est dans l'ouvrage « La prison, un lieu de soin¹⁸ ? » qu'Anne Lécu nous permet d'accéder aux motifs de consultation des détenus avec du recul et de la distance. Anne Lécu est médecin en milieu carcéral. Elle partage son expérience et éclaire l'œil du soignant sur la traduction corporelle des événements existentiels d'un patient en détention.

Elle regroupe et décrit les motifs de consultation selon différentes polarités : celle de la présence/absence, de la surface/profondeur et du dedans/dehors.

La **présence /absence**, écho de la séparation et de l'isolement, se révèle sous des symptômes tels que :

- L'**insomnie** : lutte contre le sommeil qui ne vient pas, rendant le temps encore plus long comme une sorte de double peine et éveillant la difficulté d'être présent à soi.
- Le **flou**, le **vertige**, l'**obnubilation**, les **troubles de l'équilibre**, de la **mémoire** : comme si la perception des contours du corps et de l'esprit était rendue difficile par la « mise à l'ombre ».
- L'**usage de drogue associé au manque, au sevrage et à la substitution** : le produit stupéfiant est à la fois traitement et cause du manque ; il peut provoquer l'analgésie, l'excitation, la désinhibition, la sensation de légèreté « le consommateur de stupéfiants cherche à faire reculer les limites de sa condition humaine, incarnée ici et maintenant »¹⁹. La substitution et le sevrage, c'est « permettre une présence à soi qui ne se fasse pas dans un ailleurs, mais ici et maintenant, autre nom de la liberté »²⁰.
- La **douleur** : qui réveille dans la situation d'enfermement très rapidement la notion de finitude.
- La **baisse de l'acuité visuelle** : impossibilité physique pour le regard de se projeter, mais aussi psychique par la diminution du champ des possibles et la difficulté de se projeter dans un temps lointain.

¹⁸ (Lécu, 2014)

¹⁹ (Lécu, 2014)p52

²⁰ ibid

La polarité entre **surface et profondeur**, écho de la relation à autrui et de la renaissance, se révèle au travers de :

- La **peau** : comme interface entre dedans et dehors, qui pourrait retracer l'histoire non exprimées du patient (cicatrices, tatouages, prurit, lésions cutanées diverses, eczéma, peau sèche, rugueuse, allergie) ; la relation à la nudité et au toucher de par les fouilles mais aussi le manque de contact familial, amoureux, affectueux. La notion de sale et de propre prend ici toute son importance dans le rapport au pur et à l'impur, ce qui amène les personnes à beaucoup se laver.
- Le **changement du corps** : chez les femmes, on observe aménorrhées, perte de cheveux, prise de poids pouvant entraîner des situations d'angoisse allant parfois jusqu'à des crises d'Angor (angustus désignant la gorge étroite et serrée), problème du passage du souffle, de la vie tout simplement. Le vécu de l'incarcération diffère chez l'homme et la femme. La femme est plus touchée par la séparation que par la privation de liberté.
- Les **larmes** : avec la particularité que les larmes font peur en prison, elles révèlent quelque chose de la profondeur de l'être, du mystère de l'autre. La peur étant que le détenu mette fin à ses jours. Les larmes sont pourtant l'expression saine du mal être.

La polarité entre **dedans et dehors** génère une tension qui s'exprime par :

- La **notion de vide et de plein** : se manifeste par une certaine prise de poids qui permet d'augmenter la densité corporelle et de mieux supporter le vide. Le grignotage permet de remplir le vide du quotidien. Même si le tube digestif lui n'accepte pas ce vide. Avec parfois, un tube digestif qui a du mal lui à se vider. Les détenus souhaitent souvent se vider la tête des idées qui tournent en boucle et le besoin de faire le vide par les psychotropes et les stupéfiants et d'arrêter de penser. Souvent quand l'état physique s'améliore, c'est que la vie extérieure est pire que la prison.
- Des **troubles de conduites alimentaires et digestives** : la grève de la faim est un moyen de protestation contre une décision administrative mais le moyen de montrer son épuisement face à l'incarcération. La gorge est serrée, l'estomac est noué, l'anorexie, finalement rien de ce qui se vit de la prison ne passe par peur d'être empoisonné. Le problème des mules avec la drogue. Des troubles de la constipation avec des hémorroïdes qui laisse saillir au dehors un peu de dedans.
- L'**automutilation** : par ingestion ou par coupure, comme un cri qui ne peut pas sortir mais s'exprimer par les berges, les lèvres de la plaie.

Ces 3 polarités expriment la question de la limite d'où naît le symptôme, limite du corps propre.

2.3.6. Notion d'enfermement

La notion d'enfermement dépend de la capacité de la personne incarcérée à se créer un espace d'enfermement ou de liberté pendant sa détention. Celui-ci, dépend de l'approche de l'espace par la personne liée à la dimension du vécu, dans la relation Moi/ICI/Maintenant et la relation Moi/le monde. C'est parce que le vécu d'un espace va venir endommager mon rapport au monde qu'un espace deviendra enfermement.

En prison, l'espace est restreint et la promiscuité est grande ce qui augmente la valeur affective de l'appropriation de l'espace. Cette appropriation est difficile par le sentiment de persécution lié à l'absence de volet, la présence de l'œilleton, l'absence de choix du codétenu ou encore le changement de cellule sans préavis.

Le temps est inhérent à l'espace vécu. Ces 2 éléments sont nécessaires à l'action.

L'action est le fruit de la notion d'élan vital décrite par E.Minkowski²¹. L'élan vital constitue le devenir, donne sens à la vie, c'est ce qui vient affirmer le moi en tant que personnalité vivante. La manière dont j'établis le contact avec l'épaisseur de la vie. Chaque instant de ma vie est une projection d'une chose à réaliser, c'est le mouvement naturel de l'être. Ce mouvement est restreint et inhibé lorsque la personne se sent en situation d'enfermement, dans la problématique du Moi/Ici/Maintenant avec le Moi dans la relation au monde, à autrui.

2.3.7. Rapport au corps et au toucher

La peau est la limite entre intérieur et extérieur. Elle est vue dans son ensemble lors de la fouille intégrale dans une situation de nudité humiliante et dégradante sous le regard des surveillants. Cette peau est touchée lors des fouilles mais aussi lors de l'examen clinique médical. Il est primordial dans le soin, d'avoir en conscience, que ce corps manque de caresse, de tendresse et d'attention. Le soutien du corps et la contenance de la peau sont mis en danger en prison. Le rapport du corps, au propre et au sale, est le rapport à celui de l'impureté de la situation.

Ce rapport au corps et au toucher interroge aussi la position du thérapeute manuel dans sa possibilité et ses limites au rapport au corps avec une personne ayant flirtée avec les règles de vie en société. Comment puis-je entrer en corps à corps avec un individu qui a fait quelque chose de mal aux yeux de la société (deal, violence, viol, meurtre....) ? Ou simplement comment entrer dans un corps à corps thérapeutique avec un être qui me renvoie des images qui m'éprouve ?²²

2.3.8. Phénoménologie de la rencontre

Pour explorer la relation de soin en détention, nous nous penchons sur la phénoménologie de la rencontre : Que se passet-il quand deux personnes se rencontrent dans une situation de soin ? Des penseurs, comme Husserl²³, ont défini une « **expérience comme intuition sensible des phénomènes afin d'essayer d'en extraire les dispositions principales des expériences mais aussi l'essence de ce dont on fait l'expérience** ».

Étymologiquement, le mot phénoménologie provient du grec « phainomenon », ce qui apparaît, ce qui se montre et logos étude.

Cette philosophie est véhiculée en France par Paul Ricœur, Emmanuel Levinas, Jean-Paul Sartre ou Maurice Merleau Ponty. Ce courant se débarrasse de toute théorie préalable, de toute préconception.

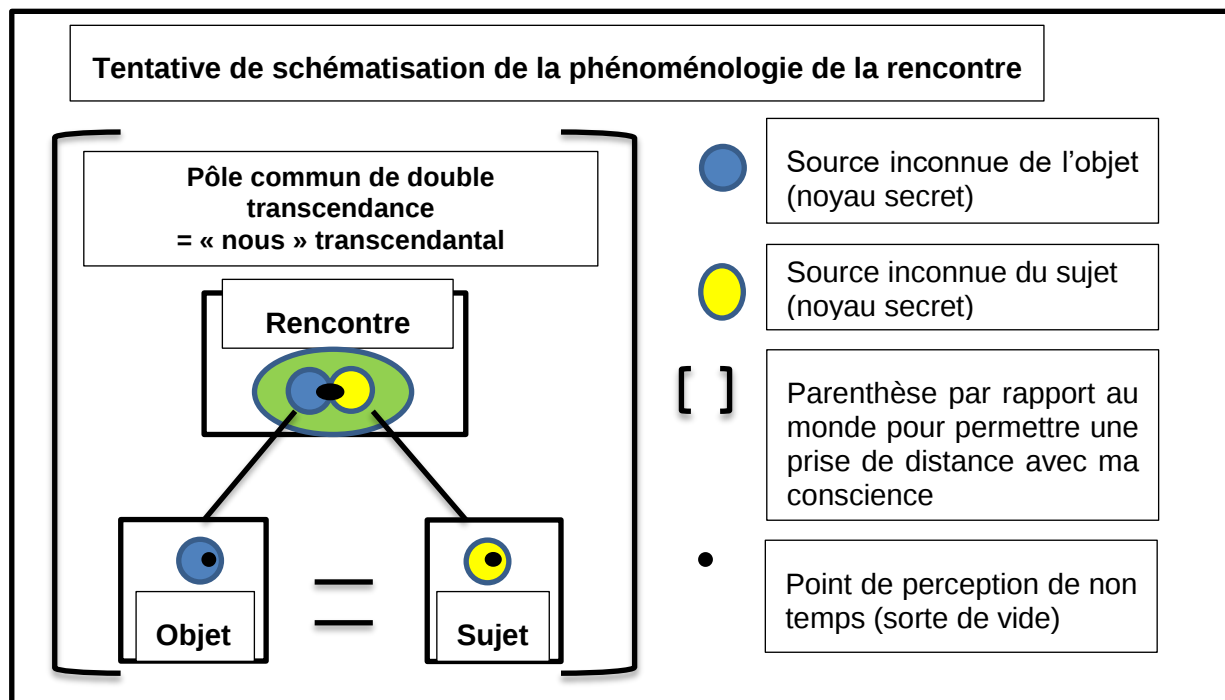
Nous tenterons ci-après une schématisation personnelle pour aborder plus précisément la théorie de la phénoménologie de la rencontre selon Husserl :

²¹ Psychiatre français

²² (Juliens, octobre 2016)

²³ Philosophe et logicien français, fondateur de la phénoménologie, principal courant philosophique du XXème siècle en Europe

Figure 6: Tentative de schématisation de la phénoménologie de la rencontre



Dans cette tentative de schématisation, nous retrouvons un objet et un sujet qui portent en eux un noyau secret appelé aussi source muette. Pour que chacun de l'objet et du sujet puisse accéder à son « JE » transcendantale, il est nécessaire qu'ils soient dans une parenthèse au monde (culture, tradition, langue...), dans un état de présence/absence et de silence présent incarné. L'objet et le sujet pourront alors se retrouver dans un espace commun de rencontre : le pôle de double transcendance, dans une perception commune de non temps (intersubjectivité absolue), pour accéder au « nous » transcendantal. Rappelons ici que l'important dans la phénoménologie de la rencontre n'est pas tant de la comprendre, mais de la vivre pour qu'elle puisse être opérative.

Pour que la rencontre, entre le thérapeute et le patient détenu, ait lieu, il est nécessaire de sortir des préjugés communs et de les aborder sans prétention. Ceci est valable dans toutes les situations de soin mais encore plus vraie en détention où l'on frôle avec la limite de l'acceptable fait par une personne en société.

Les personnes détenues vivent dans des cellules d'environ 9 m², seule ou à plusieurs, repoussant au quotidien les limites de leur intimité. Pour arriver en prison, ils passent par des chemins de vie différents, mais sont tous confrontés au choc carcéral, qui remet en question les règles du jeu et l'organisation de leur équilibre. Ils présentent des pathologies spécifiques à leur état d'enfermement, influencé par une éventuelle perte d'élan vital liée au manque de liberté et d'autonomie.

Les personnes détenues ont un rapport au corps modifié où la peau devient la seule limite entre l'intérieur et l'extérieur, où le contact est souvent violent ou humiliant. Pour soigner en détention, il est nécessaire d'apprécier ses propres limites face à des personnes qui ont flirté avec les limites des règles de vie en société : soigner en détention sans pré-tension ni préjugés pour accéder à la rencontre thérapeutique dans le soin.

2.4. L'ostéopathie

2.4.1. Généralités

L'ostéopathie n'a pas une mais des définitions en fonction des points de vue qui la décrivent. Si l'on observe les différents courants d'ostéopathie existants, il n'y a pas une, mais des ostéopathies. Et sur le terrain, il n'y a pas un profil type d'ostéopathe mais des ostéopathes. Nous allons alors essayer d'éclaircir la situation.

2.4.1.1. Définition et législation

D'un point de vue mondial, l'Organisation Mondiale de la Santé s'est penchée sur la situation de l'ostéopathie en 2010. Elle a remarqué que de nombreux thérapeutes utilisaient des techniques ostéopathiques en prétendant faire un traitement ostéopathique sans avoir eu une formation adéquate. Afin de remédier à cette situation, une réflexion a été entamée pour produire un document de référence²⁴ permettant au pays le souhaitant, de légiférer sur un cursus de formation et de pratique qualifiée en ostéopathie. L'OMS dit :

« L'ostéopathie (également dénommée médecine ostéopathique) repose sur l'utilisation du contact manuel pour le diagnostic et le traitement. Elle prend en compte les relations entre le corps, l'esprit, la raison, la santé et la maladie. Elle place l'accent sur l'intégrité structurelle et fonctionnelle du corps et la tendance intrinsèque de l'organisme à s'auto-guérir.

Les ostéopathes utilisent une grande variété de techniques thérapeutiques manuelles pour améliorer les fonctions physiologiques et/ou soutenir l'homéostasie altérées par des dysfonctions somatiques (les structures du corps), c'est à dire une altération ou une dégradation de la fonction des composantes concernées du système somatique : les structures squelettiques, articulaires, et myofasciales, ainsi que les éléments vasculaires, lymphatiques et neurologiques corrélés.

*Les ostéopathes utilisent leur connaissance des relations entre la structure et la fonction pour optimiser les capacités du corps à s'autoréguler et à s'auto-guérir. Cette approche holistique de la prise en charge du patient est fondée sur le concept que l'être humain constitue une unité fonctionnelle dynamique, dans laquelle toutes les parties sont reliées entre elles.*²⁵»

En France, l'ostéopathie a d'abord été encadrée par l'article 75²⁶ de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades. Puis en 2007, le décret n°2007-435²⁷ du 25 mars fait appliquer les règles de droits concernant les actes et les conditions d'exercice de l'ostéopathie. Celui-ci est complété et modifié²⁸ par la suite avec deux décrets :

- Le décret 2014-1043²⁹ relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie
- Le décret n°2014-1505³⁰ du 12 décembre 2014 relatif à la formation des ostéopathes ainsi qu'aux dispenses de formation accordées aux professionnels de santé

²⁴ Benchmarks for training in osteopathy, World Health Organization, 2010

²⁵ (organization, 2010)

²⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>

²⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000462001>

²⁸ Abrogation des articles 1 à 5 et 9 du décret n°2007-435 du 25 mars 2007

²⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029449275>

Ces deux derniers décrets encadrent notamment l'évolution pédagogique des étudiants dans l'application pratique de leur compétence clinique permettant d'obtenir le titre d'ostéopathe avec un regard concret sur la place des professionnels de santé.

En France, l'annexe I du décret du 12 décembre 2014 décrit les activités du métier d'ostéopathe et les compétences que celui-ci doit maîtriser à l'obtention du diplôme. Il donne cette définition du métier d'ostéopathe :

« L'ostéopathe, dans une approche systémique, après diagnostic ostéopathique, effectue des mobilisations et des manipulations pour la prise en charge des dysfonctions ostéopathiques du corps humain.

Ces manipulations et mobilisations ont pour but de prévenir ou de remédier aux dysfonctions en vue de maintenir ou d'améliorer l'état de santé des personnes, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agent physique.³¹».

Cet arrêté présente un glossaire pour permettre à chaque citoyen de comprendre des termes clés utilisés pour décrire le métier d'ostéopathe. Dans le paragraphe suivant, nous prenons soin de reprendre chaque élément de ce glossaire et de le mettre en parallèle avec le MFOS.

En 2010, l'OMS en mettant en avant les difficultés à définir le cadre d'exercice et de formation à l'ostéopathie dans le monde, ouvre un chemin de réflexion. La France légifère de façon précise sur les actes et le métier d'ostéopathe ainsi que sur les modalités de formation menant au titre d'ostéopathe, nécessitant des procédures d'agrément pour les écoles et garantissant une certaine uniformisation des pratiques.

2.4.1.2. La législation et le MFOS

L'annexe 1, référentiel d'activité et compétence, de l'arrêté du 12 décembre 2014³² relatif à la formation en ostéopathie, présente la définition du métier et un glossaire permettant de comprendre les termes professionnels utilisés dans le langage ostéopathique. Nous souhaitons dans cette partie proposer un éclairage des définitions émises par l'arrêté avec langage du MFOS. Pour plus de lisibilité, nous présentons dans un tableau comparatif législation/MFOS par terme du glossaire. Les parties en blanc concerne la législation et en **bleu le MFOS**.

³⁰ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029894161&dateTexte=&categorieLie n=id>

³¹ Annexe 1 : décret n°2014-1505 du 12 décembre 2014

³² Annexe 1 : décret n°2014-1505 du 12 décembre 2014

Figure 7: Comparatif glossaire décret n°2014-1505 du 12 décembre 2014 relatif à la formation des ostéopathes et MFOS

	Dysfonction ostéopathique	Lésion Tissulaire Réversible (LTR)
Arrêté	« Altération de la mobilité, de la viscoélasticité ou de la texture des composantes du système somatique. Elle s'accompagne ou non d'une sensibilité douloureuse. » ³³	
MFOS	Lésion Tissulaire Réversible (LTR) : c'est une perte des qualités de souplesse et d'élasticité du tissu conjonctif, durable et auto entretenue dans le temps, qui ne peut s'auto-réduire spontanément. Cette atteinte de l'état du tissu est réversible. Cette lésion ne s'exprime pas sauf quand on y touche. Le patient peut exprimer une sensibilité d'intensité variable dans une zone. La perte de mobilité n'est pas une dysfonction/lésion mais une conséquence de la LTR.	

	Technique ostéopathique
Arrêté	« Ensemble de gestes fondés des principes ostéopathiques » ³⁴
MFOS	Nous privilégions toujours les techniques structurales d'action mécanique pour avoir un effet en première intention.

	Manipulation/mobilisation
Arrêté	« La manipulation est une manœuvre unique, rapide, de faible amplitude, appliquée directement ou indirectement sur une composante du système somatique en état de dysfonction afin d'en restaurer les qualités de mobilité, de viscoélasticité ou de texture. La manipulation porte la composante concernée au-delà de son jeu dynamique constaté lors de l'examen, sans dépasser la limite imposée par son anatomie. Appliquée sur une articulation ou sur un ensemble d'articulations, elle peut s'accompagner d'un bruit de craquement (phénomène de cavitation) qui n'en constitue cependant pas nécessairement un indice et qui est sans valeur pronostique. La mobilisation est un mouvement passif parfois répétitif, de vitesse et d'amplitude variables, appliqué sur une composante du système somatique en état de dysfonction »³⁵.

³³ ibid

³⁴ ibid

³⁵ Annexe 1 : décret n°2014-1505 du 12 décembre 2014

MFOS	« La lésion n'étant pas définie par une perte de mouvement, le geste thérapeutique n'est pas un gain d'amplitude »³⁶. La manipulation est l'utilisation d'un outil mécanique. Le thérapeute doit réunir, des conditions utiles, nécessaires et suffisantes (en respectant un positionnement rigoureux), pour venir stimuler et communiquer mécaniquement de manière brève (adapté au tissu rencontré), intense et isolée, avec le tissu conjonctif en lésion réversible du patient. Le but est de solliciter la structure en lésion afin de lui permettre de retrouver ses capacités de souplesse et d'élasticité. La manipulation articulaire peut s'accompagner du phénomène de cavitation.
-------------	--

	Diagnostic ostéopathique
Arrêté	« Le diagnostic ostéopathique comprend un diagnostic d'opportunité et un diagnostic fonctionnel : Diagnostic d'opportunité : démarche de l'ostéopathe qui consiste à identifier les symptômes et signes d'alerte justifiant un avis médical préalable à une prise en charge ostéopathique ; Diagnostic fonctionnel : démarche de l'ostéopathe qui consiste à identifier et hiérarchiser les dysfonctions ostéopathiques ainsi que leurs interactions afin de décider du traitement ostéopathique le mieux adapté à l'amélioration de l'état de santé de la personne. »³⁷
MFOS	La prise en charge ostéopathique comprend un diagnostic d'opportunité qui permet d'identifier les symptômes et les signes d'alerte justifiant d'une orientation médicale (l'ostéopathe est capable d'identifier ce qui ne relève pas de son champ de compétence) ; elle comprend ensuite le diagnostic ostéopathique avec une anamnèse mettant en avant : ❖ La plainte du patient (ou, quand, depuis quand, comment, facteurs calmants et aggravants) = phénomène lésionnel et structure qui s'exprime ❖ Du processus initial ayant déclenché la plainte = phénomène déclenchant ❖ Les lésions dites irréversibles (antécédents chirurgicaux, trauma, lésion organique) = la somme pathologique ❖ Anamnèse spécifique L'examen fonctionnel du patient nous donne une indication sur la zone dans laquelle nous devrions retrouver la ou les LTR au plus proche de la plainte. Dans ce diagnostic, nous analysons et prenons en compte le rapport de cohérence entre le phénomène déclenchant et le phénomène lésionnel qui associés à la somme pathologique nous donne une idée de l'état de santé global de notre patient pour établir un plan d'action thérapeutique adapté à chaque patient.

³⁶ (Terramorsi, décembre 2013) p.27

³⁷ Annexe 1 : décret n°2014-1505 du 12 décembre 2014

	Traitement ostéopathique
Arrêté	« Ensemble des techniques ostéopathiques adaptées à la personne en fonction du diagnostic ostéopathique visant à améliorer l'état de santé de la personne. » ³⁸
MFOS	Pour établir notre plan de traitement, nous recherchons les LTR localement puis à distance en tenant compte des variables de régulation. Nous veillons à la cohérence entre le tableau clinique du patient et les LTR retrouvées localement puis à distance.

La particularité du MFOS est qu'il ne parle pas de dysfonction ostéopathique mais de Lésion Tissulaire Réversible. Nous nous attachons en premier lieu à la qualité du tissu conjonctif qui en fonction de son état (souplesse et élasticité) pourra entraîner une dysfonction.

Cette particularité peut sembler n'être qu'un détail mais elle conditionne notre modèle de raisonnement diagnostic et nos manipulations.

Nos manipulations ne sont pas construites autour d'un mouvement mais autour d'un état de densité tissulaire défini en lésion.

2.4.2. Le modèle médical et le MFOS

Pour mieux appréhender, la complémentarité possible entre ces 2 modèles, nous les regardons par le prisme de l'arène thérapeutique³⁹ et de la théorie des plots⁴⁰.

Il est bien difficile de définir un modèle médical tant il existe un nombre important de professionnels de santé. La médecine conventionnelle est basée sur l'étude des symptômes et de la biologie pour établir un diagnostic permettant de prescrire notamment un médicament contre ces symptômes, c'est ce qu'on appelle aussi l'allopathie.

Si nous sommes réducteurs, nous cantonnons le modèle médical à l'observation de symptômes, de la biochimie et de l'imagerie pour proposer un traitement médicamenteux et parfois chirurgical.

Régulièrement, les patients sont dits « poly pathologiques ». Cette situation de plusieurs pathologies ramène à la complexité de l'organisme. Le modèle médical vient y répondre par une prise en charge par spécialité (cardiologie, pneumologie, ...). Ces situations de poly prises en charge avec une connaissance limitée du champ d'action de chacun (et parfois des égos surdimensionnés), laisse le patient et sa souffrance, seul, plein d'interrogations et d'incompréhensions sur le bord du chemin.

Certains domaines de prises en charge médicale, où les poly pathologies sont de mises développent une méthode de travail basée sur la pluridisciplinarité. Les réunions de concertations pluridisciplinaires se mettent en place pour permettre aux différents praticiens de croiser leurs points de vue et proposer au patient la prise en charge la plus pertinente au regard des symptômes, de la biologie et de l'imagerie.

³⁸ Annexe 1 : décret n°2014-1505 du 12 décembre 2014

³⁹ (Boudéhen, 2017) p33-35

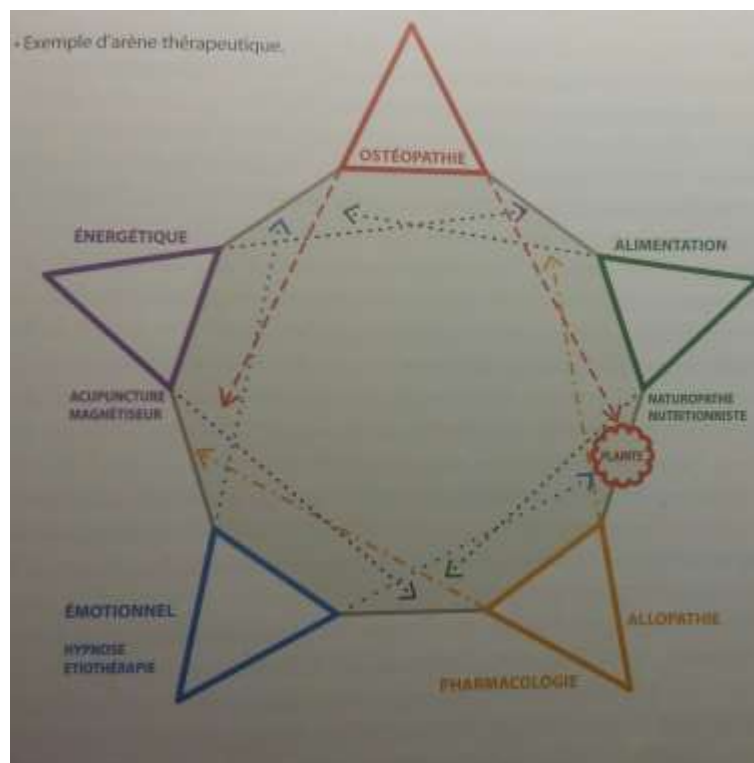
⁴⁰ (Terramorsi, décembre 2013) p 340

Avec l'entrée, de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge médicale et paramédicale, c'est le modèle bio psycho social qui vient s'imposer à la médecine contemporaine et l'autorise à ouvrir son regard vers les médecines complémentaires.

Le MFOS est « une approche thérapeutique matérielle, physique, modélisant le vivant par une approche systémique. Elle permet d'aborder l'organisme comme un ensemble de systèmes et de sous-systèmes en interrelation, lui-même en interrelation avec son environnement. Cette théorie étudie le vivant comme un ensemble hiérarchisé en niveaux d'organisation et de complexité différents. Elle emprunte au réductionnisme le point de vue particulier qu'elle porte sur le vivant et à l'holisme, la conscience de la globalité du vivant et des propriétés émergentes »⁴¹.

Nous considérons la prise en charge de nos patients avec la vision la plus globale possible et en ayant conscience des limites de nos compétences, sans penser qu'il y ait une seule et unique discipline reine pouvant répondre aux besoins des patients. Pour cela, nous tentons de connaître au mieux les champs d'action des autres professionnels afin de pouvoir orienter le patient de la manière la plus pertinente au regard de ses besoins : c'est le principe de l'arène thérapeutique⁴².

Figure 8 : L'arène thérapeutique selon Gilles Boudéhen



Chaque thérapeute a conscience de son champ d'action possible au regard de la plainte du patient. Chaque thérapeute a conscience du champ d'action possible des autres thérapeutes par rapport à la plainte du patient.

Les thérapeutes ont dans cette arène la décence et l'humilité d'accepter que la plainte du patient ne réponde pas uniquement à leur champ de compétence et nécessite une prise en charge complémentaire adaptée au patient.

⁴¹ (Terramorsi, décembre 2013) p.339

⁴² (Boudéhen, 2017) p33-35

Si l'on considère le patient selon la Théorie des plots⁴³, nous prenons conscience que chaque individu a un seuil de sensibilité personnel, en deçà duquel il n'a pas de plainte. L'individu peut présenter des lésions réversibles qui forment une somme lésionnelle et des lésions irréversibles qui forment une somme pathologique. L'état de santé visible du patient dépend de la relation entre son seuil de sensibilité et sa somme pathologique et lésionnelle.

Chaque thérapeute doit avoir en conscience la construction de l'état de santé du patient pour l'accompagner à répondre au mieux à ses besoins en lui permettant de passer en dessous de son seuil de sensibilité et d'améliorer son état de santé par les thérapies les plus adaptées.

Si nous considérons la théorie des plots et l'arène thérapeutique, nous acceptons que la prise en soins en santé des individus nécessite une complémentarité des actions à des niveaux de complexité différents pour un état de santé optimal.

2.4.3. L'ostéopathie à l'hôpital

2.4.3.1. En général

En 2012, force de constater l'intérêt des patients pour les médecines complémentaires, l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP) décide de s'y intéresser selon 3 axes :

« 1. Recenser l'offre existante en matière de soins hospitaliers et d'enseignements Universitaires ; explorer les voies d'amélioration de l'organisation de l'offre de soins et les liens avec la médecine extra-hospitalière si besoin ;

2. Évaluer les pratiques existantes dans nos hôpitaux en termes de qualité et de sécurité, et dégager des règles ou recommandations de bonnes pratiques ;

*3. Développer la recherche clinique sur la base d'un programme couvrant la période du Plan stratégique. Les axes de ce programme, en termes de pathologies d'une part, de thérapies complémentaires d'autre part, seront élaborés en liens étroits avec les équipes hospitalo-universitaires. Des partenariats scientifiques et industriels français et étrangers devront être recherchés, ainsi que des collaborations avec les organismes de régulation nationaux et européens concernés. »*⁴⁴

Ce rapport remarque un sous enregistrement et une sous valorisation de la pratique des médecines complémentaires, faute de règles de cotation et de facturation claire. Il affirme qu'il existe des reconnaissances pour l'exercice professionnel pour la capacité d'acupuncture des professionnels médicaux et pour le titre professionnel d'ostéopathe délivré par une école agréée notamment par la Direction des Affaires Juridiques et du Droit des Patients (DAJDP).

"L'ostéopathie est réglementée par un décret (décret n°2007-435 du 25 mars 2007) qui réserve l'usage du titre professionnel d'ostéopathe(1) aux médecins, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers titulaires du DU ou du DIU reconnu par le Conseil national de l'Ordre des médecins, (2) aux titulaires d'un diplôme délivré par un établissement agréé, (3) aux titulaires d'une autorisation d'exercice délivrée par le Directeur général de l'Agence Régionale de la Santé. L'intervention d'ostéopathes exclusifs (catégorie 2) à l'hôpital, à la demande des services cliniques ou dans le cadre de la recherche clinique, se heurte à des difficultés liées au fait qu'il n'existe pas de statut pour ces professionnels dans la fonction publique hospitalière. Il est possible de faire intervenir, avant clarification des

⁴³ (Terramorsi, décembre 2013) p.339

⁴⁴ (Fagon JY, 2012)

statuts dans l'institution, des ostéopathes exclusifs dans le cadre de soins (consultations) et de travaux de recherche clinique sur une base contractuelle ⁴⁵.

Dans l'instruction de la DGOS 2011-188 du 19/05/2011, l'ostéopathie est recommandée dans le cadre de la prise en charge des douleurs chroniques de l'adulte et de l'enfant.

Ce rapport reconnaît les difficultés de développement de la recherche pour les médecines complémentaires notamment :

- Par les difficultés de financement
- Par la difficulté de l'organisation de recherche dans le cadre de l'EBM pour des traitements personnalisés
- Par la nécessité d'obtenir des autorisations de l'ARS et de l'HAS.

Suite à ce rapport, l'APHP s'engage à favoriser dans le cadre des médecines complémentaires :

- Le développement de la recherche
- Le développement des bonnes pratiques
- Une réflexion sur l'organisation du temps de travail des professionnels ayant une activité de médecine complémentaire
- La création de structure interne aux hôpitaux permettant aux patients de ceci de bénéficier des médecines complémentaires.

A cette période, la pratique de l'ostéopathie existe de façon formelle et identifiée dans 5 établissements sur 16.

En ce qui concerne l'ostéopathie, il existe une cotation possible CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) appelé LHRP001 qui correspond à une séance de médecine manuelle de la colonne vertébrale. Elle peut être utilisée dans les indications d'affection mécanique du rachis avec une base de remboursement assurance maladie de 35,50 euros et pour des professionnels ayant une formation complémentaire à leur formation initiale.

2.4.3.2. Au CHU de Nantes

En 2016, le CHU de Nantes publie un rapport sur les thérapies complémentaires, dans le même ordre d'idée que celui de l'AP-HP en 2012. Ce rapport présente des recommandations en matière de thérapie complémentaires. Suite à cet état des lieux, le CHU s'engage selon 3 axes :

« 1. le CHU s'engage à participer à l'offre de thérapies complémentaires organisée dans le cadre hospitalier stricto sensu. Il s'organise pour reconnaître et valoriser l'existant dans les indications validées.

2. le CHU participe à l'évaluation des thérapies complémentaires en contribuant au développement de la recherche clinique, médicale et paramédicale

*3. le CHU est porteur d'un projet de développement de l'offre de soins en thérapies complémentaires et développe une réflexion dans ce sens. »*⁴⁶

Ce rapport identifie 2 médecins qui pratiquent de la médecine manuelle.

⁴⁵ Ibid p.25

⁴⁶ (Nizard J, 2016)

Le CHU de Nantes a un médecin ostéopathe sur le centre fédératif de la douleur et un partenariat avec l'idHÉO. Depuis septembre, un nouveau partenariat s'est créé avec l'IFSO-R, au sein de l'USMP de la MA de Nantes qui appartient au PHU 3- médecine, urgences et soins critiques du CHU.

2.4.4. L'ostéopathie en prison

A ce jour, il existe une expérience d'ostéopathie en prison, à Villefranche sur Saone, qui a fait l'objet d'un mémoire réalisé par Mme Beatrice Pierquin, médecin et ostéopathe, pour l'obtention de son Diplôme Universitaire de santé publique en milieu pénitentiaire en 2017.

Elle nous présente le bilan de sa consultation d'ostéopathie qu'elle a exploré sur 45 mois, à raison une demi-journée de consultation par semaine, soit 4 à 5 patients.

Son travail met en avant les motifs de consultations ostéopathiques en maison d'arrêt et prend en compte les notions de traumatismes avant ou pendant l'incarcération en rapport avec le motif de consultation. Elle classe les motifs par ordre de fréquence de consultations et met en avant les notions de traumatismes associés et les facteurs favorisant en détention.

Figure 9 : Tableau récapitulatif des indications ostéopathiques et les notions de traumatismes

Motif par ordre décroissant de fréquence	Rapport avec un traumatisme Avant ou pendant l'incarcération	Facteurs favorisant le motif En détention
Lombaire et sciatgie	Plutôt non traumatique	Problème de posture Qualité de literie et matelas Lié au travail effectué en détention
Membre supérieur + épaule	A 50% traumatique	Modalité d'arrestation Pose des menottes
Crane	70% traumatique	Bagarre
Cervicalgie	70% traumatique	Accident de la voie publique Torticolis suite problème postural par rapport au positionnement des TV
Membre inférieur	75% de traumatique	Pratique sportive en détention notamment le football
Corps entier	Non traumatique	Pathologie non indiquée pour l'ostéopathie Douleur de vivre en détention

Ce médecin-ostéopathe évoque des difficultés dans le suivi des patients liés aux modalités d'appel des patients par les surveillants pour venir en rendez-vous, la concurrence avec les parloirs ou les promenades, le fait qu'il n'y ait souvent qu'une seule consultation.

Béatrice Pierquin affirme que l'ostéopathie a toute sa place en détention pour les raisons suivantes :

- La pertinence d'une proposition thérapeutique manuelle non médicamenteuse et non chirurgicale, le toucher étant le sens le plus mis à mal en détention, participant à la construction pour le patient d'un autre rapport à lui-même
- La réponse à des douleurs persistantes après les traitements allopathiques

Les hôpitaux regardent et reconnaissent la demande des patients en médecine complémentaire, grâce au rapport de l'AP-HP de 2013. Les recommandations vont alors vers un engagement des hôpitaux à une démarche d'ouverture et de co-construction, notamment dans le cadre de la recherche et de l'enseignement, avec les médecines complémentaires. L'ostéopathie y trouve doucement sa place. Les soins en prison étant sous la responsabilité des CHU, l'ostéopathie y trouve ses premières places.

2.5. Une clinique externalisée de l'IFSO-R à la MA

2.5.1. Généralité sur les cliniques

Les cliniques sont des stages pratiques en conditions réelles d'exercice encadrées par un professionnel enseignant ayant au moins 5 ans d'exercice.

2.5.1.1. Cadre légal

Le canevas du cadre légal est tissé au regard de la législation déjà décrite précédemment dans la partie concernant le cadre légal de l'ostéopathie. Le cadre légal des cliniques est lui plus précisément décrit dans l'annexe 3 de l'arrêté du 14 décembre 2014⁴⁷.

2.5.2. La clinique externalisée de la MA de Nantes

2.5.2.1. Organisation

Ce terrain de clinique externalisée est accessible aux étudiants de fin de cursus après contractualisation entre la MA et l'IFSO-R.

2.5.2.1.1. IFSO-R

Étudiants et superviseur

La direction de l'IFSO-R propose aux étudiants la possibilité d'accéder à un terrain de stage, clinique externalisée, au sein de l'USMP du CHU de Nantes à la MA. L'étudiant doit être volontaire et sa candidature acceptée par la direction de l'IFSO-R au vu de la complexité des situations rencontrées et de la spécificité du lieu. Il doit fournir une photocopie de sa pièce d'identité (2 semaines avant la clinique) afin de pouvoir répondre aux exigences administrative et sécuritaire de l'administration pénitentiaire et bénéficier d'une autorisation d'accès temporaire à la MA. La procédure est la même pour les superviseurs.

Traçabilité

Les consultations ostéopathiques sont consignées dans le dossier médical du patient par les étudiants et sur le dossier informatisé sécurisé de l'école avec certaine précaution de sécurité et de confidentialité (Initiales, date de naissance, adresse MA Nantes). Ces deux outils permettent la traçabilité des consultations, le suivi précis des patients et la lisibilité des actions menées par les étudiants ostéopathes et leur superviseur.

⁴⁷ Annexe 3

Matériel

Une table de l'IFSO-R est stockée en permanence à l'USMP pour éviter la perte de temps générée par l'entrée de matériel en détention.

Horaires et créneaux

Les conditions d'organisation avec les contraintes pénitentiaires nous ont amené à proposer des créneaux de 30 min pour les femmes sur les tranches horaires ouvertes aux femmes : 8H30 à 9h et 14h à 14h30. Pour les hommes, nous avons opté pour des créneaux de 45 min. Notre capacité de consultation par journée est de 8 créneaux dont 2 réservés aux femmes.

La sécurité

Les étudiants et le superviseur doivent remettre leur pièce d'identité à la porte d'entrée principale pour vérification de leur autorisation d'accès. Après cette vérification faite, l'administration pénitentiaire leur délivre un badge qu'ils doivent porter en permanence à l'intérieur de la MA pour pouvoir être identifiables par l'administration pénitentiaire. Cette procédure prenant un certain temps, les intervenants doivent se présenter à l'entrée au plus tard à 7H45.

Les étudiants et le superviseur doivent laisser les objets non autorisés à l'entrée et doivent se soumettre au contrôle de sécurité à l'entrée.

Ils doivent ensuite se munir d'une API (alarme portative individuelle) pour assurer leur sécurité et s'identifier en arrivant à l'USMP auprès des surveillants assurant la sécurité dans l'unité.

En sortant, ils rendent leur API, remettent leur badge à l'entrée et récupèrent leur pièce d'identité avant de sortir.

Confidentialité et secret professionnel

Les étudiants et le superviseur se soumettent aux règles de confidentialité et au secret professionnel précité précédemment.

Les débriefings

L'organisation horaire des consultations, nous amène à effectuer un débriefing entre les étudiants et le superviseur, sur les prises en charge effectuées par les étudiants en fin de matinée et en fin d'après-midi.

Les repas

Les repas sont pris sur place avec l'équipe de l'USMP, charge aux étudiants et au superviseur d'apporter leur déjeuner. Pour des raisons de sécurité, les intervenants utilisent les couverts mis à leur disposition au sein de la salle de pause de l'USMP.

Liste et facturation

A chaque consultation, l'étudiant et le superviseur veillent à faire signer au patient la feuille d'émargement permettant d'affirmer que le patient a bien bénéficié d'une consultation d'ostéopathie. Cette liste et les factures sont adressées via le secrétariat à la comptabilité de la MA pour règlement des séances à l'IFSO-R.

Un double de ces documents est adressé par le superviseur au secrétariat de l'école pour la comptabilité et la traçabilité

2.5.2.1.2. L'USMP

Matériel et locaux

L'USMP met à disposition une salle pour l'activité de consultation avec matériel nécessaire (draps d'examen, gants, tensiomètre, marteau réflexe et stéthoscope).

Recrutement des Patients

Les patients sont informés et orientés vers la clinique externalisée d'ostéopathie par les médecins et les kinésithérapeutes de l'unité. Pour cela, ils doivent remplir une fiche d'indication selon la procédure établie dans l'unité et faire signer un devis au patient, remis ensuite au secrétariat. En cas de non solvabilité du patient détenu (situation d'indigence), reconnue par l'administration pénitentiaire, il bénéficiera de la gratuité de la consultation pris en charge par l'IFSO-R.

Traçabilité des consultations d'ostéopathie

Les professionnels ayant orientés un patient vers la consultation d'ostéopathie peuvent accéder aux informations, sur celle-ci, via la fiche violette « ostéopathe » dans le dossier médical du patient.

La clinique externalisée de l'IFSO-R trouve sa place dans le soin en détention via une convention avec le CHU de Nantes, soumettant l'organisation de ces cliniques aux règles de soins en détention.

3. PROBLEMATIQUE

Pendant les quatre premières années d'études menant au titre d'ostéopathe, nous avons pu observer que le regard du monde médical et celui de l'ostéopathe structurel avaient des points communs mais aussi des champs d'observation et d'action spécifiques. Chacun pouvant répondre à une même situation de soin avec des outils différents et une certaine efficacité.

Nous avons éprouvé ces constatations au quotidien, notamment dans notre rôle infirmier de consultation, où notre but est d'orienter les patients détenus vers une consultation médicale, si cela est nécessaire.

Au fil de notre évolution dans le cursus d'ostéopathie, nous nous sommes rendus compte que bon nombre de patients rencontrés, répondaient à la fois au champ de compétence ostéopathique et au champ d'action médical. Nous nous sommes alors posés la question de la complémentarité de ces 2 approches pour améliorer l'état de santé des patients détenus. Proposition est alors faite à l'équipe de l'USMP de partager une expérience commune pour l'amélioration de l'état de santé des patients détenus, de l'évaluer au cours de ce travail avec l'idée de voir naître une offre de soin complémentaire pérenne bénéficiant à la santé des patients détenus.

Malgré une prise en charge et une offre de soins élargie, de qualité à la maison d'arrêt de Nantes, les patients voient persister des symptômes et des douleurs suite à la prise en charge médicale et/ou kinésithérapique (lombalgies, dorsalgies, troubles digestifs...). C'est dans ce contexte que nous avons choisi d'explorer avec l'équipe de l'USMP, l'impact du champ d'action et de compétence de l'ostéopathie structurelle pour venir compléter l'offre de soins au bénéfice du patient.

4. HYPOTHESES

Nous posons 2 hypothèses :

Hypothèse N°1

L'ostéopathie structurelle est complémentaire à la prise en charge médicale et kinésithérapique des patients pris en charge à l'USMP :

- a) Pour les kinésithérapeutes et les médecins, l'ostéopathie structurelle a une place dans la prise en charge des patients à l'USMP.
- b) Les professionnels de santé de l'USMP sont prêts à laisser une place à l'ostéopathie structurelle dans la prise en charge des patients en détention
- c) Les patients reconnaissent l'ostéopathie structurelle comme une thérapie complémentaire à la prise en charge médicale et kinésithérapique en détention.

Hypothèse N°2

L'ostéopathie structurelle offre un bénéfice aux patients dans leur prise en soins en détention :

- a) Le traitement ostéopathique structurel améliore la symptomatologie des patients
- b) Le traitement ostéopathique structurel améliore les douleurs des patients
- c) Les patients, pris en charge en ostéopathie, pensent que l'ostéopathie structurelle peut participer à l'amélioration de leur bien-être et de leur état de santé.

5. MATERIEL ET METHODE

Afin de répondre à nos hypothèses, nous avons choisi d'explorer 3 champs.

Le premier concerne les professionnels de l'USMP. Il va nous permettre d'avoir un regard sur le rapport personnel des professionnels à l'ostéopathie, les indications sur lesquelles l'ostéopathie peut agir et la place qu'ils sont prêts à laisser à l'ostéopathie au sein de l'équipe. Nous l'explorons à l'aide d'un questionnaire en ligne.

Le second champ vient mettre en avant les indications pour lesquelles les médecins et les kinésithérapeutes orientent les patients vers l'ostéopathie au sein de la clinique externalisée de l'IFSOR à la MA. Nous l'explorons grâce à une « fiche indication ».

Le troisième, nous permet d'observer le vécu du patient en rapport avec l'ostéopathie, son degré de satisfaction sur les consultations dont il a bénéficié à la MA ainsi que l'impact de l'ostéopathie sur ses symptômes et ses douleurs. Les patients nous éclairent aussi sur la place qu'ils laissent à l'ostéopathie dans leur prise en soin et le rapport de celle-ci sur leur état de santé. Nous l'explorons à l'aide d'un questionnaire papier.

Nous croisons ensuite ces trois regards pour apporter une réponse à nos hypothèses

Nous vous détaillons, ci-après, les modalités d'exploration des trois champs investigués.

5.1. Les professionnels de l'USMP

5.1.1. Choix de la méthode

Nous avons choisi d'investiguer le regard des professionnels de l'USMP grâce à un questionnaire en ligne, via l'application «google form». La construction de cette méthode s'est faite en plusieurs temps, déroulés ci-après en ordre chronologique :

- ❖ Écriture des questions
- ❖ Validation des questions par le tuteur de mémoire
- ❖ Test sur des professionnels de santé extérieurs à l'unité de soins pour ne pas perdre d'échantillon
- ❖ Modification de certains paramètres de diffusion suite aux tests
- ❖ Diffusion du questionnaire sur une période de 15 jours, via les boîtes mail professionnelles de la population interrogée.
- ❖ Recueil des données via un fichier Excel sécurisé par un mot de passe.

5.1.2. Matériel

Nous avons utilisé un questionnaire⁴⁸ en ligne via google form que vous pouvez consulter : https://docs.google.com/forms/d/1-T3FbDH5UpLQHjSTJ4qbov_TZgdkisY4AXtDr3xipjw/edit.

Ce questionnaire a été élaboré autour de cinq questions qui vont nous permettre de faire un focus sur le rapport personnel des professionnels de santé à l'ostéopathie, leurs connaissances sur les indications et leurs craintes. Par la question de l'accessibilité au dossier de soin, il mettra en évidence la place que les professionnels sont prêts à laisser à l'ostéopathie. Il nous éclairera sur ce que l'ostéopathie peut apporter aux patients pris en charge dans l'unité du point de vue des professionnels. La population ciblée par cette enquête est composée de 23 personnes réparties en différentes catégories professionnelles :

- 8 médecins

⁴⁸ Annexe4

- 3 dentistes
- 2 kinésithérapeutes
- 9 infirmiers
- 1 cadre de santé

5.1.3. Création et diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé via les boîtes mail professionnels des différents professionnelles (@chu-nantes.fr) entre le 12 et le 28 septembre 2018. Ces dates ont été choisies car nous souhaitions que l'enquête soit clôturée avant le début de l'expérience de la clinique externalisée de l'IFSOR sur la MA.

5.1.4. Critères d'inclusion et d'exclusion

- Inclusion :
 - Être professionnel de santé
 - Permanent à l'USMP
 - Être professionnel indiquant vers l'ostéopathie : médecin, kinésithérapeute.
 - Être professionnel futur indiquant vers l'ostéopathie : dentiste, infirmiers
- Exclusion :
 - Professionnels de santé non indiquant vers l'ostéopathie : assistant dentaire, manipulateur radio, cadre infirmier
 - Médecins spécialistes intervenants extérieurs
 - Avoir déjà répondu au questionnaire : questionnaire paramétré pour n'être envoyé qu'une seule fois

5.1.5. Limites méthodologiques

Il existe un biais de volontariat : les personnes ayant répondu au questionnaire présentaient un intérêt pour le sujet, puisqu'inclus dans le projet d'équipe et porté par un des membres de l'équipe.

5.2. Les indications

5.2.1. Choix de la méthode

Pour identifier les différentes indications pour lesquelles les médecins et les kinésithérapeutes orientent leur patient vers l'ostéopathe, nous utilisons une « fiche indications »⁴⁹. Celle-ci est remplie par le médecin ou le kinésithérapeute lorsqu'il propose au patient d'être orienté vers une prise en charge ostéopathique.

Le recueil des indications se fera sur l'ensemble des patients indiqués par les médecins et les kinésithérapeutes qui ont bénéficié d'une consultation d'ostéopathie par la clinique externalisée de l'IFSOR à la MA.

Cette fiche est obligatoirement remplie par le médecin ou le kinésithérapeute du patient selon une procédure établie en accord avec le cadre de santé de l'unité et le chef de service. Elle est ensuite conservée dans le dossier médical du patient avec les transmissions écrites faites par l'ostéopathe ayant pris en charge le patient.

⁴⁹ Annexe5, p.87

5.2.2. Matériel

La « fiche indication » est une fiche papier de format A5, mis à disposition des médecins et des kinésithérapeutes lorsqu'ils souhaitent orienter un patient vers la clinique externalisée de l'IFSOR

5.2.3. Création et mode d'utilisation de la fiche indication

La « fiche indication » comprend différentes parties :

- Identification du patient : étiquette administrative hospitalière
- Identification du professionnel indiquant : nom
- Indication : motif d'orientation du professionnel de santé vers l'ostéopathie
- Commentaires : informations considérées nécessaires par le professionnel de santé pour assurer la prise en charge du patient en ostéopathie
- Partie administrative : concerne le règlement de la séance

Cette fiche a été établie selon la chronologie suivante :

- Construction de la fiche indication
- Validation par l'IFSOR
- Proposition au cadre infirmier de la MA et au médecin responsable d'unité
- Validation par le cadre infirmier et le médecin responsable d'unité
- Construction d'une procédure d'utilisation de la fiche
- Validation de la procédure par le cadre infirmier et le médecin responsable de l'unité
- Retour de procédure vers l'IFSOR

La « fiche indication » est recueillie selon les modalités d'inclusion et d'exclusion ci-après. Le jour de la consultation ostéopathique, la « fiche indication » est photocopiée en masquant l'identité du patient et du prescripteur mais en notant l'âge, le sexe du patient et la fonction du professionnel indiquant, pour préserver l'anonymat des patients et des professionnels. Cette fiche est ensuite numérotée de la manière suivante :

- C1 = consultation n°1 de la clinique externalisée de l'IFSOR à la MA
- P1= patient n°1 de la liste de la C1

Le patient ayant été vu le premier à la première consultation d'ostéopathie de la clinique externalisée de l'IFSOR à la MA est identifié C1 P1. Cette identification sera réutilisée pour les questionnaires de la population patients.

Ces données sont ensuite reportées dans un fichier Excel sécurisé par un code d'accès connu uniquement par l'auteur du mémoire.

5.2.4. Critère d'inclusion et d'exclusion

❖ Inclusion

- « Fiche indication » remplie par un médecin ou un kinésithérapeute
- « Fiche indication » complète : étiquette patient, nom du professionnel indiquant, indications et information complémentaire, élément administratif concernant la prise en charge ostéopathique
- « Fiche indication » respectant la procédure établie au sein de l'unité

❖ Exclusion

- « Fiche indication » de patients non vus en consultation ostéopathique

5.2.5. Limites méthodologiques

Nous aurons un regard uniquement sur les patients ayant consultés. Nous ne balayons pas tout le champ d'indication fait par les médecins et les kinésithérapeutes.

5.3. **Les patients**

5.3.1. Choix de la méthode

Nous accédons au retour des patients sur les consultations d'ostéopathie via un questionnaire de satisfaction envoyé la semaine suivant la consultation d'ostéopathie par courrier interne. Le patient est informé oralement de l'envoi et du but de ce questionnaire en fin de consultation.

Ce questionnaire nous permettra d'évaluer le degré de satisfaction du patient et les bénéfices tirés de la séance sur la douleur, les symptômes et l'état de santé. Il mettra en avant la place que les patients sont prêts à accorder à l'ostéopathie dans leur prise en charge en santé.

5.3.2. Matériel

Le questionnaire⁵⁰ patient est un questionnaire papier couleur de format A4 comprenant 8 questions et une zone commentaire.

5.3.1. Création et diffusion du questionnaire patient

Le questionnaire a été établi chronologiquement de la manière suivante :

- Construction du questionnaire et information au cadre de santé et au responsable d'unité
- Test du questionnaire sur des professionnels de l'équipe
- Validation par le tuteur de mémoire

Le questionnaire est envoyé de manière nominative par le courrier interne. Il est ensuite renvoyé par le patient via les boîtes aux lettres USMP de chaque bâtiment. Le courrier est trié par l'IDE de consultation. Lors de la réception d'un questionnaire, il est mis dans la pochette orange identifiée à cet effet au secrétariat médical. Le questionnaire est rendu anonyme à réception selon le code établi sur la fiche indication. Nous avons fait ce choix car ce questionnaire est aussi un outil d'évaluation du soin, selon les réponses apportées par le patient, une prise en soin peut être nécessaire.

Le questionnaire est envoyé le lundi suivant la consultation, soit 3 jours après la consultation, et réceptionné par le patient 24 à 48h après.

5.3.2. Critère d'inclusion et d'exclusion

❖ Inclusion

- Tous les patients ayant bénéficié d'une consultation ostéopathique

❖ Exclusion

- Les patients étant sortis entre le vendredi de consultation et le lundi d'envoi du questionnaire

⁵⁰ Annexe 6, p.91

5.3.3. Limites méthodologiques

- La capacité du patient à savoir lire et écrire, même s'il peut se faire aider par un tiers pour y répondre.
- Les modalités d'envoi et de réception du courrier (délai, courrier non reçu, réponse envoyée non reçue...).

6. LES RESULTATS

Afin de faciliter la lecture des résultats, nous avons choisis de les traiter en deux parties. Nous nous penchons, dans un premier temps, sur le regard des professionnels de santé de l'USMP sur l'ostéopathie et la place qu'il lui laisse dans la prise en soin des patients.

Dans un second temps, nous observons les motifs d'indication vers l'ostéopathie et la satisfaction des patients. Vous pouvez retrouver en annexe l'ensemble des résultats détaillés pour les 3 outils utilisés pour répondre à nos hypothèses.

Nous reprendrons dans cette présentation l'ensemble des éléments les plus pertinents pour étayer nos hypothèses.

Afin de vous faciliter la lecture des diagrammes suivants, nous utiliserons un code couleur par profession ainsi que pour l'affirmative et la négative.

Code couleur par profession		Code couleur affirmatif, négatif	
	Médecin		Négation
	Dentiste		Affirmation
	Masseur-kinésithérapeute		
	Infirmiers		

6.1. Regards des professionnels de santé sur l'ostéopathie et la place de l'ostéopathie dans la prise en soin des patients⁵¹

6.1.1. Profils des professionnels répondants

Sur 23 questionnaires envoyés via les boîtes mail des professionnels de santé, nous avons obtenus 18 réponses. Les professionnels répondants sont représentés de la manière suivante :

- 6 médecins
- 2 kinésithérapeutes
- 7 infirmiers
- 3 dentistes

Nous considérerons donc un échantillon de 18 professionnels de santé répondants soit un taux de réponse à notre enquête de 78,3% de la population interrogée.

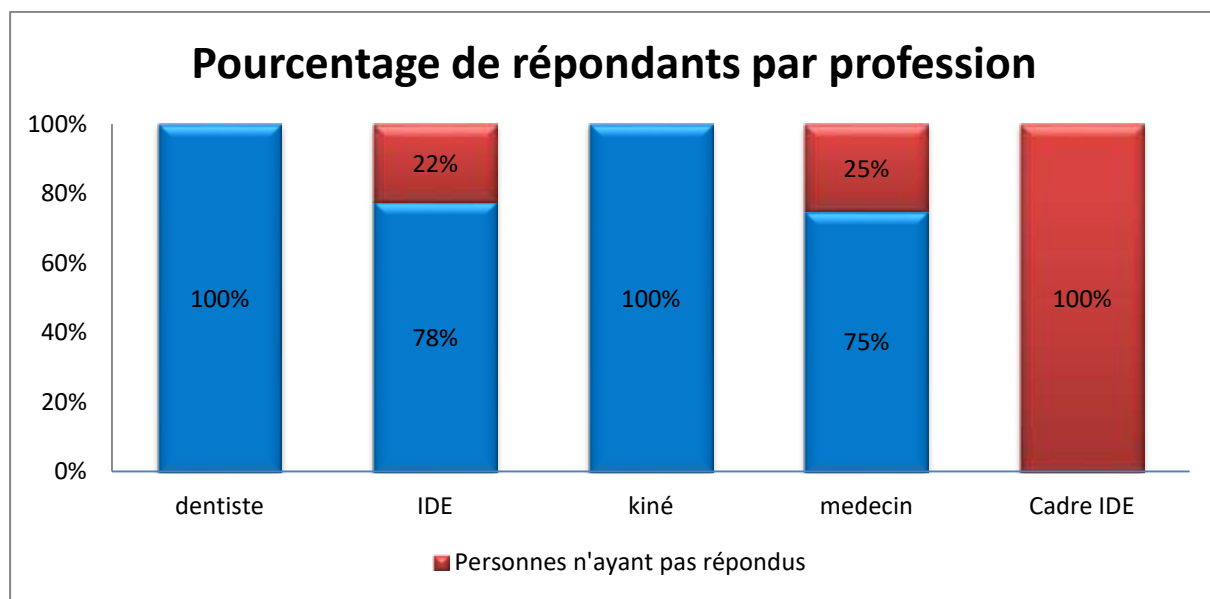
Notre population répondante est composée de 39% d'IDE, de 33% de médecins, 17% de dentistes et 11% de kinésithérapeutes⁵².

⁵¹ Annexe 4 p.78 à p.86

⁵² Annexe4, question 2, p.78

Le diagramme suivant met en avant le taux de réponse par profession :

Figure 10 : Pourcentage de professionnels de santé répondants par profession



Nous observons que 100% des kinésithérapeutes et 75% des médecins participants ont répondu à l'enquête. Les dentistes sont 100% et les IDE 77,8% contre aucun cadre infirmier. Le cadre infirmier représente une unité de la population totale et n'est pas amené dans sa pratique à orienter vers l'ostéopathie.

Dans le cadre posé pour l'organisation des cliniques externalisées d'ostéopathie à la maison d'arrêt, les professionnels pouvant indiquer les patients vers une consultation d'ostéopathie sont les médecins et les kinésithérapeutes : ils représentent 44% de la population répondante. Nous porterons un regard attentif sur leurs opinions puisque c'est eux qui vont être amené à nous orienter les patients durant cette première « phase test ». Les professionnels de santé prescripteurs (médecin et dentiste) représentent 50% de la population répondante.

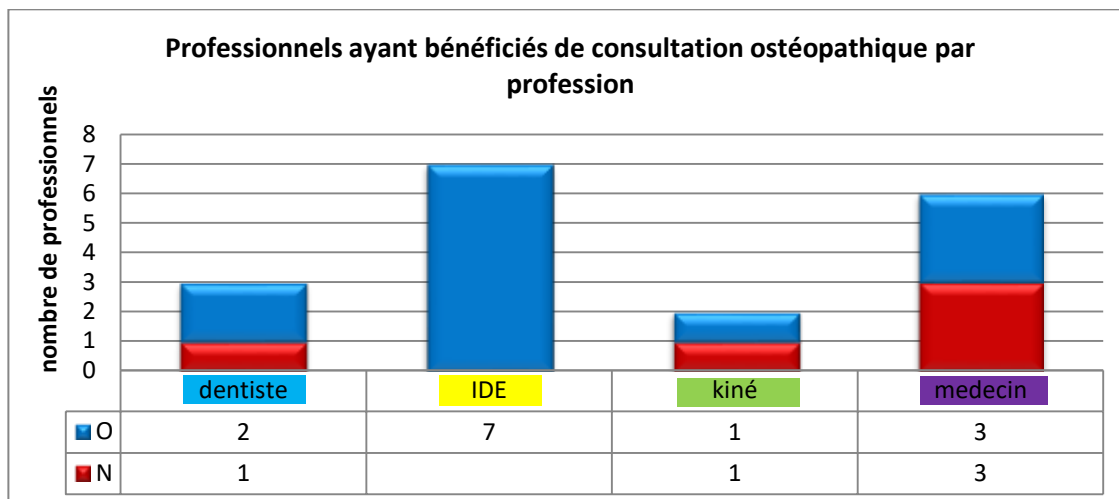
Nous regarderons de près les résultats des dentistes et des IDE qui pourraient à leur tour indiquer les patients vers l'ostéopathie en 2^{ème} phase. Ils ont aussi une activité de consultation avec un rôle d'orientation des patients vers les professionnels adaptés aux besoins du patient.

A l'USMP, nous avons interrogé 23 professionnels de santé. 78,3%, d'entre eux, ont montré leur intérêt pour cette enquête. Nos résultats sont le reflet du regard de 18 professionnels de santé répartis comme suit : 3 dentistes (17%), 7 IDE (39%), 2 kinésithérapeutes (11%) et 6 médecins (33%).

6.1.2. Relation personnelle des professionnels à l'ostéopathie

Les professionnels de l'USMP sont 72%⁵³ à avoir déjà bénéficié personnellement de consultations d'ostéopathie. Ils sont représentés par profession, de la façon suivante :

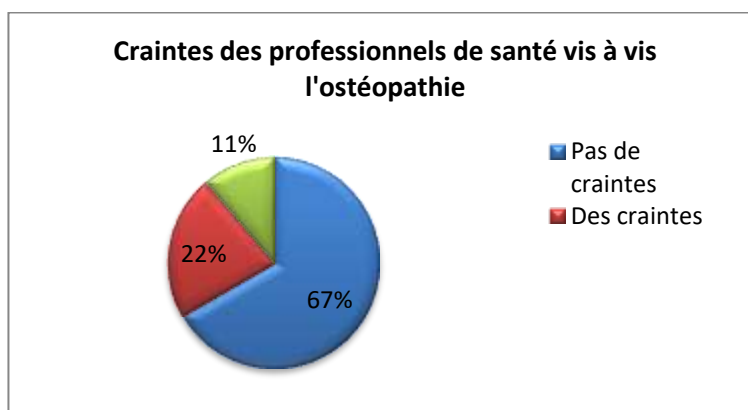
Figure 11 : Professionnels ayant personnellement bénéficiés de consultations d'ostéopathie



Les professionnels de santé de l'USMP sont une majorité à avoir bénéficié, dans leur parcours personnel, de soins ostéopathiques. Les médecins et les kinés sont la moitié à en avoir bénéficié.

6.1.3. Craintes des professionnels vis-à-vis de l'ostéopathie

Figure 12 : Craintes des professionnels de santé vis à vis de l'ostéopathie



67% des professionnels interrogés n'ont pas de craintes vis-à-vis de l'ostéopathie. Les professionnels, ayant des craintes ou une confiance mitigée envers l'ostéopathie, représentent 33% des professionnels répondants

Les craintes⁵⁴ exposées mettent en avant l'éventualité que l'ostéopathe puisse passer à côté de certaines contre-indications par manque de connaissances médicales, le risque de

⁵³ Annexe 4, p.79

⁵⁴ Annexe 4, p.85

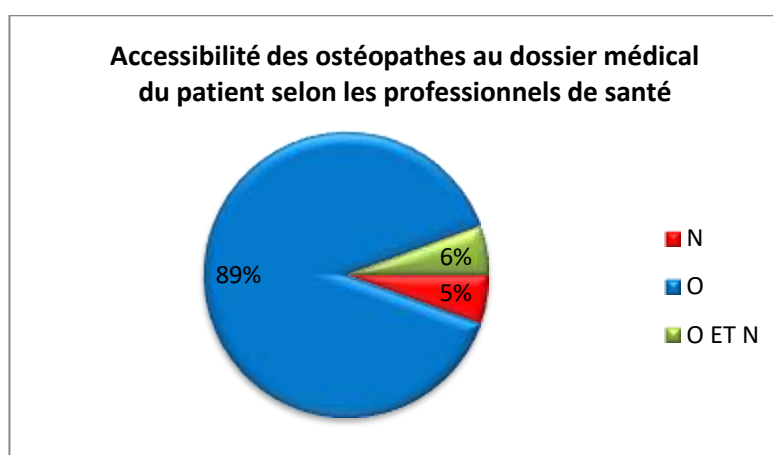
dissection de l'artère vertébrale et les conséquences de certaines manipulations sur les patients avec le risque de NCB après une manipulation cervicale.

Notons que les craintes émises par les kinésithérapeutes ne tournent pas autour de la compétence des ostéopathes mais de la pérennité de l'expérience ostéopathique en détention.

6.1.4. Regards des professionnels sur l'accès au dossier médical institutionnel des patients par les ostéopathes

A la question, « **Pensez-vous souhaitable que l'ostéopathe qui prend en charge un patient dans l'unité ait accès au dossier médical du patient ?** », les professionnels de santé sont 89% à vouloir que les ostéopathes aient accès au dossier médical institutionnel du patient.

Figure 13 : Accessibilité des ostéopathes au dossier médical selon les professionnels de santé



Pour les raisons suivantes :

- Avoir accès aux antécédents du patient
- Pouvoir identifier les contre-indications à l'ostéopathie
- Avoir accès à l'imagerie
- Donner au patient une prise en charge globale meilleure
- Parce que les ostéopathes sont des professionnels de santé, des soignants.

Figure 14 : Tableau récapitulatif des raisons d'accès des ostéopathes au dossier médical selon les professionnels de santé

	Médecins	Kinésithérapeutes	Dentistes	IDE
Antécédents du patient				
Contre-indications				
Imagerie				
Prise en charge globale				
Ostéopathes= professionnels de santé				

Les professionnels s'interrogeant sur l'accessibilité aux dossiers de soins⁵⁵ par les ostéopathes sont uniquement des infirmiers. Ils évoquent le fait qu'un ostéopathe en ville n'a pas forcément accès au dossier médical du patient et qu'en plus l'interrogatoire fait par les ostéopathes est complet et suffisant. De plus, ils évoquent le risque du thérapeute d'être influencé par ce qu'il y a dans le dossier, au point que cela modifie la qualité de sa prise en charge.

Dans le tableau précédent, nous pouvons distinguer 2 catégories professionnelles : les professionnels de santé prescripteurs (médecin et dentiste) et les professionnels de santé paramédicaux travaillant sur prescription (kinésithérapeute et infirmier).

Les professionnels de santé prescripteurs sont des praticiens de première intention qui se doivent, de par leur responsabilité, d'évaluer les antécédents médicaux et les contre-indications médicale à un traitement ou une investigation avant de les prescrire. Ils doivent évaluer le bénéfice/risque de toute action concernant le patient. Nous retrouvons d'ailleurs la nécessité pour ces professionnels que l'ostéopathe accède à ces mêmes données pour pouvoir prodiguer un soin qu'il ordonne sans nuire au patient.

Les professionnels de santé non prescripteurs n'identifient pas les mêmes éléments puisqu'ils travaillent pour l'essentiel dans un rôle sur prescription et en 2^{ème} intention. Le professionnel prescripteur a déjà éliminé les problématiques pouvant être à risque pour le patient. Cependant, celui-ci a un rôle d'alerte vis-à-vis du prescripteur, en cas de prescription qui pourrait au moment de l'application être nocive pour le patient, de par son évolution. Sa responsabilité est différente.

Les kinésithérapeutes alertent sur les contre-indications sans doute par rapport à leur connaissance vis-à-vis de la dangerosité de certaines manipulations.

Ils distinguent les ostéopathes comme des professionnels de santé parce qu'ils souhaitent que l'ostéopathie soit reconnue comme une profession de santé.

Nous retrouvons la prise en charge globale chez le binôme médecin/infirmier qui exercent de façon très rapprochée dans les équipes de soins et ont à cœur de prendre en compte les axes des différents professionnels de l'équipe autour du patient. Ils ont chacun à leur niveau un rôle dans la coordination des actions des différents professionnels autour du patient.

Dans le tableau, ci-dessus, nous observons que seuls les médecins relèvent l'ensemble des critères. C'est sans doute parce qu'ils ont une réelle conscience des points clés permettant à un professionnel de première intention de prendre en charge les patients en toute sécurité et une vision globale du rôle de chacun dans la coordination des professionnels gravitant autour du patient. Ils différencient prise en charge de 1^{ère} intention et de 2^{nde} intention.

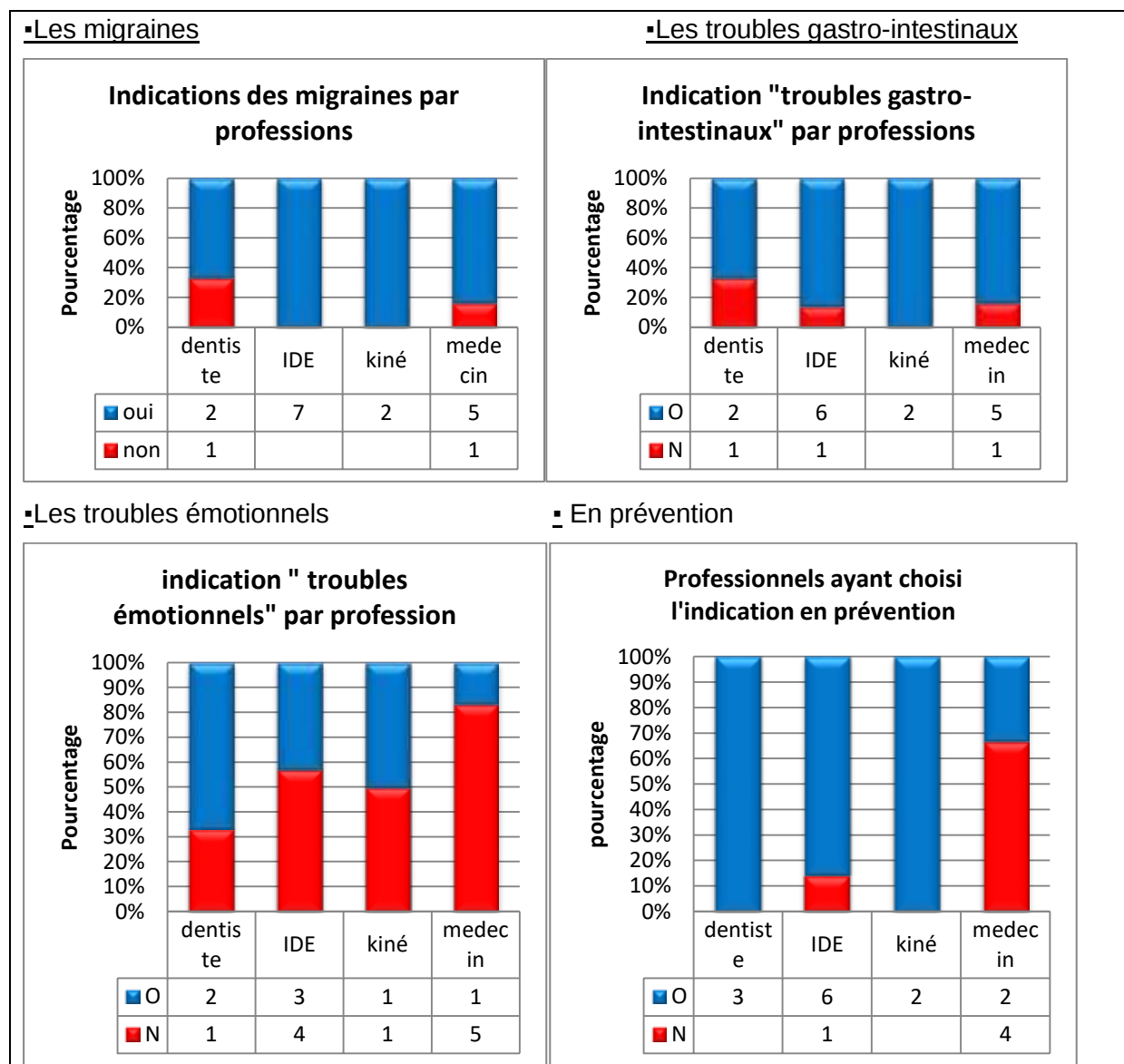
Les professionnels de santé de l'USMP sont une majorité (72%) à avoir personnellement bénéficié de soins ostéopathiques. Les médecins et les kinésithérapeutes sont la moitié à en avoir bénéficié. 22% des professionnels ont des craintes envers l'ostéopathie notamment en rapport avec les manipulations de la zone cervicale. Les professionnels de l'USMP trouvent important (89%) que l'ostéopathe puisse accéder au dossier médical du patient afin d'accéder aux antécédents, aux contre-indications, à l'imagerie et offrir au patient une prise en charge globale cohérente, sans risquer de lui nuire.

⁵⁵ Annexe4, p.82

6.1.5. Regards des professionnels sur les indications à l'ostéopathie pour les patients

A la question « **Pour quelles indications, pensez-vous qu'un patient puisse être orienté vers l'ostéopathie ?** », nous vous présentons ci-dessous les réponses par indication sauf les maux de dos et les troubles musculo-squelettiques cités par tous les professionnels :

Figure 15 : Récapitulatif des indications vers l'ostéopathie par profession



Les professionnels de santé pensent indiquer l'ostéopathie à :

- 100% pour les maux de dos et les troubles musculo-squelettiques
- 89% pour les migraines
- 83% dans les troubles gastro-intestinaux
- 39% dans les troubles émotionnels
- 72% en prévention.

Si nous « zoomons » sur la population représentant les médecins et les kinés, nous observons qu'ils pensent indiquer vers l'ostéopathie à :

- 100% pour les maux de dos et les troubles musculo-squelettiques
- 87,5% pour les migraines
- 87,5% dans les troubles gastro-intestinaux
- 25% dans les troubles émotionnels
- 50% en prévention

C'est sur les indications « troubles émotionnels » et « prévention » que nous observons une différence entre ces 2 groupes. Cette différence peut être liée au champ d'action professionnel de chacun et à leur point de vue sur ces 2 indications.

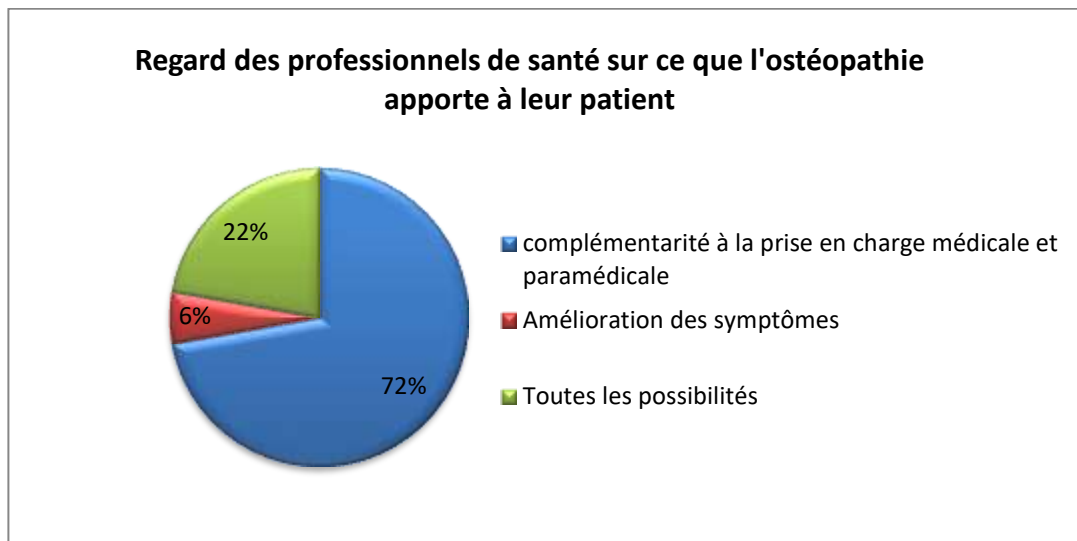
Nous pouvons questionner les regards différents des uns et des autres sur la prévention par leur champ d'action spécifique sur l'indication « prévention » en fonction de leur profession dans leur pratique quotidienne. Les médecins donnant en consultation des informations de prévention, alors que les infirmiers par exemple utilisent les outils d'éducation thérapeutique pour aller questionner le patient sur ces pratiques préventives en santé et les moyens qu'il peut mettre en œuvre pour améliorer son état de santé : différence entre les règles de ce qu'il faut faire et ce qu'il faut mettre en œuvre pour y arriver (personnalisé pour chacun).

En ce qui concerne les troubles émotionnels, médecins et kinésithérapeutes orientent immédiatement vers un professionnel tel que psychologue, psychothérapeute ou psychiatre. Alors que les infirmiers ont dans leur rôle propre et dans leur compétence une capacité en relation d'aide, les amenant à utiliser la relation d'aide en première intention, avant d'orienter vers un autre professionnel.

Les professionnels ayant répondu à l'enquête ont fait d'autres propositions d'indications⁵⁶ vers l'ostéopathie notamment la périnatalité et les suites de couche, la pédiatrie, les pathologies chroniques, les atteintes radiculaires et neuro-périphériques, ainsi que les états de mal être inexpliqués.

6.1.6. Place de l'ostéopathie dans la prise en soin du patient

Figure 16: Apport de l'ostéopathie aux patients selon les professionnels de santé



La majorité des professionnels pensent que l'ostéopathie est complémentaire à une prise en charge médicale ou paramédicale, soit plus de 72%. Seule une personne pense que cela

⁵⁶ Annexe 4, p.81

sert à améliorer les symptômes des patients. Les autres auraient aimé pouvoir cocher toutes les réponses proposées⁵⁷. Notons, que 22% des professionnels ont répondu toutes les possibilités pouvant alors les inclure dans la vision complémentaire. Nous pouvons donc observer une réelle majorité quant à la complémentarité de l'ostéopathie dans la prise en charge médicale et paramédicale.

6.1.7. Zoom sur les médecins et les kinésithérapeutes

Nous souhaitons regarder de plus près ces 2 professions puisque dans l'expérience ostéopathique en détention, ce sont eux qui indiquent les patients vers l'ostéopathie et cela peut éventuellement avoir un impact sur les indications pour lesquelles les patients nous sont adressés. De plus, nous avons émis une hypothèse les concernant directement.

Ils représentent 8 professionnels de santé de l'équipe ayant répondu au questionnaire, soit plus de 44% des professionnels répondants.

Les médecins et les kinésithérapeutes sont :

- 100% à penser indiquer les patients pour des maux de dos et des troubles musculo-squelettique.
- 100% des kinésithérapeutes pour les migraines et les troubles gastro-intestinaux
- 83, 3% des médecins pour les migraines et les troubles gastro-intestinaux

Les médecins sont 60% à avoir des craintes vis-à-vis de l'ostéopathie surtout concernant les manipulations cervicales.

Les kinésithérapeutes sont 50% à avoir des craintes que l'expérience ostéopathique ne soit pas pérenne en détention.

Dans le panel de patient qui a reçu des soins ostéopathiques et répondu au questionnaire de satisfaction :

- 72 % sont indiqués pour des lombalgies
- 8% pour des dorsalgies
- 8% pour des troubles urinaires
- 4% pour des dorsalgies
- 4% pour cervicalgies
- 4% pour douleur d'épaule

Soit 88% de rachialgies.

Les médecins et les kinésithérapeutes pensent tous que l'ostéopathie est complémentaire à la prise en charge médicale et paramédicale. Ils souhaitent tous que les ostéopathes puissent accéder au dossier médical institutionnel du patient lors de leur prise en charge.

Pour les autres indications proposées, les médecins signalent la pédiatrie. Tous les kinésithérapeutes et les médecins pensent que l'ostéopathe doit avoir accès au dossier médical pour connaître les antécédents du patient, évaluer les contre-indications à la prise en charge, accéder aux radios avec pour objectif une meilleure prise charge globale du patient.

⁵⁷ Annexe 4, p.83

Les professionnels de santé sont tous unanimes pour orienter les patients vers l'ostéopathie dans les indications de maux de dos et de troubles musculo squelettiques. Ils s'entendent autour de 80% pour les migraines et les troubles gastro-intestinaux et des divergences sont observés sur les troubles émotionnels et la prévention. La majorité des professionnels de santé (+ de 72%) voient l'ostéopathie comme une thérapie complémentaire à la prise en charge médicale et paramédicale.

6.2. Motifs d'indication vers l'ostéopathie⁵⁸ et regards des patients sur la prise en charge ostéopathiques⁵⁹

6.2.1. État des lieux de la clinique externalisée de l'IFSOR à la MA

Depuis le début de l'expérience de clinique externalisée de l'IFSOR à la MA de Nantes, nous avons effectué 5 journées de consultations, ce qui représente 42 créneaux de consultations ouverts. Nous avons commencé à 10 créneaux par jour lors de la première journée puis avons revu nos possibilités à 8 par jour au vu de l'organisation du service et de la particularité de la population. Nous avons prévu de faire des créneaux de 30 min de consultations. Les conditions d'organisation avec les contraintes pénitenciaires nous ont amené à proposer des créneaux de 30 min pour les femmes sur les tranches horaires ouvertes aux femmes : 8H30 à 9h et 14h à 14h30. Pour les hommes, nous avons opté pour des créneaux de 45 min. Notre capacité de consultation par journée est de 8 créneaux dont 2 réservés aux femmes.

Figure 17 : Tableau récapitulatif des consultations ostéopathiques de la clinique externalisée de l'IFSO-R de septembre 2018 à février 2019

Date de consultations	Nombre de Jours de consultations	Nombre de créneaux de consultations ouverts	Femme	Homme
28 septembre 2018	1	10	2	8
16 novembre 2019	1	8	2	6
14 décembre 2019	1	8	2	6
25 janvier 2019	1	8	2	6
22 février 2019	1	8	2	6
TOTAUX	5	42	10	32

Sur 42 plages de consultations ouvertes, nous en avons effectué 39. Les 3 consultations non faites sont liées à des patients qui n'ont pas honoré leur rendez-vous pour les raisons suivantes :

- Parloir avocat en vue d'un procès imminent

⁵⁸ Annexe5, p.88 à 90

⁵⁹ Annexe 6, p.92 à 104

- Refus car n'a pas apprécié le contact physique pendant une séance précédente même si efficacité de la séance
- Changement d'horaire établi par les surveillants sans en informer le patient.

Nos consultations ont concerné 26 patients : 5 femmes et 21 hommes. La moyenne d'âge des patients, tous sexes confondus, est de 39 ans, allant de 24 à 58 ans. Pour les femmes, la moyenne d'âge est de 46 ans et de 37 pour les hommes.

Figure 18 : Tableau récapitulatif du nombre de séance d'ostéopathie par patient entre septembre 2018 et février 2019

Patient ayant bénéficié d'une séance d'ostéopathie	19
Patient ayant bénéficié de deux séances d'ostéopathie	3
Patient ayant bénéficié de trois séances d'ostéopathie	5

En moyenne, chaque patient a bénéficié de 1,8 consultation. Le délai d'attente entre l'indication d'ostéopathie et la prise en charge est en moyenne d'1 mois avec un écart qui va de 3 jours à 3mois.

De septembre 2018 à fin février 2019, les cliniques externalisées de l'ISOR sur la MA de Nantes représentent 5 journées de consultations, soit 42 créneaux de consultations. Nous avons pu prendre en charge 26 patients dont 5 femmes, avec une moyenne de 1,8 consultation par patient.

6.2.2. Motifs d'indication vers l'ostéopathie

Avant le début de notre expérience de cliniques externalisées de l'ISOR au sein de la MA, nous avons rencontré à 2 reprises l'équipe médico-soignante pour expliquer ce qu'est l'ostéopathie et son champ d'action.

Pendant l'expérience, il est convenu que les séances d'ostéopathie sont accessibles sur indication médicale et kiné, afin de venir compléter une prise en charge déjà existante pour le patient.

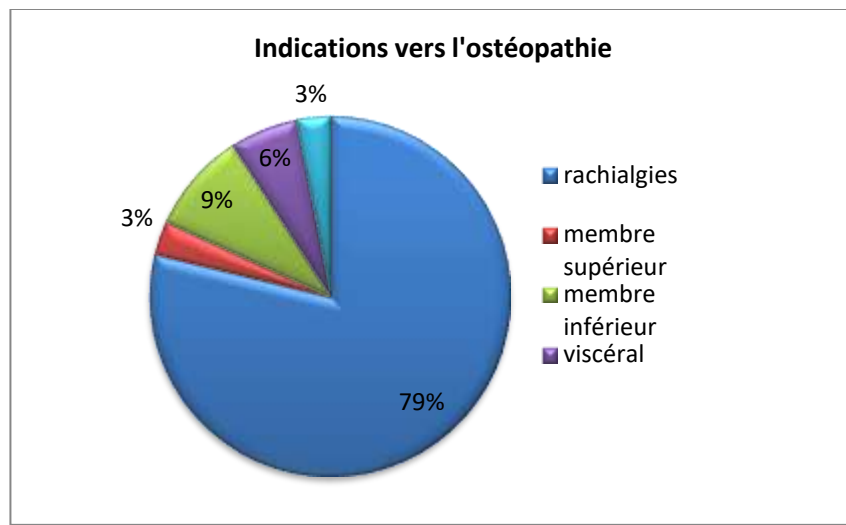
Entre le 28 septembre 2018 et le 22 février 2019, nous avons reçu 32 indications vers l'ostéopathie. Les professionnels indiquant vers l'ostéopathie sont pour 78% des médecins et 22% des kinés⁶⁰.

Globalement, les patients nous sont souvent indiqués pour des rachialgies, 79% des indications. Elles se répartissent de la manière suivante : 73% de lombalgies, 11% de dorsalgies, 8% de dorso-lombalgies et 8% de cervicalgies⁶¹.

⁶⁰ Annexe5, p.88

⁶¹ ibid

Figure 19 : Indications vers l'ostéopathie par les médecins et les kinésithérapeutes de l'USMP entre septembre 2018 et février 2019



6.2.2.1. Motif d'indication des patient ayant répondu au questionnaire

Nous avons effectué 39 consultations. Nous avons transmis aux patients 37 questionnaires, 2 n'ont pas pu le remplir parce qu'ils avaient été transférés dans un autre établissement.

Il représente 94,9% du nombre de patients consultés. Nous avons eu 25 réponses au questionnaire. Notre échantillon de satisfaction portera donc sur 25 patients consultés.

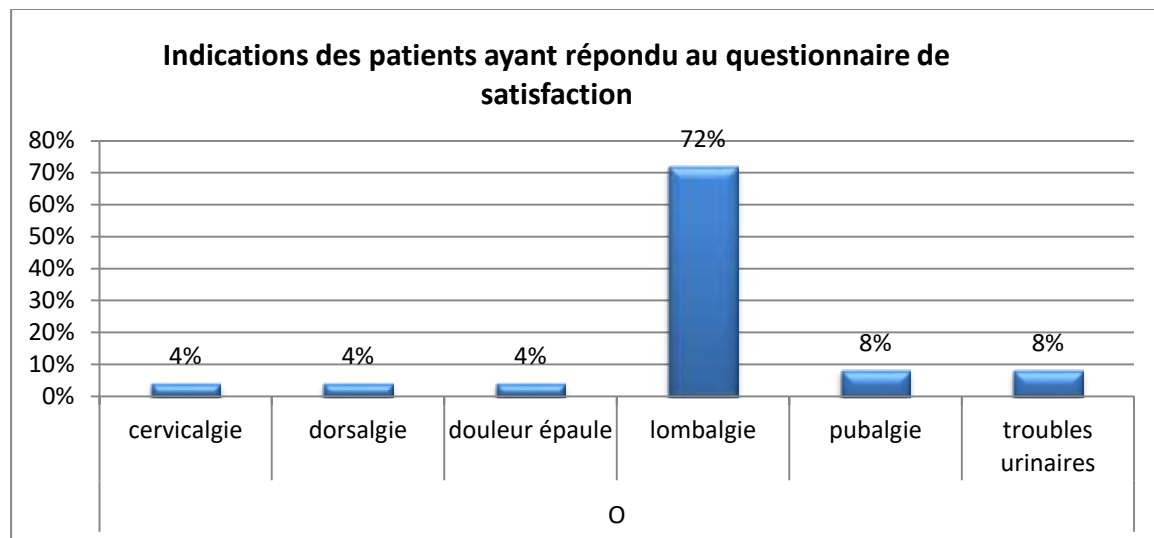
Les patients ayant bénéficiés d'une consultation d'ostéopathie et ayant répondu au questionnaire représentent 68% de la population ayant bénéficié de consultation d'ostéopathie. Les femmes⁶² ont répondu à 89% et les hommes⁶³ à 61%. Notre échantillon est représentée, **en majorité, par 72% de lombalgiques**⁶⁴.

⁶² Annexe 6, p.92

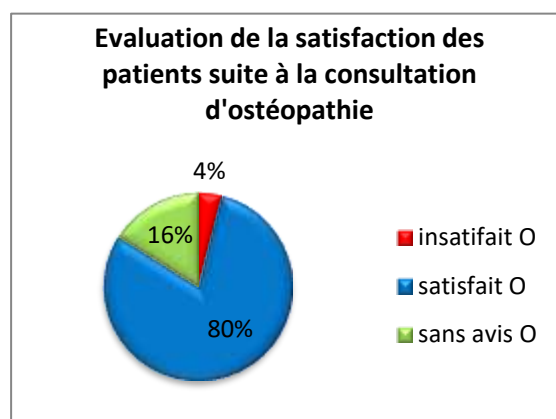
⁶³ ibid

⁶⁴ Annexe 6, p.93

Figure 20 : Pourcentage des indications des patients ayant bénéficiés de consultation d'ostéopathie entre septembre 2018 et février 2019



6.2.2.2. État de satisfaction des Patients⁶⁵

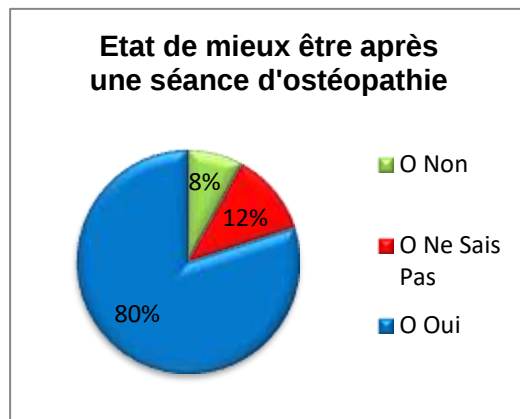


Les patients ayant bénéficié d'une consultation d'ostéopathie sont 80% à être satisfaits.

Figure 21 : Satisfaction des patients ayant reçu une consultation d'ostéopathie entre septembre 2018 et février 2019

⁶⁵ Annexe 6, p.93

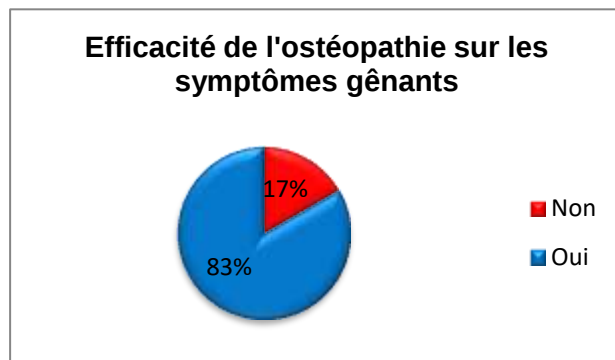
6.2.2.3. État de « mieux être » ⁶⁶



Les patients sont 80% à s'être senti mieux après la séance.

Figure 22 : Etat de mieux être des patients après une séance d'ostéopathie

6.2.2.4. Influence sur les symptômes ⁶⁷



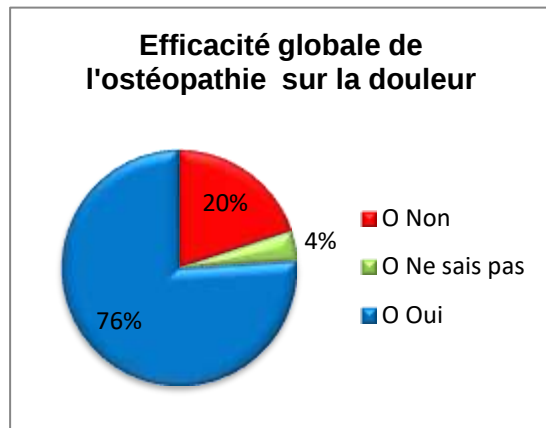
Les patients sont 83 % à exprimer une amélioration des symptômes après les séances d'ostéopathie.

Figure 23 : Influence de l'ostéopathie sur les symptômes gênant les patients

⁶⁶ Annexe 6, p.94-95

⁶⁷ Annexe 6, p.96

6.2.2.5. Influence sur les douleurs



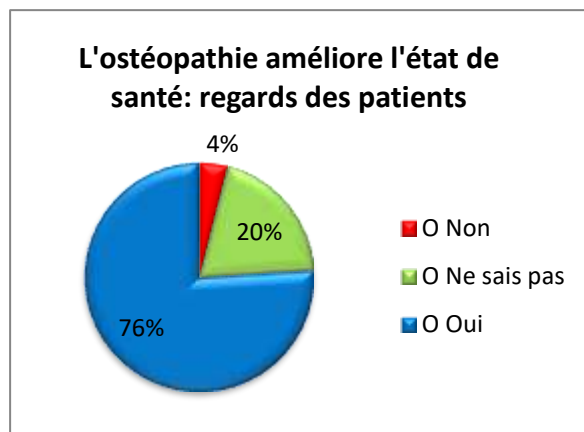
Les patients sont 76% à voir leurs douleurs diminuer après les séances d'ostéopathie.

Figure 24 : Influence de l'ostéopathie sur les douleurs

Le motif le plus fréquent d'indication vers l'ostéopathie est la lombalgie (72%). Les patients sont satisfaits de la prise en charge ostéopathique. Ils sont satisfaits (80%) et note une influence positive sur leur état de bien-être (80%), leurs symptômes (83%), leurs douleurs (76%) et sur leur état de santé (76%).

6.2.3. Regards des patients sur la place de l'ostéopathie dans leur prise en soins

6.2.3.1. L'état de santé des patients et l'ostéopathie⁶⁸

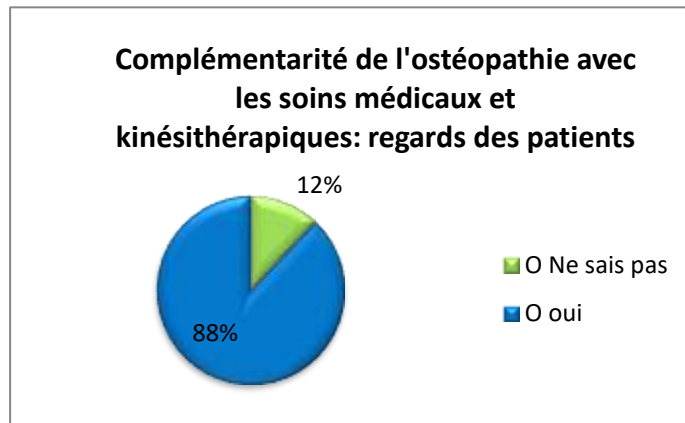


Les patients pensent à 76% que l'ostéopathie améliore leur état de santé.

Figure 25 : Etat de santé et ostéopathie: regards des patients

⁶⁸ Annexe 6, p.98

6.2.3.2. Complémentarité de l'ostéopathie avec les soins médicaux et/ou kinésithérapique reçus et pérennité de ces consultations en détention



Les patients sont 88% à penser que l'ostéopathie est complémentaire aux soins médicaux et kinésithérapique.

Les patients ayant bénéficiés de soins ostéopathiques en détention sont 96% à vouloir que cette offre de soin se pérennise en détention.⁶⁹

Figure 26: Complémentarité de l'ostéopathie et des soins médicaux et kinésithérapique: regards des patients

Les patients pris en charge en ostéopathie pensent que c'est une thérapie complémentaire (88%) à la prise en charge médicale et kinésithérapiques et souhaitent voir cette offre de soins perdurer (96%).

⁶⁹ Annexe 6, p.99

7. DISCUSSION

7.1. Population et échantillon

Dans ce travail de recherche, nous avons interrogé 3 types d'échantillons, selon 3 modalités différentes pour appréhender la place de l'ostéopathie dans une équipe pluridisciplinaire à l'USMP. Ces échantillons correspondent aux professionnels de l'USMP en relation avec l'ostéopathie, aux indications vers l'ostéopathie et aux patients en rapport avec leur état de satisfaction pouvant mettre en avant la place possible pour l'ostéopathie du point de vue des professionnels de santé, la pertinence de l'ostéopathie dans certaines indications en réponse à un besoin et l'objectivation par certains critères de bénéfices pour le patient.

7.1.1. Les professionnels de santé de l'USMP

Sur 23 professionnels de santé interrogés, nous avons eu un taux de réponse à l'enquête de plus de 78%, montrant une population intéressée par le thème de cette recherche faisant partie d'un projet d'équipe questionnant sur l'élargissement de l'offre de soins en détention à l'ostéopathie. Les réponses données, par cet échantillon de population, nous permettent d'établir une vision représentative de l'avis des professionnels de santé de l'USMP sur l'ostéopathie.

7.1.2. Les indications vers l'ostéopathie

Notre relevé d'indication a porté sur une population cible de 39 unités. Au regard de cet échantillon, nous allons pouvoir produire une tendance sur les besoins en ostéopathie selon les indications pour une place complémentaire avec la prise en charge médicale et paramédicale.

7.1.3. Les patients

Les patients ciblés par cette étude représentent 39 unités dont 2 ont été exclus car transférés sur un autre établissement. L'échantillon ayant répondu à l'enquête est de 25 unités. Ils représentent 68% de la population ciblée.

L'échantillon utilisé pour ce travail comprend :

- 18 professionnels de santé de l'USMP ayant répondu à un questionnaire en ligne sur l'ostéopathie et l'expérience ostéopathique à l'USMP (dont 6 médecins et 2 kinésithérapeutes),
- 39 fiches d'indication vers l'ostéopathie établies par des médecins ou des kinésithérapeutes pour orienter les patients vers les consultations d'ostéopathie,
- 25 patients traités en ostéopathie et ayant répondu au questionnaire de satisfaction concernant les consultations d'ostéopathie dont ils ont bénéficié sur la MA.

Nous allons, maintenant, mettre en lien nos résultats avec les hypothèses posées au début de notre travail permettant de répondre à notre question de recherche. Nous proposerons ensuite une réflexion plus personnelle sur l'expérience des cliniques externalisée de l'IFSO-R à la MA et l'expérience ostéopathique en détention.

7.2. Complémentarité de l'ostéopathie avec la prise en charge médicale et paramédicale

Les professionnels de santé sont 78, 3% à montrer un intérêt pour notre enquête sur l'ostéopathie. Les médecins et les kinésithérapeutes représentent plus de 44% de la population des professionnels de santé répondant. Ils sont ceux et les seuls qui, dans le cadre de la clinique externalisée sur la MA, indiquent les patients vers l'ostéopathie. Les patients, ayant donné leur avis sur l'ostéopathie, sont pour 72% des lombalgiques.

Au vu, du nombre de professionnels ayant répondu à notre enquête, nous pouvons affirmer que la majorité des professionnels de santé sont intéressés par le sujet de l'ostéopathie à la MA au sein de l'USMP.

7.2.1.Regards des professionnels de l'USMP sur la place de l'ostéopathie dans la prise en charge des patients

L'ensemble des professionnels de santé de l'USMP (+ de 72%) pensent que l'ostéopathie est complémentaire à la prise en charge médicale et paramédicale. En théorie, ils y sont ouverts à 100% dans le cadre des maux de dos et des troubles musculo squelettiques, et à hauteur de 89% pour les migraines et 83% pour les troubles intestinaux. Ils émettent quelques craintes notamment en rapport avec les manipulations cervicales. En permettant à 89% l'accès au dossier médical institutionnel, ils offrent à l'ostéopathe l'opportunité d'identifier de façon sûre et documentée l'ensemble des éléments de santé concernant le patient pour une prise en charge sécurisée. Par cette accessibilité au dossier, ils reconnaissent la pertinence de la place de l'ostéopathie dans la prise en charge en santé du patient, comme un acteur à part entière, comme un professionnel de santé.

Nous pouvons donc affirmer que **les professionnels de santé sont prêts à laisser une place à l'ostéopathie structurelle en détention.**

7.2.2.Regards des médecins et kinésithérapeutes : professionnels indiquant vers l'ostéopathie

Les médecins et les kinésithérapeutes, indiquant vers l'ostéopathie dans cette expérience, pensent à 100% que l'ostéopathie est complémentaire à la prise en charge médicale et paramédicale. En théorie, ils y sont ouverts à 100% pour les maux de dos et les troubles musculo squelettiques, à plus de 87% pour les migraines et les troubles digestifs. Ils souhaitent tous que l'ostéopathe ait un accès au dossier médical et institutionnel du patient pour identifier de façon pertinente les antécédents, les contre-indications et accéder à l'imagerie pour une prise en charge globale du patient. En pratique et au cours de cette expérience, nous avons remarqué que les médecins et les kinésithérapeutes nous indiquent les patients à 79% dans le cadre de rachialgies, chiffre cohérent avec ceux retrouvés concernant les maux de dos et troubles musculo squelettiques via l'enquête auprès des professionnels de santé. Sur le nombre de patients qui nous ont été indiqué et qui ont répondu au questionnaire nous observons un taux de 72% de lombalgiques.

Nous pouvons donc affirmer que **les médecins et les kinésithérapeutes laissent une place à l'ostéopathie dans la prise en charge des patients en détention.** Nous pouvons même préciser que la prise en charge concerne essentiellement **les patients lombalgiques.**

7.2.3.Regards des patients sur la complémentarité de l'ostéopathie avec la prise en charge médicale et paramédicale

Les patients ayant bénéficiés de soins ostéopathiques en détention sont 76% à penser que l'ostéopathie améliore leur état de santé et 88% à penser qu'elle est complémentaire à la prise en charge médicale et kinésithérapique.

Nous pouvons donc affirmer que **les patients reconnaissent l'ostéopathie comme une thérapie complémentaire à la prise en charge médicale et kinésithérapique en détention.**

En croisant, ces trois axes, nous venons d'affirmer et de compléter la première hypothèse. Nous pouvons affirmer que **l'ostéopathie est complémentaire à la prise en charge médicale et kinésithérapique des patients pris en charge à l'USMP avec une prévalence chez les lombalgiques.**

7.3. Bénéfices apportés par l'ostéopathie structurelle dans la prise en charge des patients

Ce travail, nous a permis d'observer le retour des patients suite à 25 consultations. Dans ce nombre de consultations, nous observons que la catégorie lombalgie est représentée à 72%.

7.3.1. Influence de l'ostéopathie sur les symptômes

Suite aux consultations d'ostéopathie, les patients sont 83% à avoir bénéficié d'une amélioration de leurs symptômes.

Nous pouvons donc affirmer que **le traitement ostéopathique structurel améliore la symptomatologie des patients.**

7.3.2. Influence de l'ostéopathie sur les douleurs

Suite aux consultations d'ostéopathie, les patients sont 76% à voir leurs douleurs diminuer.

Nous pouvons donc affirmer que **le traitement ostéopathique structurel améliore les douleurs des patients.**

7.3.3. Influence de l'ostéopathie sur l'état de bien-être et l'état de santé

Suite aux consultations d'ostéopathie, les patients sont 80% à s'être senti mieux après la séance et 76% à trouver que l'ostéopathie a contribué à l'amélioration de leur état de santé. Comme nous l'avons évoqué dans le cadre conceptuel, le choc carcéral, l'enfermement déséquilibre l'individu. Il vient alors exprimer toutes sortes de pathologies et un réel mal être. Quand nous connaissons l'expression violente des expériences de toucher en détention et la place du toucher dans la construction de soi, nous pouvons comprendre que l'ostéopathie apporte au patient un état de bien-être et de meilleure santé.

Nous pouvons donc affirmer que **les patients, pris en charge en ostéopathie, pensent que l'ostéopathie participe à l'amélioration de leur état de santé et de leur bien-être.**

7.3.4. Focus sur les patients lombalgiques⁷⁰

Nous pouvons faire une analyse plus spécifique sur cette pathologie qui est la plus représentée dans notre échantillon. Avec les données que nous avons récolté lors de ce travail, nous pouvons dire que suite aux séances d'ostéopathie :

- 88,88% des patients lombalgiques sont satisfaits
- 94,44% ont ressenti un état de bien-être suite aux séances d'ostéopathie
- 88,88% ont vu leurs symptômes diminués
- 83,33% ont vu leurs douleurs diminuées
- 83,33% pensent que l'ostéopathie participe à l'amélioration de leur état de santé
- 100% veulent continuer à bénéficier de soins ostéopathiques en détention

⁷⁰ Annexe6, p.101-104

- 94,44% pensent que l'ostéopathie est complémentaire à la prise en charge médicale et kinésithérapique

Nous pouvons donc affirmer que l'ostéopathie apporte un bénéfice aux patients lombalgiques.

Ce travail sur l'expérience des cliniques externalisée de l'IFSO-R à la MA de Nantes au sein de l'USMP nous permet d'affirmer que :

- L'ostéopathie structurelle est complémentaire à la prise en charge médicale et kinésithérapique des patients à l'USMP
- L'ostéopathie structurelle offre un bénéfice aux patients dans leur prise en soin en détention

Au vu, des résultats concernant la population lombalgique, nous pouvons affirmer que l'ostéopathie structurelle est complémentaire à la prise en charge médicale et kinésithérapique des patients lombalgiques à l'USMP leur apportant un bénéfice net dans la prise en soins en détention.

7.4. Réflexions

Etre infirmière et suivre la formation menant au titre d'ostéopathe, c'est sortir de notre zone de confort pour accéder à un autre point de vue sur la santé avec un outil manuel.

Au fil de la formation, notre regard infirmier est venu s'enrichir de connaissances théoriques et pratiques permettant d'identifier la pertinence d'un regard ostéopathique au sein de l'équipe pluridisciplinaire de l'USMP. Notre présence en tant qu'infirmière investie dans l'équipe a facilité l'ouverture de l'équipe vers l'ostéopathie. L'équipe a vécu et perçu cette évolution en nous questionnant, en nous laissant émettre notre avis ostéopathique sur les situations de soins puis en acceptant la pertinence d'une expérience ostéopathique en détention.

Le chemin n'a pas été facile mais tellement riche d'expériences et de rencontres. Il nous a permis de faire évoluer notre pratique infirmière autour de notre rôle propre, tant autour de la place du médicament en détention que sur notre posture en consultation douleur, sans sortir des prérogatives du décret de compétence IDE. Aujourd'hui, nos collègues professionnels de santé interrogent le regard ostéopathique dans certaines prises en soins, allant parfois demander au décours d'un suivi douleur notre avis sur la pertinence d'une prise en charge ostéopathique. Leurs regards et leurs postures évoluent. Cela nous permet aujourd'hui de nous libérer de cette charge historique de l'infirmière « à cornette », bénévole: pour être reconnue autonome, libre, indépendante de la posture et du regard.

Au cours de ce chemin, notre posture tantôt d'infirmière tantôt d'étudiant en ostéopathie au sein des cliniques externalisées avec les patients n'a pas toujours été aisée. Les encouragements dans le discours et le regard des patients nous ont été d'une grande aide.

Portons maintenant notre regard sur l'expérience d'une clinique externalisée de l'IFSO-R au sein de l'équipe pluridisciplinaire de l'USMP du CHU de Nantes. C'est avec quelques craintes sur le milieu que l'expérience a débuté. Ce milieu particulier, fermé et sécurisé, où nous sommes au contact d'une population ayant flirtée avec les limites des règles de vie en

société, nous confronte en tant qu'étudiant ou superviseur à nos propres limites, limites encore plus questionnées dans une thérapie où le traitement se fait en corps à corps. Nous sommes bien loin des conditions d'exercices libérales, nous confrontant à l'organisation d'un service hospitalier associée aux lourdes contraintes sécuritaires de l'administration pénitentiaire, et finalement si proche dans le soin. Goûter par cette expérience à la vie d'équipe, à la richesse des échanges et au partage de nos regards pour que la prise en charge de nos patients soit la plus pertinente possible. A chacun son langage, à chacun son point de vue, mais nous devons trouver ensemble une proposition thérapeutique cohérente pour le patient. Passées les premières minutes d'appréhension d'un milieu inconnu, les étudiants et les superviseurs n'ont pas rencontré de difficultés particulières dans la prise en charge des patients détenus. Nous pensons que ce terrain de stage à toute sa place pédagogique dans l'enrichissement clinique de l'étudiant de fin de cursus en ostéopathie, au-delà de l'apport du soin au patient.

Au cours de cette expérience ostéopathique, nous avons remarqué que les médecins et les kinésithérapeutes pensaient indiquer l'ostéopathie dans le cadre de migraines et de troubles gastro-intestinaux. Nous pouvons dire qu'ils ont bien intégré les indications de l'ostéopathie suite aux réunions d'information mises en place dans l'unité pendant la construction du projet des cliniques externalisées mais ne se les ont pas appropriées. Pour permettre cette appropriation, il serait intéressant que nous participions aux transmissions orales, sur nos temps de présence. Cela nous permettrait d'échanger sur nos points de vue et d'être dans une posture de transdisciplinarité permettant d'enrichir les pratiques de chaque professionnel au service des patients.

Nous retrouvons dans notre travail une place importante pour les patients lombalgiques en détention et nous venons compléter le travail effectué par Mme Pierquin en mettant en avant le bénéfice d'une prise en charge ostéopathique chez les patients lombalgiques en détention.

Habituellement, quelles que soient les spécialités, les patients manquent énormément de rendez-vous, sans prévenir, tiraillés par d'autres activités : parloir, promenade, sport, école...Remarquons que durant cette expérience, nous n'avons eu que 2 patients qui ne sont pas venus au rendez-vous. L'un nous a prévenu d'une situation particulière et exceptionnelle l'obligeant à reporter son rendez-vous. Le second qui avait apprécié la qualité et les bénéfices de la séance d'ostéopathie, n'a pas souhaité revenir car le corps à corps avec une personne de même sexe l'a mis en difficulté par rapport à ses représentations culturelles et personnelles. Nous retrouvons ici l'importance du rapport au corps et ses limites encore plus présentes en détention qu'à l'extérieur. Les consultations d'ostéopathie sont payantes. La consultation n'est pas en libre-service, ni imposée mais proposée. Le patient s'engage alors à bloquer la somme d'argent nécessaire et suffisante pour pouvoir bénéficier de la consultation d'ostéopathie. Cette modalité d'organisation permet une certaine liberté du patient quand à son engagement dans la prise en charge thérapeutique. C'est cette liberté ou l'engagement financier qui les amènent à respecter le « contrat » dans lequel il s'engage avec l'équipe d'ostéopathie ?

Nous pouvons observer un biais dans les réponses des patients, lié au désir que l'expérience de l'ostéopathie en prison perdure. Conscient que ce travail donne une approche subjective, puisque nous n'avons pas utilisé d'échelle validée pour évaluer la douleur (comme l'EVA) ou d'échelle de qualité de vie pour les symptômes. Nous suggérons la pertinence d'un co-travail de recherche autour de la prise en charge des patients lombalgiques en détention avec l'équipe médicale et kinésithérapique.

Au-delà, de l'aspect scientifique, nous pensons que l'ostéopathie peut venir participer au parcours de reconstruction des patients détenus par l'importance de la place du toucher dans la construction de soi.

8. CONCLUSION

A l'heure où l'ostéopathie est régulièrement questionnée par le monde scientifique, l'équipe de l'USMP du CHU de Nantes a choisi de lui faire confiance en acceptant de réaliser cette expérience de clinique ostéopathique en partenariat avec l'IFSO-R pour mettre en avant la pertinence d'une offre de soins en ostéopathie sur la maison d'arrêt. Nous pouvons dire, après ces 6 mois d'expérience, que l'ostéopathie a trouvé sa place au sein de l'équipe pluridisciplinaire de l'USMP en répondant aux besoins des patients en complémentarité de l'offre de soins déjà existante. C'est probablement en intégrant les temps de transmissions médicales et paramédicales que l'ostéopathie pourra, dans un esprit de transdisciplinarité venir s'enrichir et enrichir les pratiques de l'équipe au service des patients.

9. BIBLIOGRAPHIE

(s.d.).

B, P. (2017, MAI). *une consultation d'ostéopathie en maison d'arrêt*. paris: université Paris Descartes.

Ban Public association pour la communication sur les prisons et l'incarcération en Europe. (s.d.). Consulté le MARS 6, 2019, sur BAN PUBLIC association pour la communication sur les prisons et l'incarcération en Europe: <http://prison.eu.org/spip.php?article10074>

Bonneau, D. (2003). la peau du diagnostic, à la thérapeutique. *congrès de la FEMMO*. Mulhouse.

Boudéhen, G. (2017). *Soins de la femme enceinte en ostéopathie structurelle*. Vannes: sully.

Bouhana, J. (2011, avril). *Techniques tissulaires structurelles*. Consulté le décembre 2018 2017, sur Ostéo4pattes.

Bouhana, J. (2017, AOUT). *Situation de rencontres, thérapie et modalités contactantes*. Consulté le décembre 2017, sur osteo4pattes.

centre national de ressources textuelles et lexicales. (s.d.). Consulté le octobre 25, 2018, sur CNRTL: <http://www.cnrtl.fr/definition/prison>

Chamond J, M. V.-V. (2014). La dénaturation carcérale.pour une psychologie et une phénoménologie du corps en prison. *L'information psychiatrique*, vol 90, 673-682.

Christian, H. (2011). *Le toucher, l'art de la relation*. GAP: le souffle d'or.

Duteille, C. (2002). L'évènement de la rencontre comme expérience de rupture temporelle. *Arobase: journal des lettres et sciences humaines*, 81-88.

Eckert, M. (2015). *Le fulcrum ostéopathique comme mise en oeuvre d'une altérité: ostéopathie et phénoménologie*. Lyon, France: DU philosophie de l'ostéopathie.

Englebert, J. (2009, Janvier). quelques points de repère à la pratique de la clinique en milieu carcéral. *psychologos*, pp. 10-14.

englebert, jérôme. (s.d.). *Le corps du détenu: etude psychopathologique de l'homme en situation*. Liège, Belgique.

Fagon JY, V.-B. C. (2012). *Médecine complémentaire à l'Assistance Publique-Hopitaux de Paris*. Paris: AP HP.

Fédeo. (2015, Avril). *approche ostéopathique par pierre tricot*. Consulté le MARS 2018, sur you tube: <http://fedeo.eu/>

figaro, L. (s.d.). Consulté le novembre 15, 2018, sur <http://www.lefigaro.fr/medias/2010/05/14/20100514PHOWWW00087.jpg>

gulette, j.-m. (2013). evaluations des médecine . *etudes*, p.173-184 (tome 412).

<http://images.sudouest.fr/2017/05/16/591ace4166a4bd684b1d1215/golden/l-homme-etait-ecroue-depuis-le-1er-mai-a-la-maison-d-arret-de-nantes.jpg>. (s.d.). Consulté le novembre 15, 2018, sur <http://images.sudouest.fr/2017/05/16/591ace4166a4bd684b1d1215/golden/l-homme-etait-ecroue-depuis-le-1er-mai-a-la-maison-d-arret-de-nantes.jpg>

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Populations-et-sante/Milieu-penitentiaire-et-sante/Sante-des-detenus/Ameliorer-les-connaissances->

- epidemiologiques-sur-la-sante-des-personnes-detenu*es. (s.d.). Consulté le octobre 17, 2018, sur santé publique france institut de veille sanitaire: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Populations-et-sante/Milieu-penitentiaire-et-sante/Sante-des-detenus/Ameliorer-les-connaissances-epidemiologiques-sur-la-sante-des-personnes-detenu>
- <http://www.justice.gouv.fr/>. (2019, janvier). Récupéré sur <http://www.justice.gouv.fr/>
- <https://search.lilo.org/searchweb.php?q=Maison%20d%27arret%20de%20nantes&tab=images&page=1#>. (s.d.). Récupéré sur www.la-croix.com: <https://search.lilo.org/searchweb.php?q=Maison%20d%27arret%20de%20nantes&tab=images&page=1#>
- inpes. (s.d.). Guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Consulté le novembre 15, 2018, sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/sante-penitentiaire/documentation.asp>
- Juliens, C. (octobre 2016). *Le corps intime: la formation corporelle des soignants, approches anthropologique, éthique et pédagogique*. Paris: Seli Arslan.
- larousse. (s.d.). Consulté le décembre 2017, sur [Larousse.fr: http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/prison/63995](http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/prison/63995)
- Lécu, A. (2014). *La prison, un lieu de soin?* CLAMECY: Les belles lettres.
- Mathé, A. (1965). Hochmann Jacques. La relation clinique en milieu pénitentiaire. *revue française de sociologie*, 399-400.
- Nantes, i. d. (s.d.). Consulté le novembre 15, 2018, sur www.la-croix.com: <https://search.lilo.org/searchweb.php?q=Maison%20d%27arret%20de%20nantes&tab=images&page=1#>
- Nizard J, D. M. (2016). *Thérapies complémentaires CHU de Nantes*. nantes: chu de nantes.
- océan, p. (s.d.). Consulté le novembre 15, 2018, sur <http://www.presseocean.fr/sites/presseocean.fr/files/imagecache/detail/2015/01/28/photo-1422345696-346743.jpg>
- organization, w. h. (2010). *benchmarks for training in traditional/complementary and alternative medicine: benchmarks for training in osteopathy*. GENEVE.
- Pascal Joanne, T. O. (2009). constitution d'un espace d'enfermement: essai sur une phénoménologie de l'enfermement. *Cahier ADES*, 21-31.
- Phaneuf, M. (2013). L'intelligence émotionnelle, un outil du soin. *Santé mentale*, 30-35.
- Pierquin, B. (2016). *Une consultation d'ostéopathie en milieu carcéral*. Mémoire DU en santé Publique.
- Ribau, C. (2005, février). la phénoménologie: une approche scientifique des expériences vécues. *recherche en soins infirmiers*, pp. 21-27.
- Terramorsi, J.-f. (décembre 2013). *Ostéopathie Structurale: lésion structuré/ concept structurant*. Géro éolienne.
- tricot, P. (s.d.). *approche tissulaire de l'ostéopathie*. Consulté le février 2018, sur site de pierre tricot: <https://www.approche-tissulaire.fr>
- vaidis, d. (2006). Attitude et comportement dans le rapport cause-effet: quand l'attitude détermine l'acte et l'acte détermine l'attitude. *L'INX*, 103-111.

Viémond, B. L. (2008). Les enjeux phénoménologiques de la rencontre clinique. *les cliniques méditerranéennes*, pp. 205-223.

www.20minutes.fr. (s.d.). Consulté le NOVEMBRE 15, 2018, sur
http://cache.20minutes.fr/img/photos/jdn/2012-06/2012-06-03/article_photo_1338720648340-1-HD.jpg

ANNEXES

Annexe 1 : Ostéopathie

➤ [Loi n°2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades : article 75](#)

- Modifié par [LOI n°2015-1541 du 27 novembre 2015 - art. 20](#)

L'usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie ou à la chiropraxie délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé dans des conditions fixées par décret. Le programme et la durée des études préparatoires et des épreuves après lesquelles peut être délivré ce diplôme sont fixés par voie réglementaire.

S'il s'agit d'un diplôme délivré à l'étranger, il doit conférer à son titulaire une qualification reconnue analogue, selon des modalités fixées par décret.

Les praticiens en exercice, à la date d'application de la présente loi, peuvent se voir reconnaître le titre d'ostéopathe ou de chiropracteur s'ils satisfont à des conditions de formation ou d'expérience professionnelle analogues à celles des titulaires du diplôme mentionné au premier alinéa. Ces conditions sont déterminées par décret.

Dans des conditions précisées par décret, peuvent également bénéficier d'une reconnaissance du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur, si la condition de formation précitée est satisfaite, les personnes qui, dans l'année de la date de publication du décret, soit ont obtenu un diplôme sanctionnant une formation en ostéopathie ou en chiropraxie dispensée par un établissement non agréé, soit se sont inscrites en dernière année d'études dans un établissement non agréé dispensant une formation en ostéopathie ou en chiropraxie et ont obtenu leur diplôme, soit celles qui ne sont pas en exercice à la date de publication du décret mais qui ont obtenu un titre de formation en ostéopathie ou en chiropraxie au cours de l'une des cinq dernières années précédant cette date.

Toute personne faisant un usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est soumise à une obligation de formation continue, dans des conditions définies par décret. La Haute Autorité de santé est chargée d'élaborer et de valider des recommandations de bonnes pratiques. Elle établit une liste de ces bonnes pratiques à enseigner dans les établissements de formation délivrant le diplôme mentionné au premier alinéa.

Un décret établit la liste des actes que les praticiens justifiant du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur sont autorisés à effectuer, ainsi que les conditions dans lesquelles il sont appelés à les accomplir.

Ces praticiens ne peuvent exercer leur profession que s'ils sont inscrits sur une liste dressée par le directeur général de l'agence régionale de santé de leur résidence professionnelle, qui enregistre leurs diplômes, certificats, titres ou autorisations.

Les professionnels de santé qui ne remplissent pas les conditions prévues au présent article et qui accompagnent des délégations sportives étrangères ne peuvent exécuter d'actes

d'ostéopathie et de chiropraxie sur le territoire français qu'à l'égard des membres de ces délégations. Ils ne peuvent exercer ces actes au sein des établissements et services de santé mentionnés à la sixième partie du code de la santé publique.

- [Arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie \(JORF n° 0289 du 14 décembre 2014\)](#)

ANNEXE I

RÉFÉRENTIEL D'ACTIVITÉS ET DECOMPÉTENCES

Préambule

La description des activités et des compétences du métier d'ostéopathe ne se substitue pas au cadre réglementaire. En effet, la plate-forme n'a pas vocation à déterminer des responsabilités. Il s'agit de décrire les activités du métier, puis les compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme.

Les activités de l'ostéopathe sont réalisées dans le respect des dispositions du décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.

1. Définition du métier et glossaire

Définition du métier

L'ostéopathe, dans une approche systémique, après diagnostic ostéopathique, effectue des mobilisations et des manipulations pour la prise en charge des dysfonctions ostéopathiques du corps humain.

Ces manipulations et mobilisations ont pour but de prévenir ou de remédier aux dysfonctions en vue de maintenir ou d'améliorer l'état de santé des personnes, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agent physique.

GLOSSAIRE

Diagnostic ostéopathique :

Le diagnostic ostéopathique comprend un diagnostic d'opportunité et un diagnostic fonctionnel :

. diagnostic d'opportunité : démarche de l'ostéopathe qui consiste à identifier les symptômes et signes d'alerte justifiant un avis médical préalable à une prise en charge ostéopathique ;

. diagnostic fonctionnel : démarche de l'ostéopathe qui consiste à identifier et hiérarchiser les dysfonctions ostéopathiques ainsi que leurs interactions afin de décider du traitement ostéopathique le mieux adapté à l'amélioration de l'état de santé de la personne.

Dysfonction ostéopathique :

Altération de la mobilité, de la viscoélasticité ou de la texture des composantes du système somatique.

Elle s'accompagne ou non d'une sensibilité douloureuse.

Traitement ostéopathique :

Ensemble des techniques ostéopathiques adaptées à la personne en fonction du diagnostic ostéopathique visant à améliorer l'état de santé de la personne.

Technique ostéopathique :

Ensemble de gestes fondés des principes ostéopathiques.

Manipulation/mobilisation :

La manipulation est une manoeuvre unique, rapide, de faible amplitude, appliquée directement ou indirectement sur une composante du système somatique en état de dysfonction afin d'en restaurer

➤ [Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes](#)

les qualités de mobilité, de viscoélasticité ou de texture. La manipulation porte la composante concernée au-delà de son jeu dynamique constaté lors de l'examen, sans dépasser la limite imposée par son anatomie.

Appliquée sur une articulation ou sur un ensemble d'articulations, elle peut s'accompagner d'un bruit de craquement (phénomène de cavitation) qui n'en constitue cependant pas nécessairement un indice et qui est sans valeur pronostique.

La mobilisation est un mouvement passif parfois répétitif, de vitesse et d'amplitude variables, appliqué sur une composante du système somatique en état de dysfonction. BO Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2014/11 du 15 décembre 2014, Page 9

Annexe 2 : Clinique externalisée

➤ [Annexe III de l'arrêté du 12 décembre 2014 \(JORF n°0289 du 14 décembre 2014\)](#)

ANNEXEIII

RÉFÉRENTIEL DEFORMATION EN OSTÉOPATHIE

La formation conduisant au diplôme d'ostéopathe a pour but l'acquisition des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice du métier.

Les objectifs pédagogiques, les contenus et les modalités d'évaluation sont décrits dans les fiches pédagogiques de chacune des unités d'enseignement (UE). Ces documents sont mis à la disposition des étudiants.

Les contenus de la formation tiennent compte de l'évolution des savoirs et de la science et sont actualisés.

La place des unités d'enseignement dans le référentiel de formation permet des liens entre elles et une progression de l'apprentissage des étudiants.

Répartition des volumes horaires de la formation

ANNÉES	ANNÉE1	ANNÉE2	ANNÉE3	ANNÉE4	ANNÉE5	TOTAL
Cours magistraux (CM)	448 h	416 h	324 h	274 h	84 h	1 546 h
Travaux dirigés incluant les travaux pratiques (TD)	454 h	510 h	436 h	252 h	162 h	1 814 h
Total CM + TD	902 h	926 h	760 h	526 h	246 h	3 360 h
Formation pratique clinique	50 h	70 h	210 h	450 h	720 h	1 500 h
Total CM + TD + formation pratique clinique	952 h	996 h	970 h	976 h	966 h	4 860 h

Annexe 3 : enquête auprès des professionnels de santé de l'USMP

➤ [Questionnaire pour les professionnels de santé de l'USMP](#)

Expérience d'une consultation d'ostéopathie au sein de l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire de la Maison d'Arrêt de Nantes.

Ce questionnaire, anonyme, vous est adressé dans le cadre de l'expérience ostéopathique débutant bientôt à la maison d'arrêt. Il servira l'élaboration de mon mémoire, permettra d'enrichir notre expérience et d'évaluer la pertinence à poursuivre les consultations en ostéopathie. Je vous remercie d'avance pour le temps que vous accorderez à ce questionnaire.

Christelle Ruello

(étudiante en 5ème année à l'Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes et infirmière à l'USMP)

Votre profession

Réponse courte

.....

Avez- vous déjà bénéficié d'un soin ostéopathique dans votre parcours personnel?

☐ oui

☐ non

Pour quelles indications, pensez-vous, qu'un patient puisse être orienté vers un ostéopathe?

- ☐ mal au dos
- ☐ douleur musculo-squelettique
- ☐ migraine
- ☐ troubles gastro-intestinaux
- ☐ troubles émotionnels
- ☐ en prévention
- ☐ Autre...

Pensez-vous souhaitable que l'ostéopathe qui prend en charge un patient dans l'unité ait accès au dossier médical du patient?

- ☐ oui
- ☐ non

Pourquoi?

Réponse longue

Selon vous, qu'apporte l'ostéopathie à votre patient?

- ☐ une alternative au médicament
- ☐ une complémentarité au médicament
- ☐ une complémentarité à la prise en charge médicale ou paramédicale
- ☐ une alternative à la prise en charge médicale ou paramédicale
- ☐ une amélioration des symptômes
- ☐ du bien être
- ☐ une amélioration de sa mobilité
- ☐ Autre...

Avez vous des craintes par rapport à l'ostéopathie?

- ☐ oui
- ☐ non

Lesquelles et pourquoi?

Réponse longue

Commentaires libres ou questions éventuelles

Réponse longue

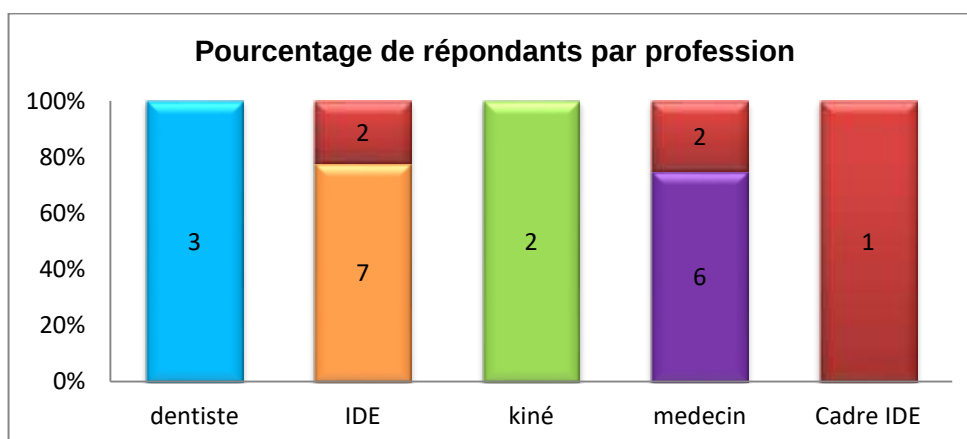
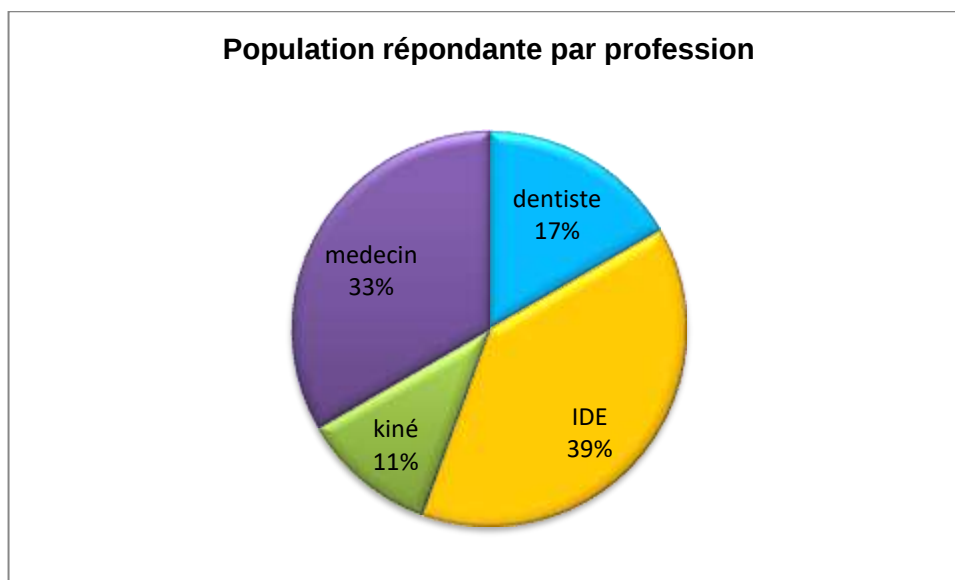
➤ Résultats du questionnaire pour les professionnels de santé

1) Population ciblée par le questionnaire

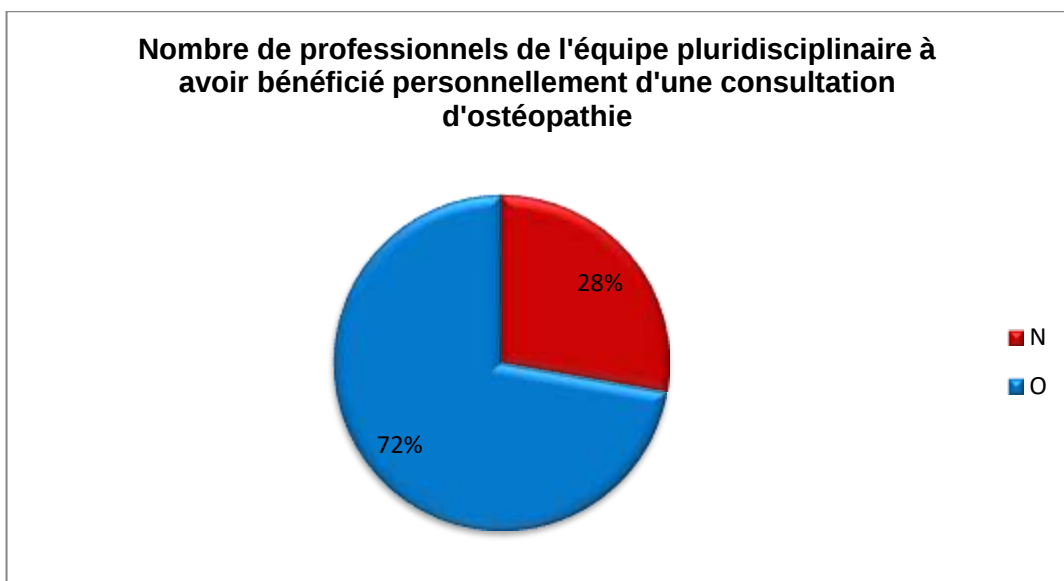
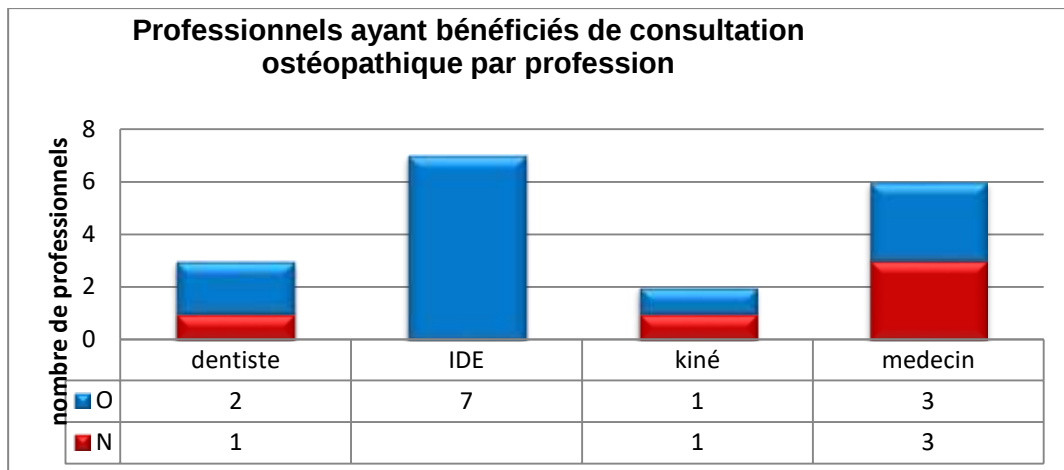
8 médecins
3 dentistes
2 kinésithérapeutes
9 infirmiers
1 cadre de santé
Soit 23 professionnels de santé

2) Composition de l'échantillon de la population des professionnels de santé de l'USMP ayant répondu au questionnaire

18 professionnels de santé ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 78,3% (6 médecins, 2 kinésithérapeutes, 7 infirmiers, 3 dentistes)



3) Question n°1 : « Avez- vous déjà bénéficié d'un soin ostéopathique dans votre parcours personnel ? » (Réponse : par oui ou non)



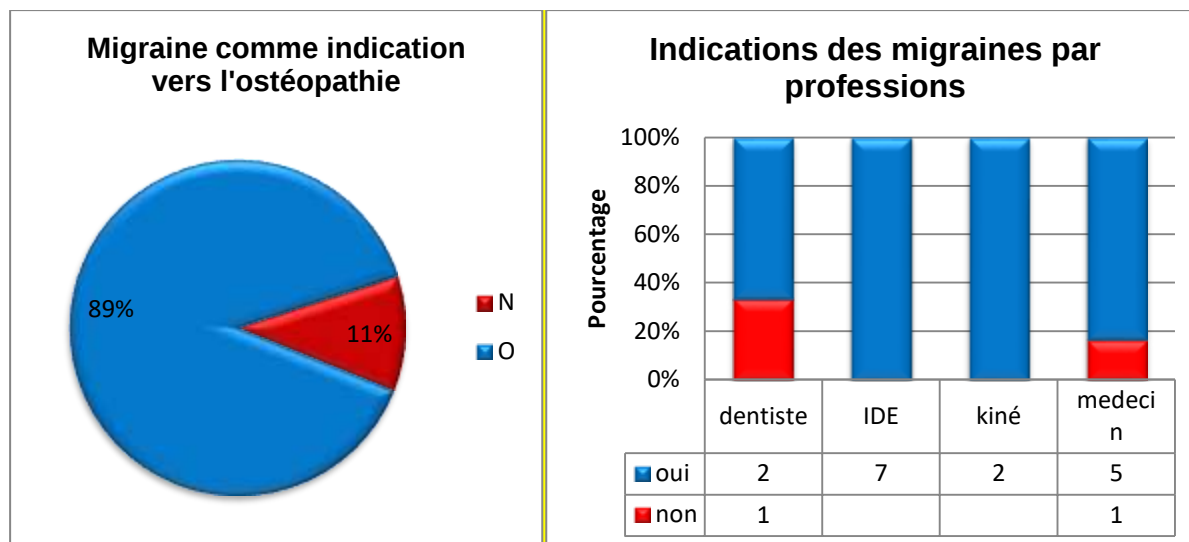
- 4) Question n°2 : « **Pour quelles indications, pensez-vous qu'un patient puisse être orienté vers un ostéopathe ?** » (Réponse à choix multiples : mal au dos, douleur musculo-squelettique, migraine, troubles gastro-intestinaux, troubles émotionnels, en prévention, autre)

Les maux de dos et les troubles musculo squelettiques

Les professionnels de santé pensent tous orienter des patients vers l'ostéopathe pour ces indications.

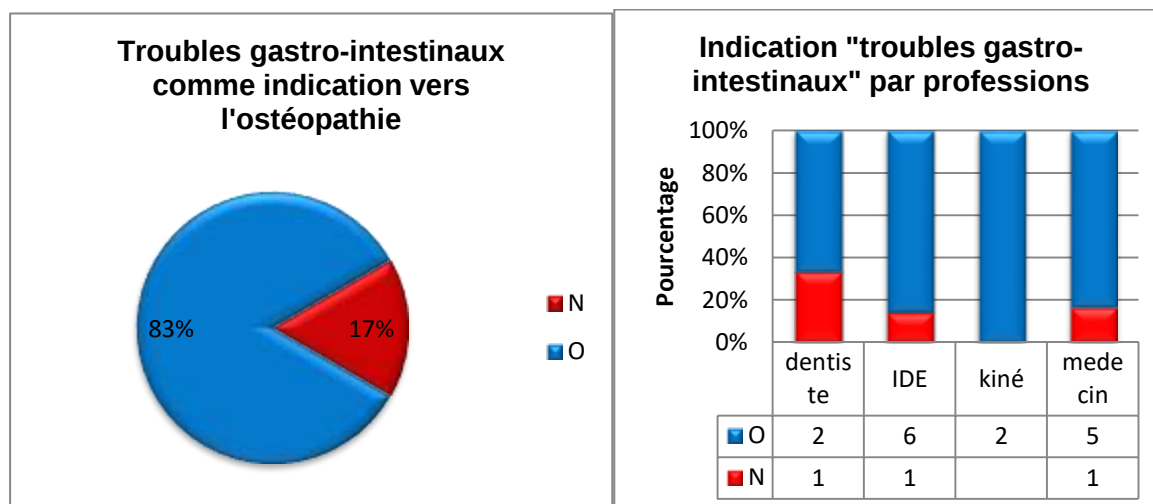
Les migraines

89% d'entre eux indiquent l'ostéopathie dans la prise en charge des migraines.

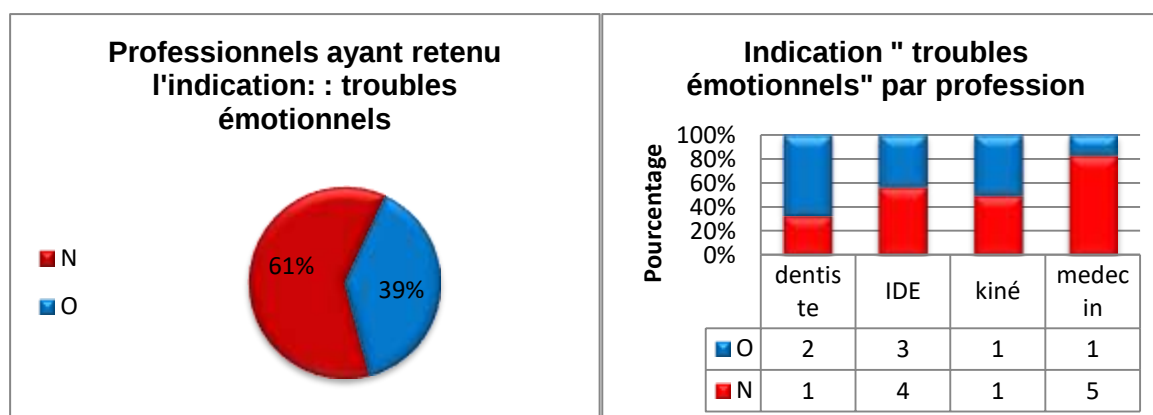


Les troubles gastro-intestinaux

Plus de 83% des professionnels voient les troubles gastro-intestinaux comme une indication vers l'ostéopathie.

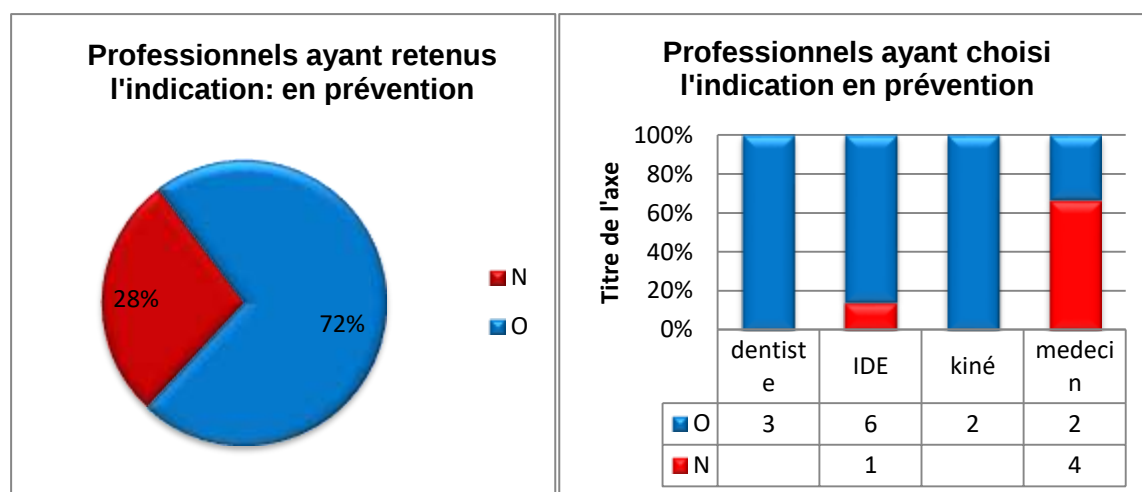


Les troubles émotionnels



39% des professionnels orienteraient les patients vers l'ostéopathie pour des troubles émotionnels. Ces 39% sont composés de 11% de kiné et 33% de médecins (indiquant actuellement vers l'ostéopathie pour la MA), de 17% de dentiste et de 39% d'IDE.

La prévention



L'ostéopathie en prévention est retenue par 72% des professionnels dont 46% d'IDE, 23% de dentiste, 16% de kinésithérapeute et 15% de médecin.

Autres indications citées

	kiné	ide	médecin	dentiste
atteinte radiculaire	1			
chronicité	1			
douleur articulaire		1		
pb musculo-squelettique		1		
pédiatrie			1	
tendinopathie			1	
suite de couche			1	
périnatalité				1

- 5) Question n°3 : « **Pensez-vous souhaitable que l'ostéopathe qui prend en charge un patient dans l'unité, ait accès au dossier médical du patient ?** » (Réponse : oui ou non puis pourquoi ?)

les professionnels de santé sont 89% à vouloir que les ostéopathes aient accès au dossier médical institutionnel du patient.

accessibilité des ostéopathes au dossier médical du patient selon les professionnels de santé



Pour les raisons suivantes :

	Médecins	Kinésithérapeutes	Dentistes	IDE
Antécédents du patient				
Contre-indications				
Imagerie				
Prise en charge globale				
Ostéopathes= professionnels de santé				

Professionnels ayant répondu oui et non

1ide

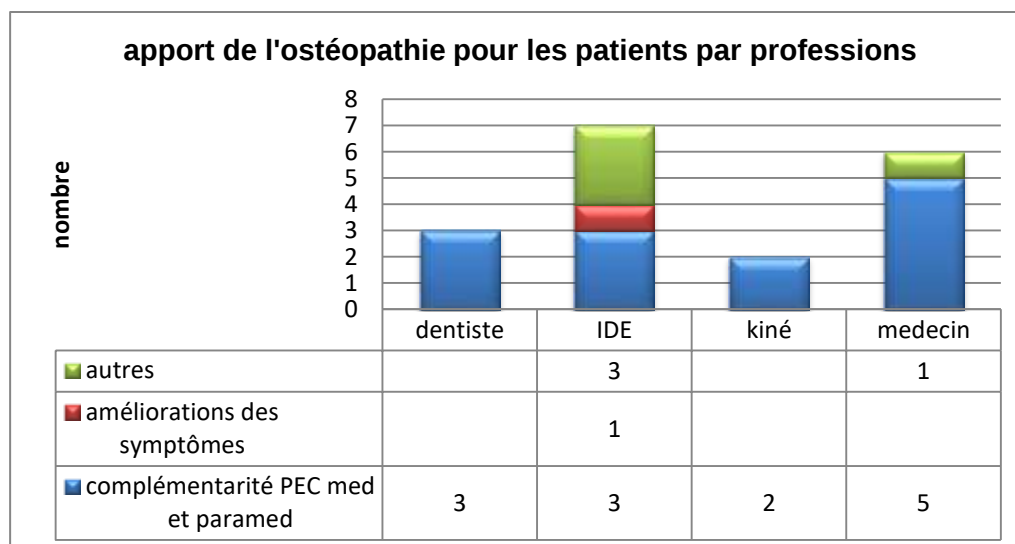
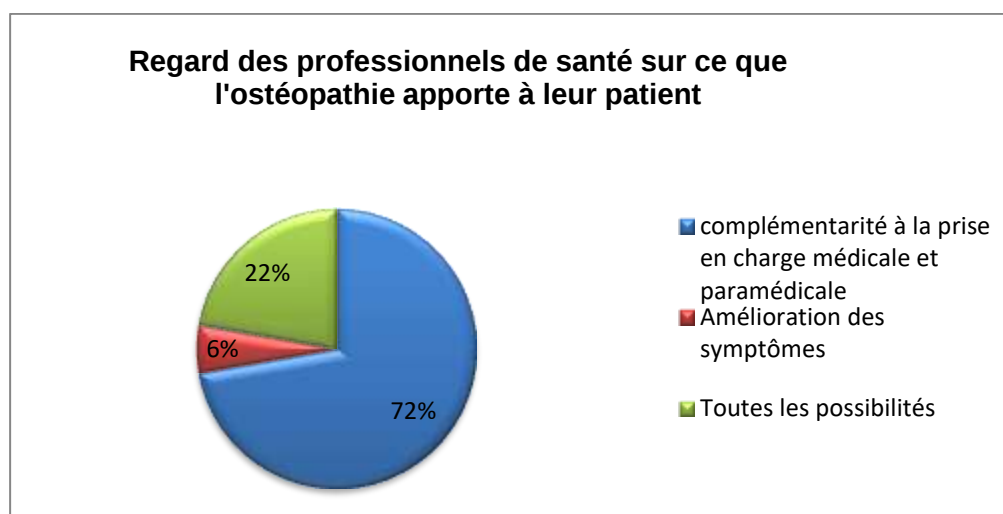
« Suis très embêtée par cette question car je pense que dans certains cas cela me semble indispensable et dans d'autres, pas forcément vu votre interrogatoire approfondi. »

Professionnels ayant répondu non

1ide

« De la même façon lorsqu'un patient a rdv avec un ostéopathe de ville, celui-ci n'a pas son dossier médical ou au mieux juste un courrier du médecin traitant. Je pense que l'interrogatoire simple du patient est suffisant pour pratiquer des gestes thérapeutiques, voir même ils seraient plus efficaces sans la connaissance des ATCD (qui peuvent influencer le thérapeute) »

- 6) Question n°4 : « **Selon vous, qu'apporte l'ostéopathie à votre patient ?** »
(Réponse à choix unique : alternative au médicament, complémentarité au médicament, complémentarité à la prise en charge médicale ou paramédicale, alternative à la prise en charge médicale ou paramédical, amélioration des symptômes, du bien-être, amélioration de la mobilité, autre)



4 Réponses « autre » :

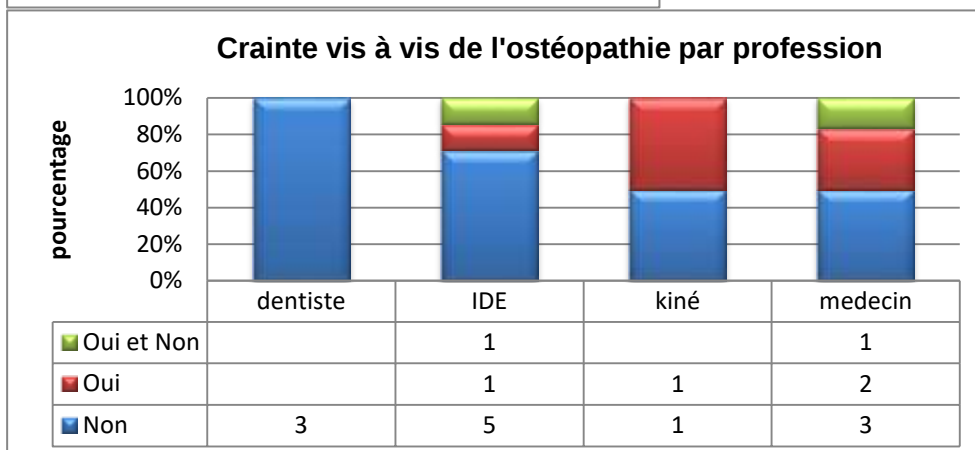
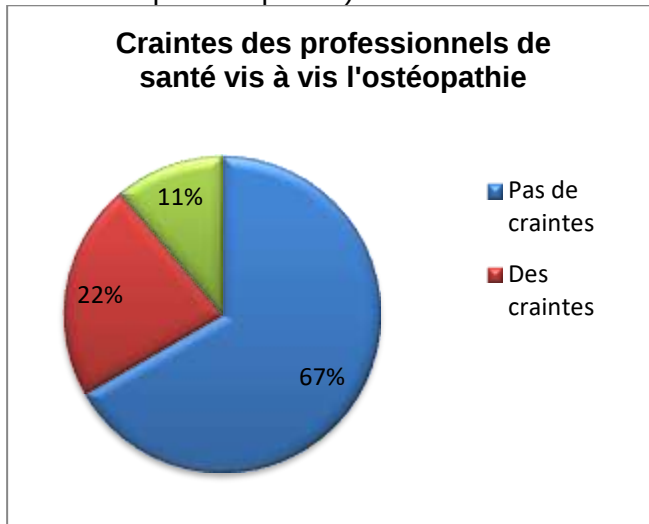
« plusieurs choix, à mon goût, sont possibles dans ces propositions! » (IDE)

« un peu de tout » (IDE)

« toutes les réponses » (médecin)

« il aurait été judicieux de pouvoir cocher plusieurs options, je cocherai alors la proposition 1+2+5+6+7 » (IDE)

7) Question n°5 : « **Avez-vous des craintes par rapport à l'ostéopathie ?** » (réponse oui ou non puis lesquelles)



Oui, Lesquelles (4)

IDE (1)

O

certaines manipulations pourraient avoir des conséquences sur des patients qui pourraient avoir certaines patho ou ATCDS

Kiné (1)

O

Que le projet ne perdure pas en détention, que la demande soit grandissante et que nous ne puissions pas y répondre

Medecin (2)

crainte des effets secondaires des manipulations et que les connaissances médicales du



professionnel ostéopathe soient insuffisantes
Manip cervicale, risque de NCB?

Oui et non, lesquelles (2) :

IDE	1
O ET N	1
Sans réponse	1
medecin	1
O ET N	1
passer à côté des CI	1
Total général	2

8) Commentaires

Non utilisable

Annexe 4 : Recueil des indications vers l'ostéopathie

➤ [« fiche indication »](#)



Indication de consultation d'ostéopathie

Date de la demande :

Nom du Praticien :

Etiquette Patient

Indication (s) :

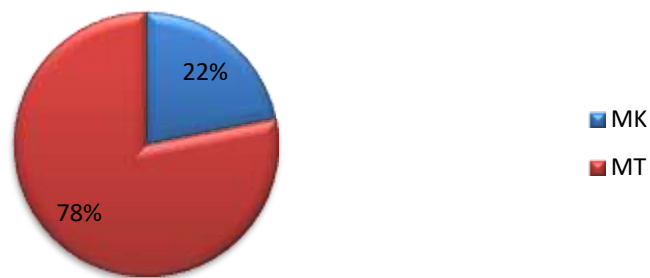
Commentaires :

- ☐ Bon de compta remis au patient
- ☐ Bon de compta signé par le patient et remis aux secrétaires

➤ [Indications vers l'ostéopathie](#)

Population de professionnels indiquant vers l'ostéopathie

Taux d'orientation vers l'ostéopathie par profession

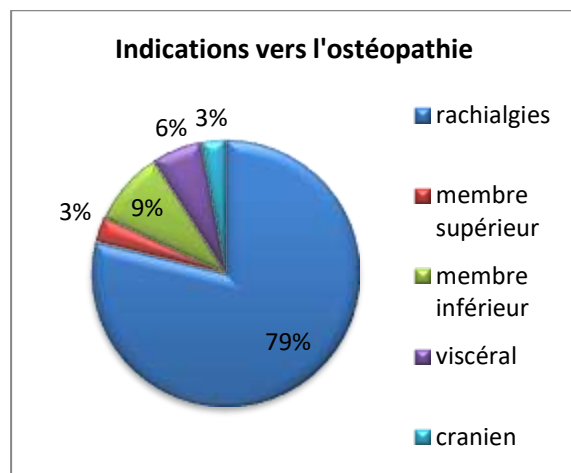


1) Types d'indication vers l'ostéopathie

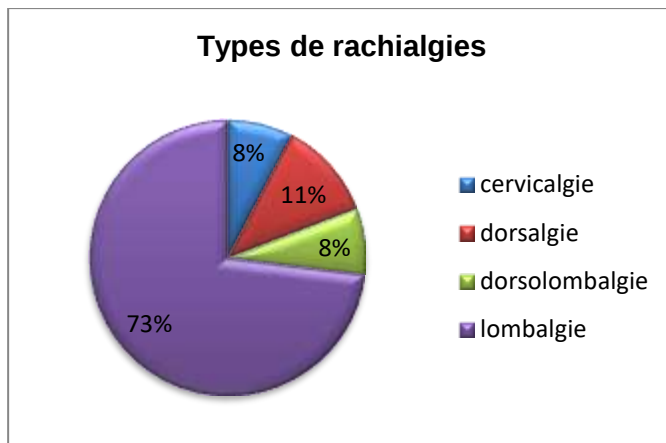
Nous avons eu 34 indications vers l'ostéopathie qui se répartissent comme suit :

indications	Somme de nombre
cervicalgie	2
dorsalgie	3
dorsolombalgie	2
douleur adducteur	1
douleur épaule	1
douleurs abdominales	1
fibromyalgie	1
lombalgie	19
migraine	1
pubalgie	2
troubles urinaires	1
Total général	34

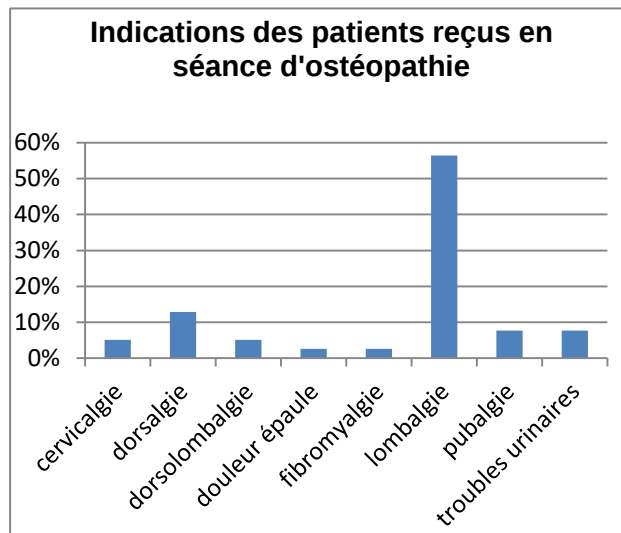
Sur ces 34 indications, nous avons 26 indications pour rachialgies



2) Types de rachialgies

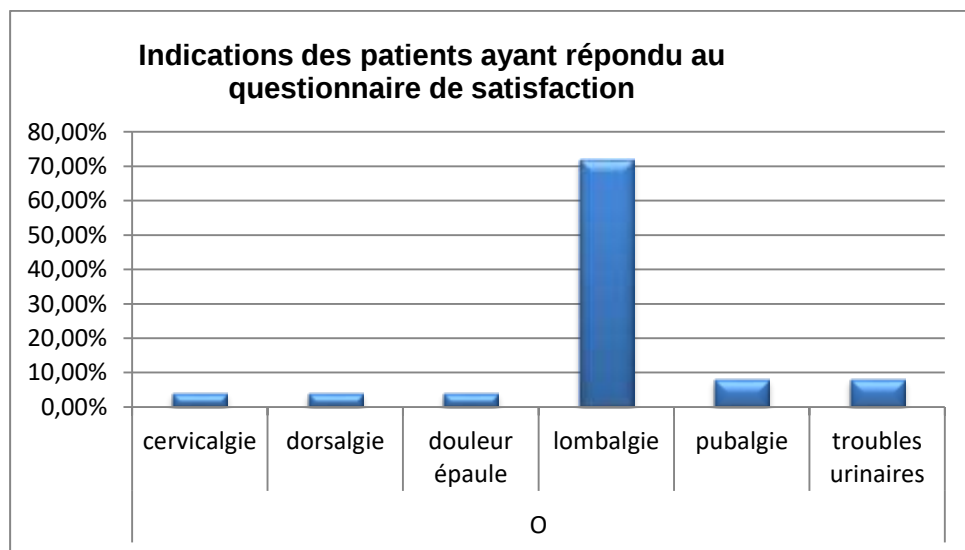


3) Indications des patients ayant reçus une séance d'ostéopathie



indications	Somme de Nombre
cervicalgie	5,13%
dorsalgie	12,82%
dorsolombalgie	5,13%
douleur épaule	2,56%
fibromyalgie	2,56%
lombalgie	56,41%
pubalgie	7,69%
troubles urinaires	7,69%
Total général	100,00%

4) Indications des patients ayant répondu au questionnaire de satisfaction



Ind des patients

répondant au questionnaire

	100,00%
cervicalgie	4,00%
dorsalgie	4,00%
douleur épaule	4,00%
lombalgie	72,00%
pubalgie	8,00%
troubles urinaires	8,00%
Total général	100,00%

Indication	PA ayant reçu cs osteo et répondu questionnaire
cervicalgie	1
O	1
dorsalgie	1
O	1
douleur épaule	1
O	1
lombalgie	18
O	18
pubalgie	2
O	2
troubles urinaires	2
O	2
Total général	25

Annexe 5 : enquête auprès des patients ayant bénéficiés d'une prise en charge ostéopathique

➤ [Questionnaire satisfaction des patients](#)

Enquête de satisfaction sur les consultations d'ostéopathie

M _____ ,
Le _____ , vous avez bénéficié d'une séance d'ostéopathie à l'UCSA/USMP.
Nous aimerions avoir votre avis sur ce sujet.
Merci du temps que vous accorderez pour répondre à ce questionnaire. Renvoyez le nous par la boîte aux lettres UCSA .

L'équipe d'Ostéopathie

1) Après cette séance d'ostéopathie, vous êtes (cochez la case qui vous convient):

☐ ☐ ☐

Insatisfait sans avis satisfait

2) Vous sentez vous mieux après cette séance ?

☐ oui ☐ non ☐ ne sais pas

3) Les symptômes qui vous gênaient avant la séance ont-ils diminués (perturbation de certains gestes de votre vie quotidienne ou sportive, raideur) ?

☐ oui ☐ non ☐ ne sais pas

4) Aviez-vous moins de douleur après la séance ?

☐ oui ☐ non ☐ ne sais pas

5) Pensez-vous que l'ostéopathie puisse contribuer à l'amélioration de votre état de santé ?

☐ oui ☐ non ☐ ne sais pas

Si oui, pourquoi ?

.....

6) Souhaiteriez-vous pouvoir continuer à bénéficier de séance d'ostéopathie pendant votre incarcération ?

☐ oui ☐ non ☐ ne sais pas

7) Trouvez-vous l'ostéopathie complémentaire des soins (kiné, médecin) reçus avant la séance ?

☐ oui ☐ non ☐ ne sais pas

8) Commentaires et remarques éventuelles

.....
.....
.....
.....

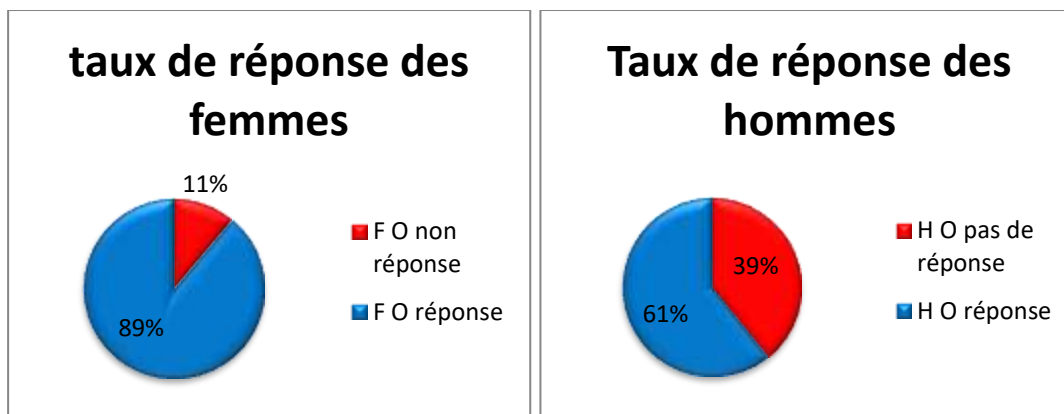
Merci pour votre participation

➤ [Résultats du questionnaire de satisfaction des patients](#)

Taux de réponse

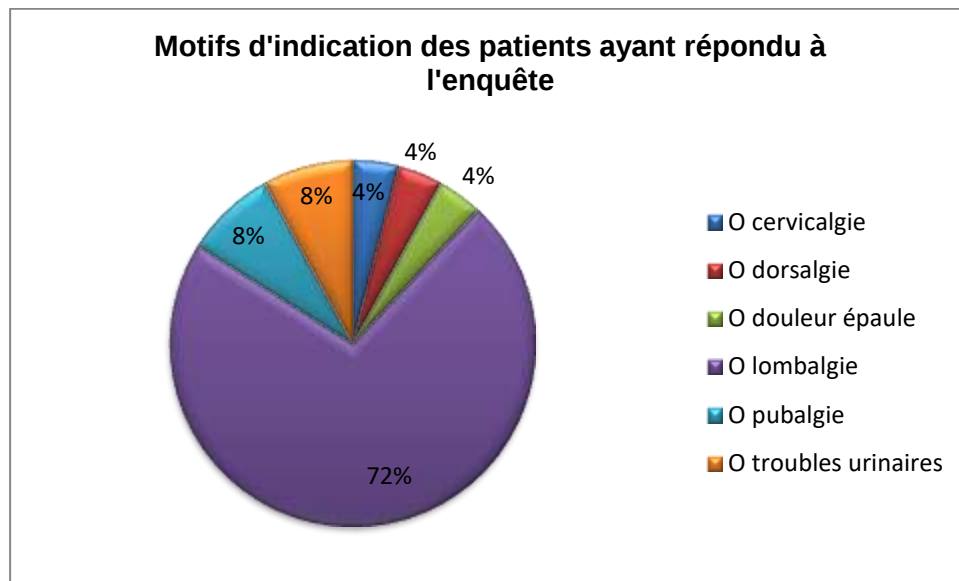


Sur 37 questionnaires envoyés, nous avons eu 68% de réponses, soit 25 patients répondant pour 37 questionnaires envoyés. Cela représente l'avis de 64% de la population ayant bénéficié d'une consultation d'ostéopathie.



Les femmes ayant bénéficiée de consultations d'ostéopathie sont 89% à avoir répondu et les hommes sont 61%.

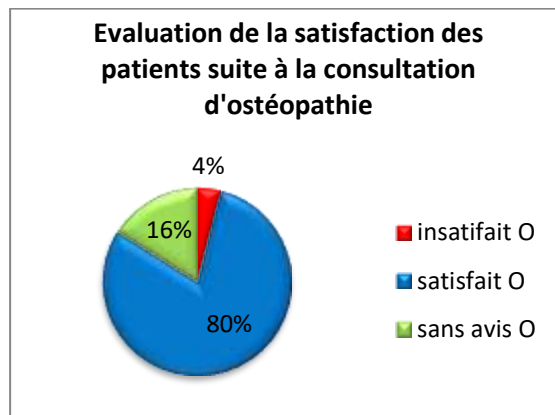
➤ Indication vers l'ostéopathie des patients ayant répondu à l'enquête



Etat de satisfaction des Patients

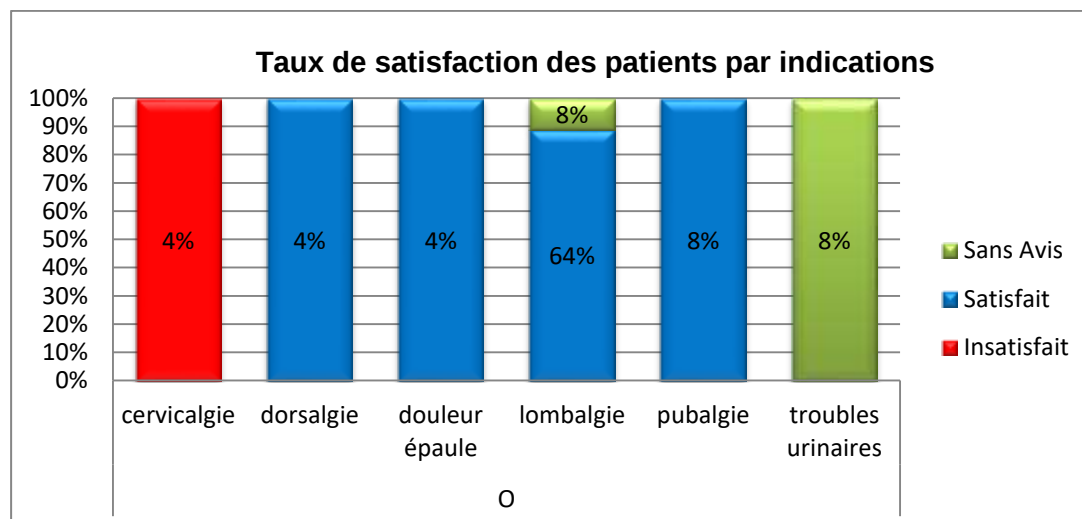
Question n°1 « **Après cette séance d'ostéopathie, vous êtes ?** (reponse : insatisfait, ne sait pas, satisfait) »

Taux de satisfaction global



Etat des patients	Somme de Nombre
insatisfait	1
O	1
satisfait	20
O	20
sans avis	4
O	4
Total général	25

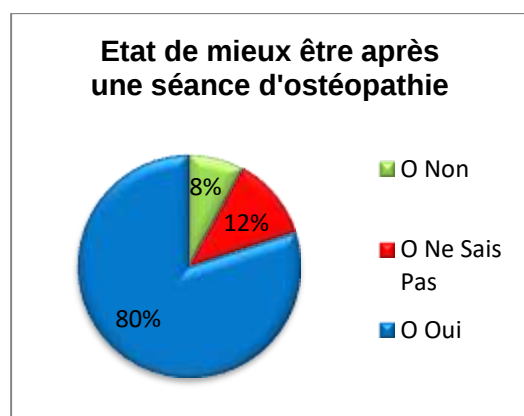
Taux de satisfaction par indications



indication	Insatisfait	Satisfait	Sans Avis	Total général
cervicalgie	4,00%	0,00%	0,00%	4,00%
dorsalgie	0,00%	4,00%	0,00%	4,00%
douleur épaule	0,00%	4,00%	0,00%	4,00%
lombalgie	0,00%	64,00%	8,00%	72,00%
pubalgie	0,00%	8,00%	0,00%	8,00%
troubles urinaires	0,00%	0,00%	8,00%	8,00%
Total général	4,00%	80,00%	16,00%	100,00%

Question n°2 : « Vous sentez vous mieux après cette séance ? » (réponse : oui, non, ne sais pas)

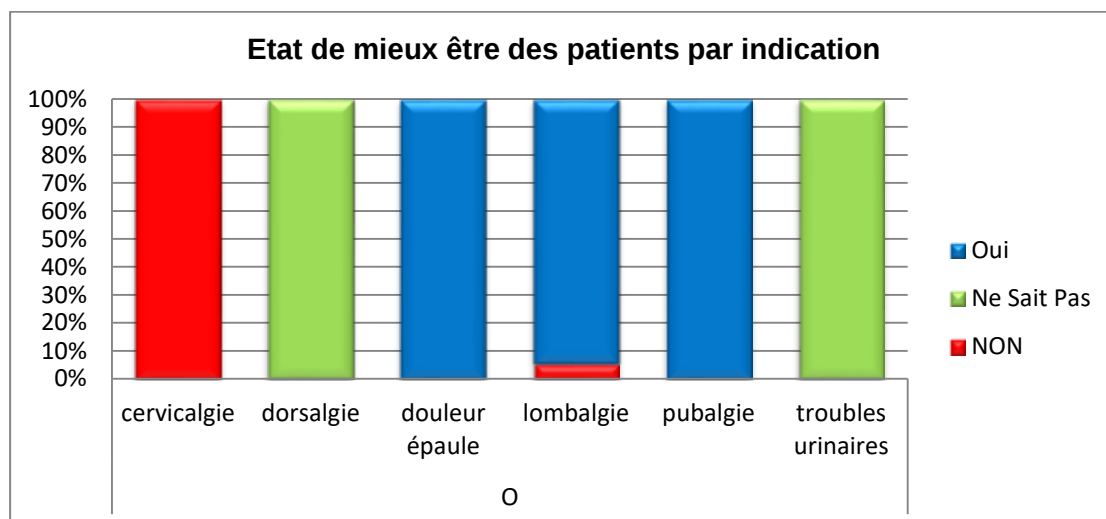
Sensation globale de « mieux être »



Mieux être	Somme de Nombre
Non	2
Ne Sais Pas	3

Oui	20
Total général	25

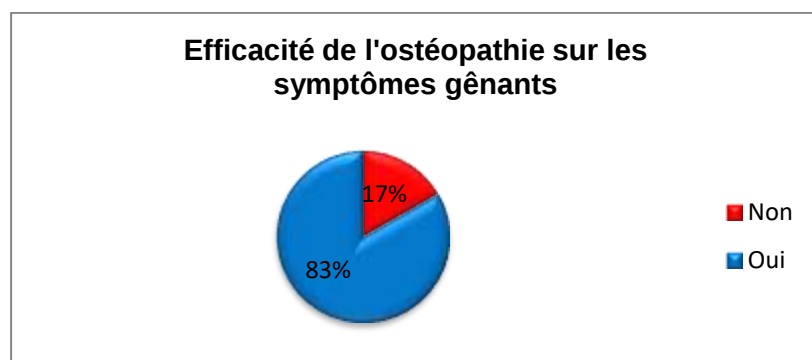
Sensation de mieux être par indication



indications	non	Ne Sait Pas		Total général
		Pas	Oui	
cervicalgie	1			1
dorsalgie		1		1
douleur épaule			1	1
lombalgie	1		17	18
pubalgie			2	2
troubles urinaires		2		2
Total général	2	3	20	25

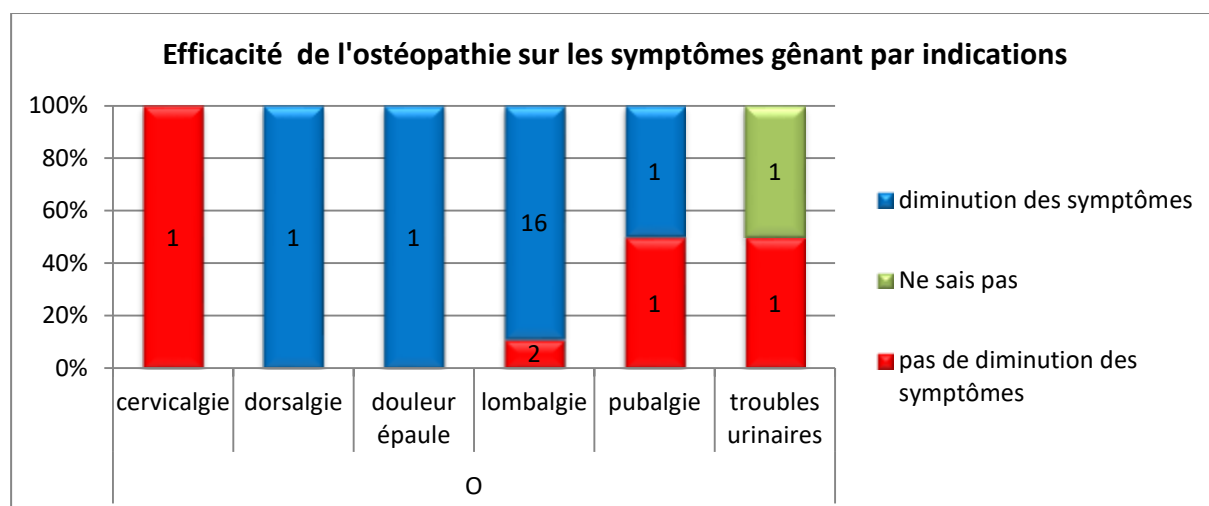
Question n°3 : « Les symptômes qui vous gênaient avant la séance ont-ils diminués (perturbation de certains gestes de votre vie quotidienne ou sportive, raideur) ? » (Réponse : oui, non, ne sais pas

Efficacité globale sur les symptômes



Efficacité symptômes	non	Ne sais pas	Oui	PR	Total général
Non	1		2	10	13
Oui	5		1	19	25
Total général	6		1	21	10
					38

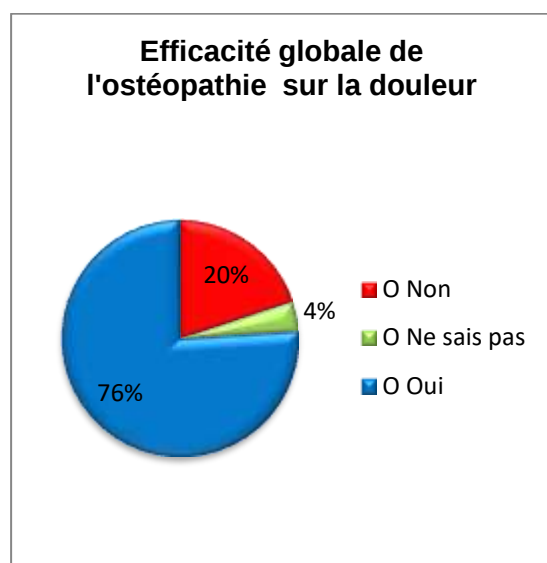
Efficacité sur les symptômes par indication



Étiquettes de lignes	non	Ne sais pas	Oui	Total général
cervicalgie		1		1
dorsalgie			1	1
douleur épaule			1	1
lombalgie		2	16	18
pubalgie		1	1	2
troubles urinaires		1	1	2
Total général		5	1	19
				25

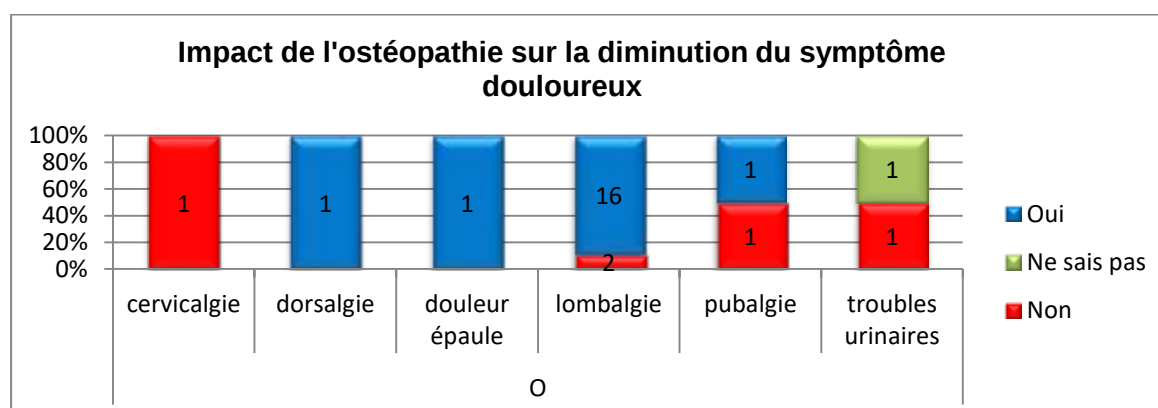
Question n°4 : « Aviez-vous moins de douleur après la séance ? » (réponse : oui, non, ne sais pas)

Efficacité globale sur les douleurs



Efficacité douleur	Somme de Nombre
Non	5
Ne sais pas	1
Oui	19
Total général	25

Efficacité sur les douleurs par indications

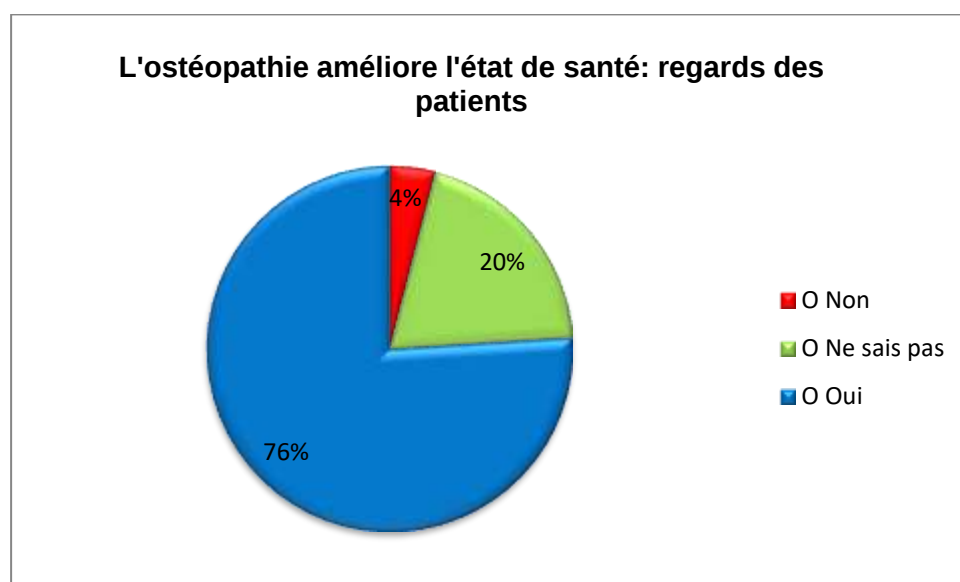


Efficacité douleur par indication	Non	Ne sais pas	Oui	Total général
cervicalgie	1	0	0	1
dorsalgie	0	0	1	1
douleur épaule	0	0	1	1
lombalgie	2	0	16	18
pubalgie	1	0	1	2

troubles urinaires	1	1	2
Total général	5	1	19

Question n°5: « Pensez-vous que l'ostéopathie puisse contribuer à l'amélioration de votre état de santé ? » (Réponse : oui, non, ne sais pas puis pourquoi ?)

L'état de santé des patients et l'ostéopathie



Amélioration état de santé	Somme de Nombre
Non	1
Ne sais pas	5
Oui	19
Total général	25

Pourquoi ?

O

N

- PR

NSP

- PR
- PR
- peut être

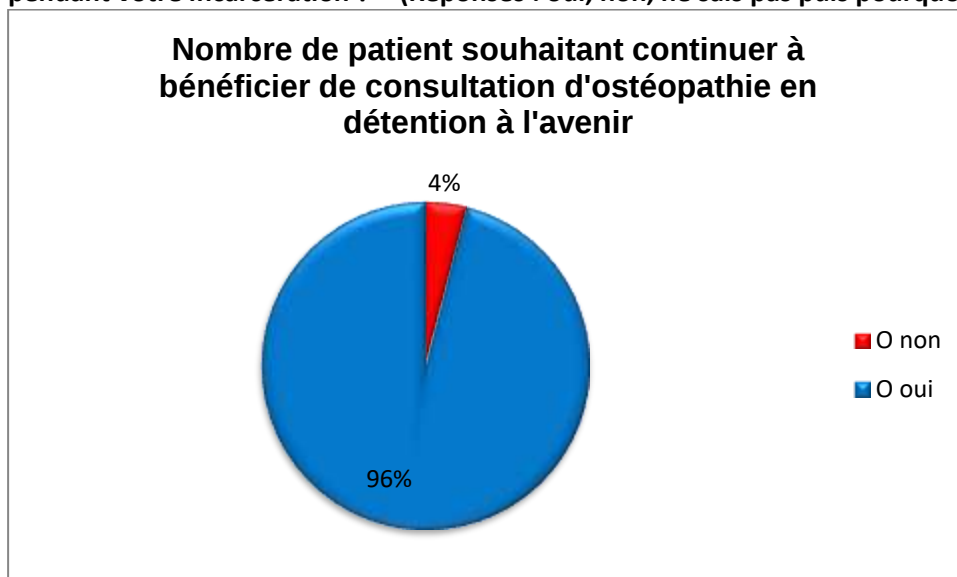
O

- à cause de mon métier
- après une manipulation, les raideurs et les douleurs s'atténuent
- ça améliore mes douleurs et je ne prends plus de médicaments pour la douleur
- c'est complémentaire à la kiné et mieux pour le dos
- diminution des raideurs dans le dos
- j'ai besoin de séance pour remettre mon dos en place

- les techniques utilisées contribuent à la guérison
- malgré la douleur au debut, je me sens moins gênée par mon ventre
- méthode douce absolument bénéfique
- mvt différent de la kiné
- NSP
- PR
- parce que c'est déjà difficile de se détendre surtout quand on a des douleurs
- parce q'une pratique sportive inadéquate est souvent la cause de nombreux blocage (et c'est légion en détention)
- postures corporelles épouvantables en prison, literie rude+

Total général

Question n°6 : « Souhaiteriez-vous pouvoir continuer à bénéficier de séance d'ostéopathie pendant votre incarcération ? » (Réponses : oui, non, ne sais pas puis pourquoi ?)



Souhait de continuer à bénéficier d'ostéo	Somme de Nombre
non	1
oui	24
Total général	25

Pourquoi ?

Aucune réponse

Question n°7 : « Trouvez-vous l'ostéopathie complémentaire des soins (kiné, médecin) reçus avant la séance ? » (réponses : oui, non, ne sais pas et pourquoi ?)

Complémentarité de l'ostéopathie avec les soins médicaux et/ou kinésithérapique reçus

Complémentarité de l'ostéopathie avec les soins médicaux et kinésithérapiques: regards des patients



Complémentarité de l'ostéopathie avec med et kiné	Somme de Nombre
Ne sais pas	3
oui	22
Total général	25

Pourquoi ?

Aucune réponse

Commentaires

Commentaires patients

- ça va beaucoup mieux
- cela n'améliore aucunement mon état de santé, je ne veux plus que l'on me triture, plus jamais
- contente d'avoir accès à une autre thérapie que les médicaments
- il est très difficile lorsque l'on a des douleurs sans cesse de se sentir bien dans son corps, car en incarcération on a du mal à être posé dans notre tête. On est plutôt compressé, oppressé et comme on ne peut pas pratiquer des sports de détente (yoga, respiration...) pour moi personnellement cela m'a beaucoup soulagée. encore merci j'espère pouvoir continuer sincèrement. quand on vit avec des maux permanents, depuis le temps, quel bien de se sentir alléger après la séance. encore merci à l'équipe.
- j'aimerais pouvoir continuer ces séances car il ya du mieux depuis ma première séance, mais j'ai encore des douleurs dans le dos. J'espère très sincèrement pouvoir obtenir une meilleure continuité pour un meilleur bien être. Cordialement
- je pense qu'il me faudrait plusieurs séances. Les douleurs continuent en bas du dos. J'ai été soulagé pendant 3 jours après la séance. Peut-on soulager ce dos, à part les séances d'ostéopathie?
- je préfère répondre à vos question après avoir fait 2 ou 3 consultations
- Je souhaiterais faire une séance par mois, car je pense que ça améliore certaines douleurs pendant plusieurs jours
- je suis vraiment ravie c'est une chance pour les détenus de pouvoir en bénéficier

- surtout à un coût abordable. Un immense merci à la praticienne, cette femme est formidable et extrêmement compétente. Je ne la reverrai certainement pas car je suis libérable en janvier
- juste après la séance j'avais plus mal qu'avant mais quelques jours après ça allait mieux
- la séance a soulagé mon mal au niveau du bassin et remis les choses en place. Par contre j'ai une sensibilité moins prononcée au niveau des changements de temps
- les douleurs et blocage sont fréquents à cause du stress et des tensions vécues au quotidien. L'ostéopathie est complémentaire.
- les douleurs n'ont pas complètement disparu mais une amélioration a été ressentie
- les zones traitées ont immédiatement bénéficiée d'une meilleure mobilité soit des conseils importants quant à leur gestion. L'ostéopathie est très demandée en détention et pour cause puisqu'elle peut résoudre beaucoup des problèmes liés à l'encellulement comme par ex le mal de dos
- l'ostéo est une option médicale autonome. Le mode de pensée qui y conduit, ne résout pas le problème posé, trop de yin en prison et peu de yang. Bonne chance en 2018
- pendant le week-end j'étais cassée, mais la séance avec la kiné après la séance d'ostéo c'était mieux
- PR
- PR
- RAS
- rdv trop espacés
- très bonne PEC et professionnalisme de l'équipe. Soulagement immédiat de certaines douleurs grâce à des manipulations maîtrisées

Total général

Focus sur les patients atteints de lombalgies :

indication	Somme de Nombre
lombalgie	18
O	18
O	18
Satisfait	16
Ne sais pas	2
Total général	18

Cela représente un échantillon de 18 patients dont 16 sont satisfaits soit 88, 88% de patients satisfaits.

indication	Mieux être
lombalgie	18
O	18
O	18
Non	1
oui	17
Total général	18

17 patients sur 18 se sont senti mieux après la séance d'ostéo soit 94,44%

indication	Amélioration symptômes
lombalgie	18
O	18
O	18
Non	2
Oui	16
Total général	18

16 patients sur 18 ont eu une amélioration de leurs symptômes après la séance soit 88,88%

Indication	Amélioration douleur
lombalgie	
O	
O	
Non	
Oui	
Total général	

15 patients sur 18 voient leurs douleurs améliorées par les séances d'ostéopathie soit

Étiquettes de lignes	Somme de Nombre
O	14
O	14
O	14
à cause de mon métier	1
après une manipulation, les raideurs et les douleurs s'atténuent	1
ca ameliore mes douleurs et je ne prends plus de medicaments pour la douleur	1
c'est complémentaire à la kiné et mieux pour le dos	1
diminution des raideurs dans le dos	1
j'ai besoin de séance pour remettre mon dos en place	1
les techniques utilisées contribuent à la guérison	1
malgré la douleur au debut, je me sens moins gênée par mon ventre	1
méthode douce absolument bénéfique	1
mvt différent de la kiné	1
NSP	1
parce que c'est déjà difficile de se détendre surtout quand on a des douleurs	1
parce q'une pratique sportive inadéquate est souvent la cause de nombreux blocage (et c'est légion en détention)	1
postures corporelles épouvantables en prison, literie rude+	1
Total général	14

83,33%.

indication	Amélioration état de santé
lombalgie	18
O	18
O	18
Ne Sais Pas	3
Oui	15
Total général	18

15 patients sur 18 voient leur état de santé amélioré par l'ostéopathie soit 83,33%

Commentaires par rapport à l'amélioration de l'état de santé, pourquoi ?

Amélioration état santé chez patient lombalgique	Pourquoi ?
O	14
O	14
O	14
à cause de mon métier	1
après une manipulation, les raideurs et les douleurs s'atténuent	1
ca améliore mes douleurs et je ne prends plus de médicaments pour la douleur	
c'est complémentaire à la kiné et mieux pour le dos	1
diminution des raideurs dans le dos	1
j'ai besoin de séance pour remettre mon dos en place	1
les techniques utilisées contribuent à la guérison	1
malgré la douleur au début, je me sens moins gênée par mon ventre	1
méthode douce absolument bénéfique	1
mouvement différent de la kiné	1
NSP	1
parce que c'est déjà difficile de se détendre surtout quand on a des douleurs	1
parce qu'une pratique sportive inadéquate est souvent la cause de nombreux blocage (et c'est légion en détention)	1
postures corporelles épouvantables en prison, literie rude+	1
Total général	14

indication	Continuer à bénéficier d'ostéo
lombalgie	18
O	18
O	18
Oui	18
Total général	18

100% des patients, ayant eu une consultation d'ostéo avec une indication lombalgie, souhaitent continuer à bénéficier d'ostéo en détention.

Indication	Ostéo complémentaire med et kiné
lombalgie	18
O	18
O	18
NeSaisPas	1
Oui	17
Total général	18

17 patients sur 18 pensent que l'ostéopathie est complémentaire prise en charge médicale et kinésithérapique soit 94, 44%