

Etat des lieux et limites dans l'utilisation
de la pratique du travail interne par un
ostéopathe DO, dans son aspect législatif
et humain.

GERMAIN
Pauline

PROMOTION 14
Année 2018-2022

REMERCIEMENTS

Pour réaliser un travail comme celui-ci, je n'étais évidemment pas seule. Et par ces quelques lignes, je tiens particulièrement à remercier certaines personnes sans qui ce travail n'aurait peut être pas abouti, du moins avec beaucoup plus de contraintes et moins de plaisir.

Marie, parce que oui... En plus d'être l'un des piliers de ma vie, tu es clairement à l'initiative de ce travail. Tu n'en as peut-être pas pleinement conscience, mais tu as été d'une importance capitale depuis que je te connais, et quelque chose me dit que ce n'est pas prêt de s'arrêter. J'avais une vie avant de te connaître, j'en ai désormais une où tu as ta place.

Hélène Duval, ma tutrice sur le papier, mais bien plus que ça dans mon cœur. J'admire cette main de velours dans ce gant de fer. Capable d'être sur tous les fronts, et à la fois tellement disponible et réactive lorsque j'avais besoin de ton aide. Merci pour tout... vraiment.

Bruno Diolot, mon mentor ! Sans aucun doute l'homme qui m'a mis le pied à l'étrier de la thérapie manuelle. Celui sans qui je n'aurai jamais imaginé, quelques années plus tard, terminer cette école et devenir ostéopathe. Merci de m'avoir fait aimer nos manips, mais surtout, la beauté et la précision de ce geste.

Ben, mon autre mentor ! Celui sans qui je n'aurai jamais franchi le pas de braver mensuellement ces 750 kms pour un diplôme non reconnu chez nous. Merci à toi pour ton énergie, nos révisions, nos discussions, nos moments de partage... et vivement notre cabinet... à nous ! La thérapie manuelle Genevoise a de beaux jours devant elle !

Ma Dumy, tu étais là dès les débuts de GEPRO... et tu ne voulais pas que je te manipule les cervicales... aujourd'hui, tu me le demandes quasiment tous les jours. C'est au travers de tes yeux que je vois le plus mon évolution.

La Chambre des Calmes (CDC), les 02bis, mes mecs à moi, François, Max et Micka, on en aura vécu des belles choses dans cette chambre 103. C'est parti fort dès le début ! On aura beaucoup rigolé, mais aussi beaucoup bossé ! Sincèrement, je ne pouvais pas rêver meilleure chambrée.

Mariel, Géraldine et Inès, mes trois relectrices de choc, merci pour le temps passé sur ce papier et vos retours de qualité.

La P14, ma promo incroyable, et désormais des adresses dans quasiment tous les coins de France, je me réjouis déjà de venir vous rendre visite les copains.

L'équipe pédagogique de l'IFSO, vous êtes tous différents, mais tous extraordinaires. Je mets au défi quiconque de trouver une école où les enseignants sont aussi investis pour leurs élèves. Je ne pourrai sans doute jamais vous rendre le ¼ de ce que vous m'avez donné, mais vous êtes vraiment dans mon cœur.

L'équipe DTFC, ou plutôt Ec(h)o Physio, parce que c'est une grande aventure qui commence avec vous, on va faire de belles choses et notre avenir dans ce cabinet s'annonce très beau !



SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| Etat des lieux et limites dans l'utilisation de la pratique du travail interne par un ostéopathe DO, dans son aspect législatif et humain. | 1 |
| CONTEXTUALISATION | 1 |
| INTRODUCTION | 4 |
| 1. PROBLÉMATIQUE | 6 |
| 1.1.Rappels anatomiques | 6 |
| 1.1.1.Le bassin osseux..... | 6 |
| 1.1.2.Le bassin ligamentaire | 8 |
| 1.1.3.Le bassin musculaire..... | 8 |
| 1.1.4.Innervation et vascularisation du bassin | 9 |
| 1.2.Intérêts, limites et utilisations du travail interne : quand et pour quelles raisons utiliser ces techniques ? | 11 |
| 1.2.1. Mode opératoire | 12 |
| 1.2.1.1. Positionnement du patient..... | 12 |
| 1.2.1.2. Positionnement du thérapeute | 12 |
| 1.3.Buts thérapeutiques | 13 |
| 1.3.1.Pour une névralgie pudendale ou syndrome d'Alcock | 13 |
| 1.3.2.Dans le cas d'algies coccygiennes ou coccygodynies | 14 |
| 1.3.3.Douleurs aux rapports | 16 |
| 1.3.4.Douleurs post-partum..... | 17 |
| 1.3.5.Douleurs sciatiques | 18 |
| 1.3.6.Douleurs bilatéralisées ou non des membres inférieurs et douleurs irradiantes (ex: Tendinopathie d'Achille) | 18 |
| 1.3.7.Aspect traumatique : Chutes, fractures, luxations... .. | 20 |
| 1.4.Aspect législatif | 21 |
| 1.4.1. Législations ostéopathes..... | 21 |
| 1.4.2. Législations kinésithérapeutes | 21 |
| 1.4.3. Mise au point du consentement libre et éclairé | 24 |
| 1.5.La communication thérapeutique | 25 |
| 2. HYPOTHESE | 29 |
| 3. EXPÉRIENCE DE CAS CLINIQUES | 30 |
| 3.1.Mon expérience clinique | 30 |
| 3.2.Retour d'expériences de professionnels pratiquants le TI | 35 |
| 3.3.Retour d'expérience de patients ayant eu un TI | 42 |
| 4. DISCUSSION | 46 |
| 4.1.Discussion des résultats | 46 |
| 4.2.Points faibles et points forts de ce travail de recherche | 47 |
| CONCLUSION | 49 |



| | |
|---------------------------|-----------|
| BIBLIOGRAPHIE..... | 50 |
| SITOGRAFIE | 52 |
| ANNEXES | 54 |
| RÉSUMÉ..... | 87 |



Liste des abréviations

AIL : Angle Inféro Latéral

AVQ : Activité de la Vie Quotidienne

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DD : Décubitus Dorsal

DLD : Décubitus Latéral Droit

DLG : Décubitus Latéral Gauche

DV : Décubitus Ventral

EIAI : Épine Iliaque Antéro Inférieure

EIAS : Épine Iliaque Antéro Supérieure

EIPI : Épine Iliaque Postéro Inférieure

EIPS : Épine Iliaque Postéro Supérieure

HAS : Haute Autorité de Santé

IFSOR : Institut de Formations Supérieur en Ostéopathie de Rennes

L : Lombaire (vertèbre)

LTR: Lésions Tissulaires Réversibles

MG : Médecin Généraliste

MI : Membres Inférieurs

MK : Masseur Kinésithérapeute

MKO : Masseur Kinésithérapeute Ostéopathe

S : Sacrée (vertèbre)

SI : Sacro Iliaque

SQS: Structure Qui S'exprime

TER : Travail En Recherche

TFL : Tenseur du Fascia Lata

TI : Travail Interne

TR : Toucher Rectal

TTT : Traitement

TV : Toucher Vaginal

VR : Variable de Régulation



CONTEXTUALISATION

Vous vous demanderez sûrement quelle a été ma motivation à choisir un sujet si peu commun, et parfois même très tabou, pour la rédaction de mon Travail En Recherche (TER)... La réponse est simple : il s'agit pour moi d'une première expérience, qui a peut-être marqué un tournant dans ma carrière professionnelle et dans mes débuts de l'ostéopathie. Voici le contexte :

Une personne de mon entourage très proche, qui travaille dans le milieu médical, me contacte et m'explique que depuis une lourde chute sur les fesses en roller, 10 jours auparavant, elle souffre de terribles douleurs au niveau de la région sacro-coccygienne, et du bassin en général. Elle se plaint particulièrement de douleurs lors de ses changements de position, notamment du passage assis à debout et vice versa, lors de ses montées et descentes d'escaliers, mais surtout de douleurs à la défécation. En tant que professionnelle de santé et amie, je l'invite donc à venir me voir au cabinet. Du haut de ma courte expérience de milieu de 2ème année d'étudiante en ostéopathie à ce moment-là, je lui prodigue une séance ou j'exclue rapidement toute suspicion de fracture du coccyx. Je passe en revue l'ensemble des articulations du bassin, du sacrum, des lombaires et des coxo-fémorales.

Au terme de cette séance, les changements ne sont absolument pas probants... Je lui propose 4 jours plus tard une deuxième séance pour lui refaire, globalement, les mêmes manipulations. Selon moi, très peu de modification du tissu conjonctif incriminé... Selon elle, toujours de très vives douleurs invalidantes dans la vie de tous les jours ! C'est à ce moment précis, que je commence réellement à envisager le fait qu'un travail par voie interne sera indiqué et nécessaire, au vu du travail déjà réalisé et des changements non obtenus.

Bien consciente de mes limites, j'envoie donc un message à celle qui deviendra plus tard la tutrice de ce TER, Madame Hélène Duval, en lui expliquant l'histoire ci-dessus. Je lui demande si selon elle, un travail par voie interne ne serait pas indiqué ? Sa réponse est sans appel :

« Oui, il me semble qu'un travail interne soit indiqué, avec un travail de tout le pourtour coccygien, en plus de la vérification du bon alignement des vertèbres coccygiennes. Belle journée ». H. Duval.

A cet instant précis, je n'ai jamais pratiqué ni même abordé cette technique... Après une grosse demi-heure de discussion téléphonique avec Hélène, j'en sais davantage sur le sujet et le mode opératoire et je me dis qu'il va falloir oser pratiquer ce geste pour aider cette patiente, mais surtout amie très proche, à aller mieux.



Le jour J, par souci de transparence absolue avec ma patiente, je lui montre et lui explique les échanges de messages avec Hélène en lui expliquant très honnêtement que je suis aussi stressée qu'elle !

La vérité étant que je suis beaucoup plus stressée qu'elle, mais que j'essaie de ne pas « trop » le montrer. J'ai peur... de mal faire, de faire mal, que l'on ne se regarde plus jamais comme avant...

Je suis tendue, elle aussi, et il faudra une bonne dose de professionnalisme de ma part, pour passer outre cette réelle « barrière » et entrer dans une démarche de soin « classique ». Je ne détaillerai pas ici, la séance en elle-même, en revanche, je vous explique le « après » : Dès la fin de séance, nous sortons ensemble du cabinet et empruntons un escalier d'une douzaine de marches. Dans ces escaliers... quasiment plus aucune douleur ! Le soir-même, une très légère gêne résiduelle, dans les changements de position. Mais dès le lendemain matin, plus aucune douleur du tout ! Ni dans les changements de position, ni à la défécation... plus rien du tout. Nous avons très clairement toutes les deux été stupéfaites des résultats aussi rapides qu'efficaces. Je suis vraiment très heureuse de ce résultat, et elle aussi, évidemment.

Face à une telle réussite, dans ce cas précis, je me suis donc demandée comment était-ce possible que théoriquement, un ostéopathe, non professionnel de santé, ne puisse pas réaliser un soin tel que celui-ci, et ainsi, s'amputer d'une possibilité énorme de traiter un patient en 1 ou 2 séances.

Au-delà de l'aspect législatif, il y a souvent un aspect émotionnel, psychologique et affectif à prendre en compte. De toute évidence, l'objet de ce TER n'est pas de banaliser ce geste en première intention, mais bien d'attirer l'attention sur l'intérêt de ce travail par voie interne dans une prise en charge globale, dont cet acte peut réellement faire partie intégrante.

C'est ainsi que naquit l'idée de consacrer ce travail à ce sujet, somme toute peu commun. Ainsi, avec ce travail de recherche, je vais tenter d'établir un état des lieux de l'intérêt des techniques par voie interne en ostéopathie qui sont, pour lors, en France, proscrites aux ostéopathes diplômés.

Je ferai également un état des lieux du ressenti des patients et des thérapeutes qui le pratiquent, pour essayer d'apporter des recommandations aux professionnels de santé en améliorant au maximum leur communication thérapeutique, afin d'obtenir la meilleure compréhension et la meilleure adhésion thérapeutique du patient.



Ainsi, avec ce travail de recherche, je vais tenter d'établir un état des lieux de l'intérêt des techniques par voie interne en ostéopathie qui sont, pour lors, proscrites aux ostéopathes diplômés. Je ferai également un état des lieux du ressenti des patients et des thérapeutes qui le pratiquent, pour essayer d'apporter des recommandations aux professionnels de santé en améliorant au maximum leur communication thérapeutique, afin d'obtenir la meilleure compréhension et la meilleure adhésion thérapeutique du patient.



INTRODUCTION

Les manipulations par voies internes en ostéopathie : Etat des lieux de leurs intérêts et bienfaits pour le patient ? Quels liens pouvons nous établir entre le travail par voie interne et le modèle enseigné à l'Institut de Formations Supérieur en Ostéopathie de Rennes (IFSOR) ? Pourquoi sont-elles proscrites aux ostéopathes diplômés ?

A ce jour, le travail par voie interne est interdit pour les ostéopathes diplômés¹, non professionnels de santé. Or, dans de nombreux cas de figure, ce travail est essentiel pour aller chercher les lésions tissulaires réversibles (LTR), au plus proche des zones en hyper-sollicitation, que l'on nommera, dans ce travail, les zones dites en « hyper ». Dans notre modèle enseigné à l'IFSOR, une LTR est une zone dite en hypo sollicitation. Il s'agit d'une zone qui, selon ce modèle, a perdu ses qualités de souplesse et d'élasticité et qui, ainsi, n'a plus les capacités d'adaptation aux contraintes qui lui sont demandées pour fonctionner de manière harmonieuse avec le reste du système. Ces zones en hypo deviennent alors des points fixes sur lesquels nous, ostéopathes, allons travailler pour redonner la souplesse et l'élasticité susmentionnées. Notre démarche de soin consiste donc à aller « lever les tensions » en allant « thruster » les zones dites en « hypo »² au plus proche de la structure qui s'exprime (SQS). La notion de « thrust » abordée ici est une manipulation simple que l'on utilise comme une action mécanique, à visée réflexe et effet vasculaire. Dans l'esprit d'un très grand nombre de personnes, le thrust est souvent associé à la manipulation articulaire qui « craque ». Or, dans notre enseignement nous abordons également la notion de thrust de tous les tissus conjonctifs du corps humain. Notre travail n'est donc jamais orienté exclusivement sur les zones articulaires. Nous accordons autant d'importance aux autres tissus, raison pour laquelle nous travaillons également beaucoup en tissulaire et en viscéral.

L'IFSO Rennes est une école où l'enseignement de nos manipulations est dit « structurel ». La définition du structurel est de chercher à changer l'état de la structure en LTR, que l'on aura au préalable repérée par des tests et que nous chercherons à traiter de la manière la plus directe possible.

Dans le modèle fondamental enseigné à l'IFSO, les étudiants sont invités à aller chercher les LTR en commençant leurs investigations au plus proche de la SQS, puis en s'éloignant de plus en plus de cette zone, selon des variables spécifiques que nous appelons variables de régulation (VR). Nous recherchons donc nos LTR du local au général.



Plus la plainte du patient s'exprimera en aigu, c'est-à-dire plus le délai sera court entre la première déclaration de la douleur, son facteur déclenchant, et notre séance ostéopathique, plus notre recherche de LTR sera proche de la zone en « hyper ». Dans le cas de pathologies plus anciennes, et/ou plus complexes, il sera alors du ressort du thérapeute d'aller investiguer un peu plus à distance de la structure qui s'exprime (SQS), et d'aller interroger notamment les variables de régulation neuro vasculaire plus à distance.

Pour rechercher une LTR, nous devons trouver une zone qui soit : grosse, dure et sensible quand on y touche. Il s'agit des trois points que doit compter une zone pour être considérée comme LTR au sens de l'enseignement IFSOR.

Dans notre modèle, et concernant certaines régions du corps telles que les membres inférieurs, nous avons conscience que les variables de régulation se situent notamment au niveau du bassin et petit bassin. Ainsi, pour aller chercher un effet sur ces centres neurologiques au niveau des myotomes, des dermatomes, des viscérotomes, des métamères et sur ces variables de régulation, la région la plus proche et accessible manuellement peut parfois nécessiter un travail par voie interne pour aller rechercher les LTR au plus proche de la SQS, et ainsi être le plus efficace possible thérapeutiquement.

Par la rédaction de ce mémoire, j'aimerais donc démontrer que l'action du thérapeute et le travail par voie interne font réellement partie intégrante de la pratique de l'ostéopathe diplômé, dans le cadre d'une prise en charge holistique de son patient. Ainsi, si celui-ci ne peut pas se permettre de le pratiquer, ce geste étant interdit dans ses prérogatives, le thérapeute sera très clairement amputé d'une partie de son traitement et ne pourra, de notre point de vue, pas proposer un soin « intégral » à son patient.



1. PROBLÉMATIQUE

État des lieux de la réglementation en vigueur pour les kinésithérapeutes et les ostéopathes. Quel est le ressenti et le vécu des patients lors d'une manipulation en travail interne par un praticien, comment améliorer notre communication thérapeutique pour obtenir une meilleure compréhension et adhésion thérapeutique du patient ?

1.1. Rappels anatomiques

1.1.1. Le bassin osseux

Le bassin est constitué de 3 os principaux ³, les 2 os iliaques, un droit et un gauche, ainsi que le sacrum, fusion des 5 vertèbres sacrées, qui fait suite à la colonne vertébrale lombaire et au bout duquel se trouve le coccyx, fusion des 4 vertèbres coccygiennes. Les os iliaques se composent eux-mêmes de 3 pièces osseuses qui ont fusionné : l'ilion, l'ischion et le pubis. Le lieu de « fusion » de ces 3 os se nomme l'acétabulum. C'est précisément dans cette cavité que viendra se loger la tête fémorale, pour former l'articulation de la hanche.

Postérieurement, le bassin est articulé par les articulations sacro-iliaques droite et gauche. Ces 2 surfaces articulaires sont en forme de "L" avec un grand bras et un petit bras. Ces surfaces articulaires sont donc les articulations entre le sacrum et les os iliaques. Les 2 branches pubiennes de chaque os iliaque viennent « fermer » le bassin antérieurement par la symphyse pubienne. Il est important de noter que le bassin et ses articulations intrinsèques ont très peu de mobilité en termes de quantité de mouvement ⁴.

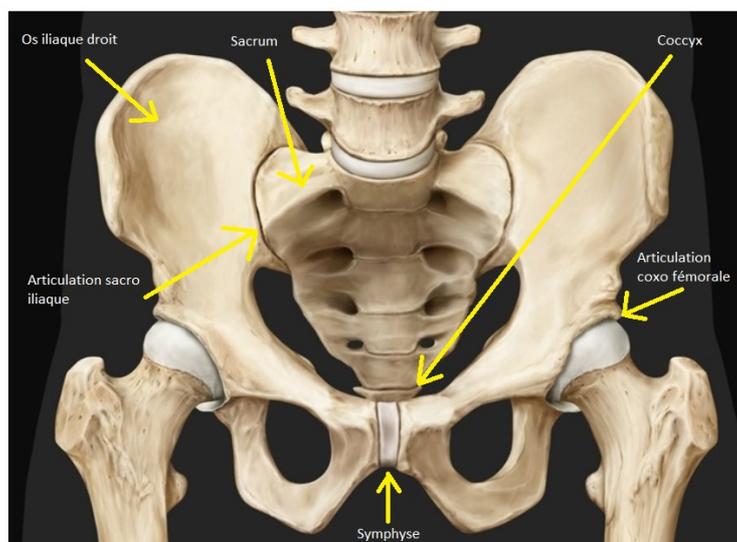


Image tirée de <https://saintesante.com/anatomie/membres/membres-inferieurs/os-iliaque>
Modifiée et légendée par moi-même.



Il existe 5 articulations du bassin ³:

- Devant, la symphyse pubienne
- En haut et en arrière, l'articulation lombo-sacrée
- En bas et en arrière, l'articulation sacro-coccygienne
- En arrière et latéralement, les sacro-iliaque gauche et droite

Bien que les articulations soient peu mobiles, on décrit les mouvements principaux suivants :

- La nutation : Mouvement de rotation antérieure du sacrum par rapport à l'iliaque
- La contre nutation : Mouvement de rotation postérieure
- L'anté et rétroversion du bassin
- Les rotations internes et externes de hanche
- La rétropulsion du coccyx ⁵

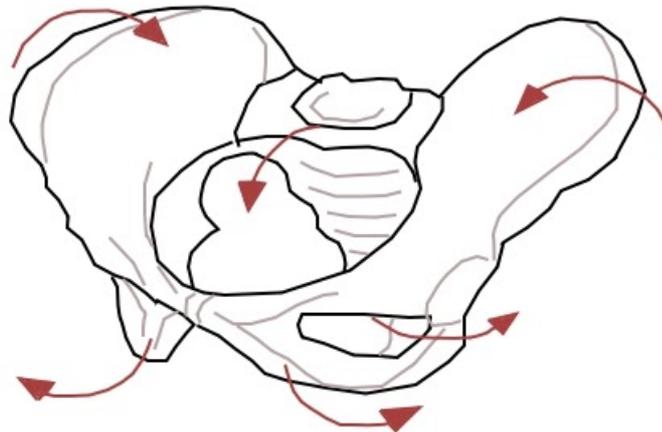


Image tirée de <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/bassinobstetrical/site/html/5.html#5>



1.1.2. Le bassin ligamentaire

Au-delà des surfaces articulaires, un grand nombre de ligaments sont présents autour du bassin ³ :

- Ligament sacro-iliaque (SI) antérieur : partie antérieure de la SI
- Ligament SI interosseux : partie postérieure de la SI
- Ligament SI long dorsal postérieur : de l'EIPS à l'angle inféro-latéral (AIL) du sacrum
- Ligament sacro-tubéral : entre le sacrum et la tubérosité ischiatique
- Ligament sacro-épineux : entre l'AIL et l'EIPI
- Les ligaments ilio-lombaires : entre les derniers processus transverses des vertèbres lombaires et la crête iliaque
- La symphyse pubienne, composée du ligament interosseux entre les 2 branches pubiennes, et surplombant le ligament arqué sous pubien
- Les sacro-coccygiens postérieurs, antérieurs et latéraux qui unissent le sacrum et le coccyx
- Les ilio-transversaires conjugués : entre l'EIPS et les processus transverses du sacrum
- Les sacro-sciatiques : entre l'extrémité inférieure du sacrum et la tubérosité ischiatique

Tous les ligaments ont pour rôle d'assurer un maintien et une stabilité efficiente, notamment dans les mouvements de nutation et contre nutation et ainsi éviter trop de distraction dans les SI ³.

1.1.3. Le bassin musculaire

Le bassin est véritablement un point d'ancrage fort de beaucoup de muscles. On en compte plus d'une trentaine qui s'insèrent sur le sacrum et l'iliaque ³.

- Les abdominaux : le grand droit, les obliques externes, les obliques internes
- Le carré des lombes
- Les extenseurs du rachis, multifides, semi spinaux et rotateurs
- Les fessiers : Grand, moyen et petit
- Les obturateurs interne et externe
- Le carré fémoral
- Les ichios-jambiers
- Le tenseur du fascia lata (TFL)
- Le droit fémoral
- Le sartorius



- L'iliaque
- Les adducteurs de hanche
- Le gracile
- Le pectiné
- Les abducteurs de hanche
- Les rotateurs externes de hanche
- Les rotateurs internes de hanche
- Le psoas
- Le grand dorsal
- Le piriforme
- Les muscles du plancher pelvien

La présence d'autant de muscles permet également d'assurer un maintien de la stabilité des SI en collaboration avec le système ligamentaire abordé ci dessus.

1.1.4. Innervation et vascularisation du bassin

A ce jour, nous avons la connaissance que les SI sont innervées par les racines nerveuses provenant des vertèbres de L5 à S3 ³. La symphyse pubienne est innervée par le nerf pudendal (S2-S4) et par le nerf génito-fémoral (L1-L2). Enfin, de manière plus générale, la ceinture pelvienne est innervée par les racines nerveuses de T12 à S4.

La vascularisation, quant à elle, est assurée par l'artère sacrée latérale et médiale qui s'anastomosent afin de vasculariser le coccyx, le sacrum et la queue de cheval.

Or, d'après les planches anatomiques, nous avons également la connaissance que les dermatomes et myotomes des MIs par exemple, sont également innervés par des racines identiques au bassin et à la région pelvienne, comme l'illustre l'image ci-dessous. Ainsi, il devient alors envisageable et compréhensible qu'en cas de douleurs, des gênes au niveau des MIs, surtout lorsque celles-ci sont bilatéralisées, la clé du problème puisse venir de la région du bassin et du petit bassin.

On peut aisément imaginer que si des LTR sont présentes dans la région du bassin, elles peuvent perturber la circulation optimale jusqu'aux myotomes ou dermatomes effecteurs. Il s'agit alors de douleurs que l'on appelle : les douleurs projetées.

La plus connue et admise de ces douleurs par les cortèges médicaux est la douleur dans la MS gauche et dans la mâchoire due à une souffrance cardiaque tel que l'infarctus ou l'angor.



Une grande partie des douleurs référées des organes du bassin, peuvent dans cette même optique, irradier dans la fesse, le pli de l'aîne, sur les faces internes et externes des genoux ainsi que dans quasi l'ensemble des membres inférieurs (MI) ⁶.

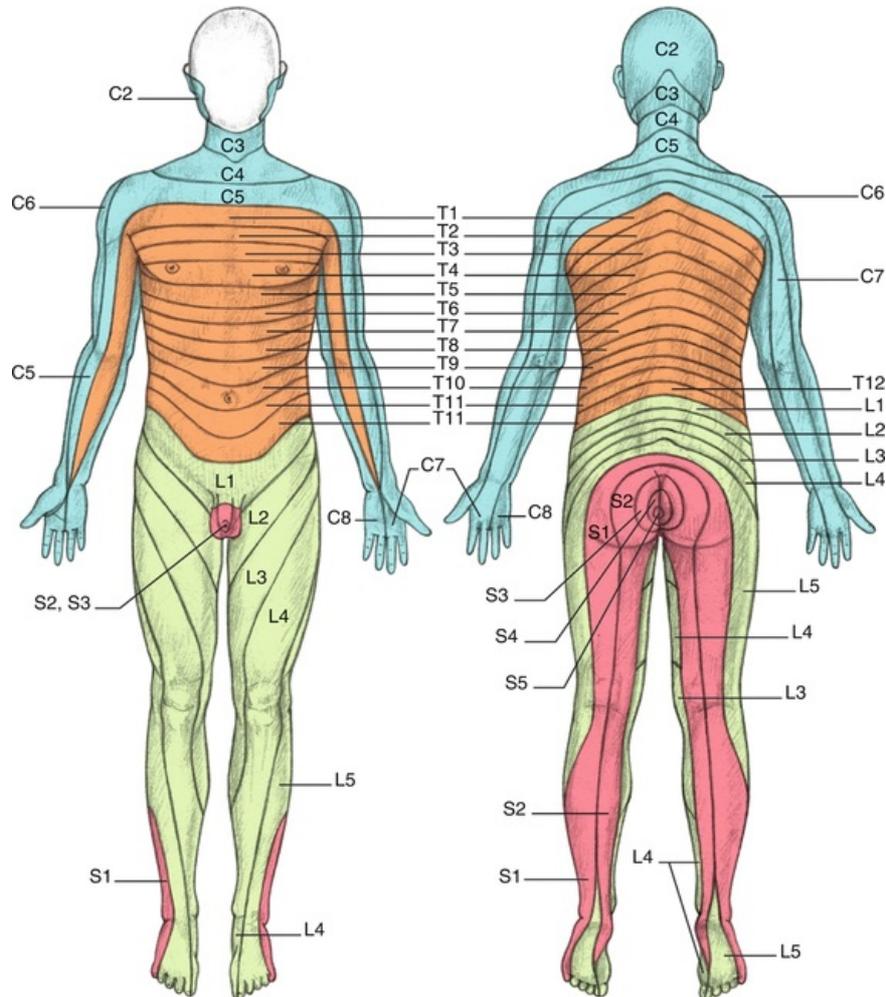


Image tirée de <https://clemedicine.com/2-rappel-anatomique/>



1.2. Intérêts, limites et utilisations du travail interne : quand et pour quelles raisons utiliser ces techniques ?

Dans notre contexte de thérapies manuelles ostéopathiques, les manipulations internes peuvent être utilisées pour diverses raisons. Elles peuvent permettre les traitements typiques suivants ⁷:

- Traiter une névralgie du pudendal, ou syndrome d'Alcock
- Traiter les algies coccygiennes, sacro-coccygiennes et des coccydynies
- Traiter les douleurs in situ lors de rapports sexuels
- Traiter les problématiques autour des sciatiques
- Traiter les problématiques et les douleurs post-partum
- Traiter des douleurs bilatéralisées ou non des membres inférieurs, ex : tendinopathie d'Achille, irradiation face interne ou externe des genoux...

En somme, ce travail interne permet véritablement d'aller chercher les LTR au plus proche des SQS, comme abordé dans les pages précédentes. Les différentes problématiques citées ci-dessus seront abordées de manière plus complète ci-après.

En revanche, il est bon de noter que le travail interne rectal doit être réalisé avec beaucoup de précaution si le patient possède des hémorroïdes importantes avec éventualité de rupture, et présentant un risque de saignements ano-rectaux. Il peut également être contre-indiqué (du moins temporairement) si le patient est dans une phase très aiguë de crises d'hémorroïdes ⁷.

Après avoir abordé l'intérêt du TI et les raisons pour lesquelles il pouvait être indiqué, nous allons aborder dans la partie ci-après le mode opératoire et les buts thérapeutiques.



1.2.1. Mode opératoire

1.2.1.1. Positionnement du patient

Selon les effets recherchés par le thérapeute, la position du patient⁷ sera adaptée pour optimiser l'accès à la SQS :

- Décubitus ventral (DV) : pour travailler davantage la partie antéro-interne (symphyse pubienne, vessie...)
- Décubitus latéral (DL) : cette position permet une recherche et une palpation asymétrique des structures
- A quatre pattes : cette position permet d'étirer le plancher pelvien tout en augmentant la tension des ligaments sacro-tubéral et sacro-épineux, en y associant une contre-nutation du sacrum
- Décubitus dorsal (DD) : plus adapté pour un travail vaginal

A noter que le thérapeute peut également demander au patient de changer de position pendant le travail interne. On peut aisément passer d'un DL à un DV en restant en interne.

1.2.1.2. Positionnement du thérapeute

En règle générale, le thérapeute se tient derrière le patient⁷. Il est d'usage de toujours utiliser, *a minima*, une épaisseur de gants. Pour permettre une pénétration optimale pour le patient, il convient d'utiliser de l'huile prévue pour cet effet ou de la vaseline. Quelle que soit la situation, le thérapeute doit être en mesure de stopper sa manœuvre à tout instant.



1.3. Buts thérapeutiques

1.3.1. Pour une névralgie pudendale ou syndrome d'Alcock

Le nerf pudental est l'un des nerfs principaux responsables de l'innervation du périnée. Il prend naissance au niveau de S1, S2 et S3, puis se dirige vers la pince sacro-spino-tubérale puis vers l'ischion où il se partage en 2 : le nerf périnéal et le nerf dorsal du clitoris ou du pénis. Lors de névralgie pudendale, ce nerf se retrouve comprimé sur son trajet au passage de 3 zones en particulier: tout d'abord au niveau du canal piriforme, ou au niveau de l'épine sciatique et enfin au niveau du canal pudental.

D'après l'article de Pascal Pommerol ⁸, il existe 3 causes principales à l'apparition de ces symptômes :

- Le facteur traumatique, dans un contexte de fracture à proximité.
- Le facteur psychogène (stress, inquiétude...), qui augmenterait la pression dans le petit bassin, ce qui perturberait la vascularisation locale et par voie de conséquence la fonction neurale.
- Le facteur lié à des contraintes mécaniques, comme par exemple une position assise prolongée (exemple du cyclisme), constipation récurrente...

Les plaintes du patient sont majoritairement des douleurs présentes à la position assise sur deux fesses. Ces douleurs ne sont pas présentes en position debout ou sur les toilettes. On ne remarque pas de perte de sensibilité associée à cette compression, ni aucun trouble de la miction pour les selles ou les urines.

Lors du diagnostic, l'anamnèse est prépondérante pour le thérapeute qui aura le loisir d'utiliser les Critères de Nantes ⁹ pour valider ou non son diagnostic. Le tableau des critères de Nantes se trouve dans les annexes.

Le travail par voie interne par un professionnel pourra alors être une nécessité pour chercher à redonner de la souplesse et de l'élasticité au niveau des zones de compression citées ci-dessus. Dans l'article évoqué, Pascal Pommerol aborde la notion de fibrose de l'aponévrose de l'obturateur interne ⁸. Le travail interne sera donc ici abordé dans un aspect "défibrosant" des tissus.



1.3.2. Dans le cas d'algies coccygiennes ou coccygodynies

Les algies coccygiennes ou coccygodynie sont des douleurs très localisées au niveau du coccyx ¹⁰. Ces douleurs sont particulièrement exacerbées lorsque le patient est en position assise mais également lors de tous ses changements de position assis-debout et debout-assis. Ces algies sont d'abord aiguës, puis deviennent souvent chroniques après 2 mois de non évolution environ.

Lors de l'examen et de l'anamnèse, il est fondamental pour le thérapeute de poser des questions autour d'un traumatisme éventuel. Lors de traitement de coccygodynie, le thérapeute réalise le TR avec un seul doigt.

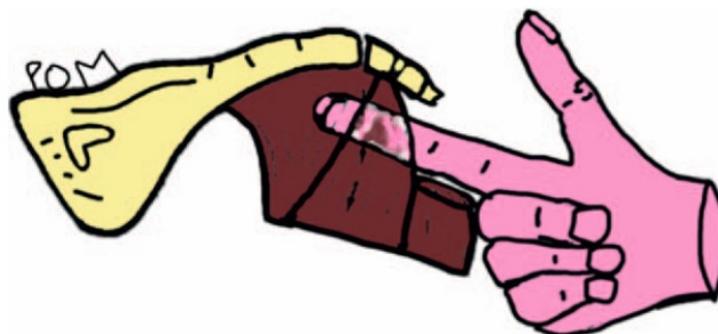
Il appliquera alors une pression douce, en respectant particulièrement l'indolence, en se calquant sur l'expiration du patient afin de libérer les tensions musculaires.

En fonction de la douleur du patient, cette technique ne sera pas abordée dès la première séance, mais plutôt lors de la deuxième ou troisième, si tant est que les manipulations externes réalisées lors de la première séance n'ont pas eu les effets escomptés.

Dans un autre article de Pascal Pommerol ⁷, paru dans Kiné Scientifique, en novembre 2014 concernant le toucher rectal en thérapie manuelle, l'auteur cite Monsieur Jean Yves Maigne pour les descriptions de manoeuvres suivantes :

Pour aborder ces algies le chercheur Jean Yves Maigne a décrit 3 manoeuvres :

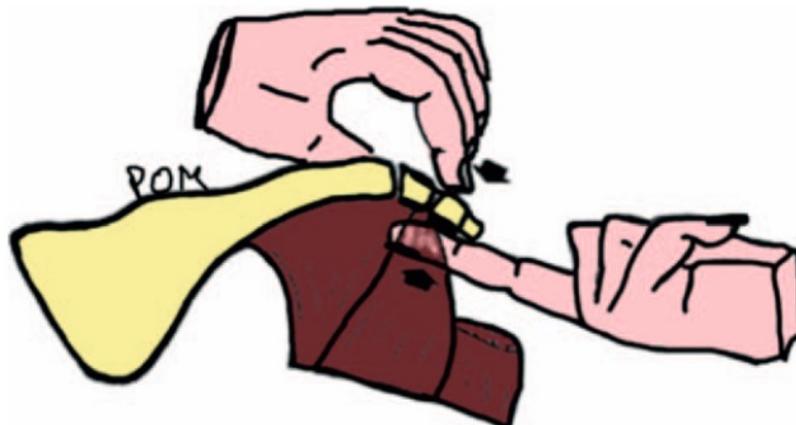
- La technique de Thiele : « Patient en décubitus latéral gauche, le doigt rectal perpendiculaire aux fibres du releveur se déplace le long de la corde contracturée, la face palmaire de l'index au contact du bord latéral du muscle. Massage d'abord doux et court, puis prolongé et plus appuyé quand la contracture musculaire diminue. Ces séances bi- ou tri- hebdomadaires, d'une à 6 minutes, doivent être répétées 5 ou 6 fois pour juger des résultats. Elles sont apprises au patient. »



- La technique de mobilisation du coccyx de Robert Maigne (Rhumatologue) : « Le coccyx est maintenu en nutation, faisant apparaître les articulations sacro coccygiennes [...]. Cette manœuvre semble particulièrement intéressante dans les coccygodynies traumatiques puisque cet auteur décrit avoir un net soulagement (98 sur 128) versus coccygodynies non traumatiques (14 sur 44). »



- La technique de Jean Yves Maigne : « Le doigt interne touche mais ne mobilise pas le coccyx (sans pression sur l'os). Le doigt externe vérifie que le coccyx est maintenu immobile. La manœuvre permet d'étirer le muscle coccygeus, le releveur de l'anus et le sphincter externe. »



D'après une étude réalisée par R.Maigne en 1992 sur les résultats d'une thérapeutique manuelle de la coccygodynie, ces résultats montrent que des traitements manuels tels que décrits ci-dessus additionnés à des traitements classiques, augmentent l'efficacité du traitement « classique ». Les résultats sont satisfaisants pour 25.7% des patients souffrants de coccygodynies à 6 mois et 24.3% à 2 ans ^{7 et 16}.



Le traitement seul en TR ne donne aucun résultat probant, d'après l'étude réalisée en 2003 par Jean-Yves Maigne, traitant de la coccygodynie 7.

Dans ces cas-là, le TR doit vraiment être utilisé comme un adjuvant pour obtenir des résultats satisfaisants. Si l'on compare cela à notre modèle fondamental enseigné à l'IFSO Rennes, on peut largement imaginer cette notion d'adjuvant, dans le cadre de notre recherche de Lésion Tissulaire Réversible (LTR), dans tout le conjonctif du patient et en allant balayer l'ensemble des tissus, du local au général, pour permettre à l'ensemble des tissus de recouvrer ses qualités essentielles à l'épanouissement de leur fonction : la souplesse et l'élasticité.

1.3.3. Douleurs aux rapports

De nombreuses femmes ¹¹ se plaignent de douleurs lors des rapports sexuels et notamment lors de la pénétration. Ces douleurs peuvent s'expliquer encore une fois par une perte de souplesse et d'élasticité des tissus in situ, et en l'occurrence, dans ces cas-là, au niveau du cul de sac de Douglas. Ce cul de sac est un repli du péritoine situé entre le rectum et l'utérus, constitué d'un tissu conjonctif très dense. Ainsi comme pour n'importe quel tissu conjonctif du corps humain, ce cul de sac peut contenir, en son seing, des LTR qui vont diminuer les qualités de souplesse et d'élasticité du tissu. En cas de LTR à cet endroit, des points de fixité pourront apparaître, ainsi il y aura moins de "glissement" entre l'utérus et le rectum de la femme lors de la pénétration dans les rapports sexuels, ce qui pourra entraîner des dyspareunies récurrentes chez ces femmes.

Comme pour les douleurs de coccygodynies abordées ci-dessus, le but du travail interne sera alors pour le thérapeute de venir "lever" les points de fixité et les zones denses du tissu conjonctif. Le thérapeute cherchera à libérer ces zones et permettre un meilleur glissement des tissus les uns par rapport aux autres.



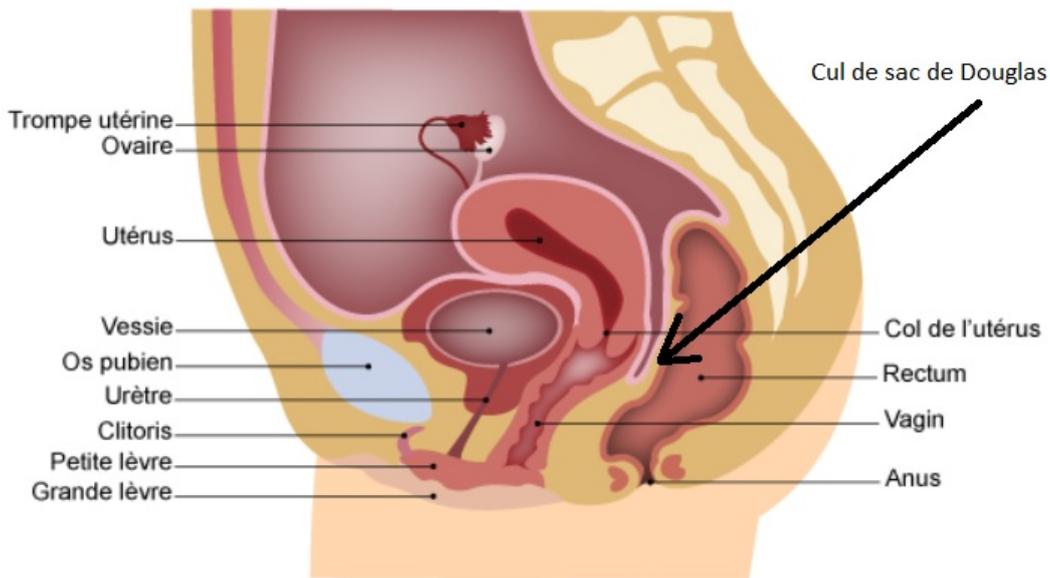


Image tirée de: <https://www.soins-infirmiers.com/discipline/gynecologie-obstetrique/anatomie-de-lappareil-reproducteur-feminin>
et modifiée par moi-même.

1.3.4. Douleurs post-partum

Dans un article de Jean Yves Maigne publié dans le numéro 3 de “Le courrier de la Colo-Proctologie” en juillet-août-septembre 2003, Monsieur Maigne ¹² et ¹⁴ évoque le fait que les coccygodynies communes ont pendant longtemps été incomprises. En effet, il dit même : *“plusieurs hypothèses avaient été proposées pour expliquer l’origine de la douleur, comme par exemple une atteinte des tissus mous péri coccygiens, un spasme des muscles du plancher pelvien, une douleur projetée à partir de la région lombaire, une arachnoïdites des dernières racines sacrées, des lésions locales post-traumatiques, une somatisation etc... Pourtant aucune hypothèse n’avait fait l’objet de la moindre confirmation. D’un autre côté, nous avons toujours considéré que le fait que les patients mentionnent une chute ou un accouchement comme élément déclenchant témoignait d’une origine mécanique de la douleur.”*

Or, selon la littérature et Gray H. In : Longman (ed). Gray’s anatomy Edinburgh 1973 (35th ed) ¹³, *“Les mouvements physiologiques du coccyx sont essentiellement des mouvements de flexion et d’extension [...]. L’extension (mouvement vers l’arrière) est liée à la relaxation de ces muscles et à l’augmentation de la pression intra-abdominale qui survient lors de la défécation et de l’accouchement.”*



Il est donc envisageable d'imaginer que les femmes ayant eu un accouchement par voie basse ont entraîné une "hyperextension" de leur coccyx lors de leur accouchement.

Or dans son analyse des traitements manuels en interne, Monsieur Maigne décrit que les patients qui ont les meilleurs résultats en travail interne sont ceux qui ont une "bonne" mobilité coccygienne ou une mobilité "normale". En revanche, "les patients avec luxation ou hypermobilité avaient des résultats intermédiaires (plus la douleur était intense, moins bons étaient les résultats)."

1.3.5. Douleurs sciatiques

Anatomiquement parlant, le nerf sciatique est, selon l'article paru dans Kinesither Rev ¹⁴ en 2018, "*Point d'anatomie. Focus sur le nerf sciatique et l'élévation jambe tendue : étiologie, test et niveaux de preuve. L'anatomie au service de la clinique*", le nerf le plus volumineux du corps, par son épaisseur et par sa longueur. Il est constitué de fibres nerveuses provenant des racines L4 à S3. Il quitte le pelvis par la grande incisure ischiatique, délimitée par l'os coxal en haut, et le ligament sacro-épineux en bas et en arrière".

Lors de douleurs de types sciatalgies ou sciatiques récidivantes, il peut être largement recommandé d'aller investiguer chez le patient le travail en interne.

En effet, de par son anatomie, ses racines nerveuses émergent des trous de conjugaison L3 jusqu'à S1. Le nerf converge ensuite vers le MI en passant par le petit bassin. De ce point de vue anatomique, il est donc envisageable de penser qu'une LTR sur ce trajet puisse provoquer des douleurs de types sciatiques et/ou sciatalgie dans le ou les MIs.

Classiquement, lors de douleur de ce type, la médecine à tendance à "accuser", de prime abord, la partie lombaire, en périphérie très proche des émergences des trous de conjugaison. Le trajet du nerf en lui-même est alors complètement négligé. Si l'on part du postulat que les LTR sont partout dans le tissu conjonctif, alors le nerf sciatique lui-même ne déroge pas à la règle et peut tout à fait être "porteur" de LTR plus à distance que l'émergence lombaire ou sacrée.

1.3.6. Douleurs bilatéralisées ou non des membres inférieurs et douleurs irradiantes (ex: Tendinopathie d'Achille)

Les douleurs irradiantes ou projetées sont à ce jour peu acceptées par le modèle Médical dans lequel nous évoluons en 2022. La "seule" irradiation reconnue par le système médical actuel correspond aux irradiations de notre organe le plus noble : le cœur.



En effet, tous les médecins du monde entier se sont mis d'accord sur le fait que lorsqu'un patient ou une patiente décrit une douleur projetée ¹⁵ dans l'épaule gauche, et *a fortiori* dans le bras gauche, avec ou non irradiation dans le cou et dans la mâchoire... tous les voyants s'allument en rouge et l'infarctus ou l'angor est visé. Il s'agit d'une situation d'urgence vitale, il faut agir, et vite.

Cependant, lorsque nous essayons d'évoquer des phénomènes similaires pour d'autres organes "un peu moins" vitaux, le monde médical ne valide pas nos théories.

Or, comme abordé dans la partie innervation et vascularisation, en page 12 de ce travail, à ce jour, nous avons la connaissance que les SI sont innervées par les racines nerveuses provenant des vertèbres de L5 à S3 ³.

La symphyse pubienne est innervée par le nerf pudendal (S2-S4) et par le nerf génito fémoral (L1-L2). Enfin, de manière plus générale, la ceinture pelvienne est innervée par les racines nerveuses de T12 à S4 ³.

La vascularisation quant à elle, est assurée par l'artère sacrée latérale et médiale qui s'anastomosent afin de vasculariser le coccyx, le sacrum et la queue de cheval ³.

Or, d'après les planches anatomiques, nous avons également la connaissance que les dermatomes et myotomes des MIs par exemple, sont également innervés par des racines identiques au bassin et à la région pelvienne. Ainsi, il devient alors compréhensible qu'en cas de douleurs, et de gênes au niveau des MIs en général, surtout lorsque celles-ci sont bilatéralisées, la clé du problème puisse venir de la région du bassin et du petit bassin.

Une souffrance des organes du bassin, peut, dans cette même optique, provoquer des douleurs référées dans la fesse, le pli de l'aîne, sur les faces internes et externes des genoux, ainsi que dans quasi l'ensemble des membres inférieurs (MI). Dans la pratique, cela se vérifie d'autant plus chez les femmes, qui, contrairement aux hommes, ont une sphère gynécologique, et donc, plus d'organes dans le petit bassin.

Les jeunes femmes décrivent fréquemment des douleurs au niveau des faces internes ou externes des genoux, ce qui correspond aux zones projetées des souffrances ovariennes. Pour les patients souffrant de tendinopathies bilatérales des tendons d'Achille, les dermatomes correspondant à cette zone correspondant à S1-S2, le lien mécanique de LTR dans cette zone est alors réel ¹⁵.



1.3.7. Aspect traumatique : Chutes, fractures, luxations...

On doit la première description d'une douleur coccygienne, attribuée à une fracture, au grand chirurgien français, Ambroise Paré, au 16ème siècle ^{10 et 14}.

D'après l'article Coccygodynie, les bases indispensables à la prise en charge du coccyx douloureux, de Jean Yves Maigne en 2004, « *Les fractures coccygiennes sont rarissimes (deux cas pour mille dans notre expérience) [...] Ceci se comprend car le point faible du coccyx est l'articulation sacro ou inter-coccygienne et non l'os lui-même. La lésion traumatique par excellence est donc la luxation. [...] Les fractures ne sont responsables que de coccygodynies aiguës, puisqu'elles guérissent spontanément dans un délai de trois à quatre semaines.* ».

En revanche, les luxations, et a fortiori les luxations postérieures sont beaucoup plus fréquentes. Toujours d'après l'article de Maigne, elles représentent environ 20 % des coccygodynies chroniques. D'après Maigne « *la luxation est la lésion post-traumatique par excellence. [...] la faible rotation pelvienne et l'incidence élevée se traduisent par un coccyx ressorti vers l'arrière lors de la chute, donc particulièrement exposé aux blessures.* »

Les signes cliniques pathognomoniques d'une luxation sont les suivants :

- Douleur immédiate lors de la position assise,
- Douleur au relever de la position assise.

On note également que cette douleur est particulièrement intense pour les patients, raison pour laquelle ils consultent généralement très rapidement leur médecin ¹⁰.

En cas de fracture, une intervention interne n'aura, a priori, pas lieu d'être ¹⁷. En revanche, pour des luxations, le traitement manuel aura une efficacité importante, in situ pour venir mobiliser le coccyx dans le sens inverse du mouvement de luxation et ainsi permettre un réalignement des vertèbres coccygiennes. Le thérapeute aura également un rôle à jouer sur la région péri-coccygienne pour détendre toute la partie ligamentaire autour de cette région.

En somme, les raisons qui peuvent motiver les thérapeutes à utiliser le TI sont nombreuses et variées. Nous allons désormais faire un point sur l'aspect législatif concernant les ostéopathes non professionnels de santé, et les kinésithérapeutes.



1.4. Aspect législatif

1.4.1. Législations ostéopathes

A l'heure actuelle, et depuis l'article 3¹⁹ et 20, du chapitre 1, du décret n°20074-435 publié le 25 mars 2007, « Le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe ne peut effectuer les actes suivants:

- Manipulations gynéco-obstétricales
- Touchers pelviens »¹⁹

Ces pratiques ont donc été proscrites pour tous les ostéopathes diplômés. La Cour d'appel de Bordeaux précise : « *Il est un premier fait qui ne peut être contesté : Le Décret du 25 mars 2007... ne suffit pas à caractériser les délits reprochés au prévenu* ». Elle ajoutera ensuite : « *La violation d'un tel décret ne peut à elle seule caractériser le délit pénal d'atteinte sexuelle qui suppose d'une part un but exclusivement sexuel de la part de celui qui le commet, et d'autre part une absence de consentement de la part de celui ou celle qui le subit...* ».

Puis elle conclura : « *Force est de constater que de nombreux ostéopathes, dont les qualités professionnelles ne sont pas remises en cause, pratiquent des gestes en toute connaissance de cause, et en particulier en sachant très bien qu'ils se mettent ainsi en marges des règles de la profession, mais parce qu'ils estiment que de tels gestes produisent un effet thérapeutique majeur sur leurs patients* ».

Or, avec un "simple" titre d'ostéopathe, les manœuvres par voie interne sont interdites aux praticiens. L'article 1 de ce décret est formel : **“Les manipulations sont musculo-squelettiques et myo fasciales, exclusivement manuelles et externes.”**¹⁹

1.4.2. Législations kinésithérapeutes

Concernant la pratique des manœuvres internes pour les ostéopathes anciens kinésithérapeutes²¹ et ²², nous avons les prérogatives de pouvoir pratiquer les manœuvres internes, selon l'avis suivant du Conseil de l'Ordre National des Masseurs Kinésithérapeutes de France, émis les 26 et 27 septembre 2018²², qui font suite à une modification de l'avis des 19 et 20 juin 2013 :



« L'attention des masseurs-kinésithérapeutes est attirée sur le fait que la réalisation d'un toucher vaginal ou rectal quelle qu'en soit l'indication thérapeutique, effectué sans avoir au préalable délivré une information claire et loyale et recueilli le consentement du patient peut revêtir la qualification pénale d'agression sexuelle ou de viol », selon l'article 222-23.

En agissant selon les règles de l'art les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à réaliser des touchers pelviens (vaginal et rectal) à visée bilan diagnostic et thérapeutique, dans le cadre de la prise en charge sur prescription médicale de la rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologiques, gynécologiques et proctologiques. Dans le cadre exclusif du traitement de coccygodynies et en ultime intention, le masseur-kinésithérapeute peut pratiquer un toucher pelvien, sous réserve de respecter les articles R.4321-80, R.4321-83 et R.4321-113 du code de la santé publique.

Dans le cadre de la rééducation périnéo-sphinctérienne et du traitement des troubles lombo-sacré-coccygiens, l'information relative à l'utilité et l'intérêt des investigations pelviennes doit être délivrée au patient de manière claire et loyale. ²²

Dans la prise en charges des troubles du rachis lombo-sacré coccygien, les touchers pelviens peuvent être admis, sous réserve de respecter les conditions suivantes :

- Être détenteur du titre de kinésithérapeute,*
- Intervenir exclusivement sur prescription d'un médecin,*
- Retranscrire sur le dossier médical le processus décisionnel,*
- Ne proposer les touchers pelviens qu'en ultime intention*

Aucun toucher pelvien ne peut être pratiqué sans que le masseur-kinésithérapeute (MK) ait recueilli au préalable le consentement libre et éclairé de son patient. Ce consentement peut être retiré à tout moment et le MK doit respecter ce refus.

Étant convenu que la charge de la preuve de l'obtention du consentement repose sur le praticien qui peut l'apporter par tout moyen (preuve écrite, témoignage...).

Le non-respect de cet avis est susceptible d'entraîner la responsabilité disciplinaire du professionnel, l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes étant chargé de veiller à l'application des règles déontologiques. » ^{22 et 23}

Cependant, l'avis de septembre 2018 a de nouveau été discuté par le conseil de l'ordre, lors d'une séance plénière les 25/26/27 juin 2019.

Les codes de la santé publique L 1111-4, L 4321-1, L 4321-14, R 4321-51 sont toujours en vigueur, et suite à une discussion et délibération, le conseil de l'ordre a adopté l'avis suivant :



« L'attention des MK est attirée sur le fait que la réalisation d'un toucher vaginal ou rectal qu'elle qu'en soit l'indication thérapeutique, effectué sans avoir au préalable délivré une information claire et loyale et recueilli le consentement du patient peut revêtir la qualification pénale d'agression sexuelle ou de viol¹. »

¹Article 222-23. Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. Le viol est puni de quinze ans de réclusion criminelle. ²²

Cependant, en cas de pathologie et de douleurs liées au coccyx, le kinésithérapeute peut proposer un toucher interne en ultime intention et sous réserve de respecter tous les articles ci-dessus.

Quoi qu'il en soit, que la plainte du patient soit d'origine périnéo-sphinctérienne ou lombosacrée-coccygienne, le thérapeute se doit obligatoirement d'expliquer au patient toutes les informations concernant l'utilité et l'intérêt thérapeutique de cette pratique, de manière claire et loyale. Le praticien devra, quoi qu'il en soit, recueillir le consentement libre et éclairé de son patient. Le praticien doit également être conscient que ce consentement peut être retiré à tout moment et le refus du patient doit être scrupuleusement respecté, même si le praticien estime n'avoir pas terminé son acte.

Le praticien devra pouvoir fournir à tout moment le consentement libre et éclairé du patient, sous forme d'une preuve écrite ou d'un témoignage par exemple.

En cas de non respect de tous ces articles, le praticien s'expose aux lois en vigueur, soit un emprisonnement pouvant aller jusqu'à 15 ans et jusqu'à 75000 euros d'amende. Il s'expose également à entraîner la responsabilité du conseil de l'ordre, qui veille au respect des règles déontologiques mises en vigueur. ²³

En résumé, en l'état actuel des choses et de la législation française, les kinésithérapeutes peuvent pratiquer les touchers internes uniquement dans la mesure où ils respectent toutes les règles de l'art, et ce dans une visée diagnostique et/ou thérapeutique, sous réserve que la prise en charge soit faite sur prescription médicale des champs suivants : périnéo sphinctérienne, urologique, gynécologique et proctologique.

Concernant les ostéopathes, les manipulations sont musculo-squelettiques et myofasciales, exclusivement manuelles et externes. Le travail interne est donc formellement interdit aux ostéopathes.



1.4.3. Mise au point du consentement libre et éclairé

Dans une loi éditée le 4 mars 2002 par la Haute Autorité de Santé (HAS), il est bon de noter que la signature d'un consentement libre et éclairé ²⁴, comme vous le trouverez dans les annexes, stipule notamment que *“L'information délivrée par le professionnel de santé à la personne est destinée à l'éclairer sur son état de santé et à lui permettre, si nécessaire, de prendre en connaissance de cause les décisions concernant sa santé en fonction de ce qu'elle estime être son intérêt. Cette information permet notamment à la personne d'accepter ou de refuser les actes à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique qui lui sont proposés. Pour ce faire, l'information porte sur l'objectif, la nature et le déroulement des actes et du suivi envisagés.”* ²⁴

Cette loi se traduit donc par le fait que *“Nous ne pouvons pas traiter un patient sans l'avoir au préalable informé sur ce qui va suivre, de manière à ce qu'il puisse donner son consentement libre et éclairé : Libre, parce qu'il a le droit de refuser les soins, et éclairé parce qu'il doit avoir compris tout ce qui lui a été dit. Il faut utiliser des mots clairs, à sa portée, et ne pas hésiter à lui faire reformuler ce qu'on vient de lui dire.”*, comme l'explique Michel Sala, président de l'Association Française des Ostéopathes (AFO), dans le Kiné Actualité du 15 décembre 2016 ²⁵, L'importance du consentement éclairé du patient.

Le fait d'amener à la signature, par le patient, d'un consentement libre et éclairé implique une communication importante entre le patient et son thérapeute. Nous allons aborder l'importance de la communication thérapeutique ci-après.

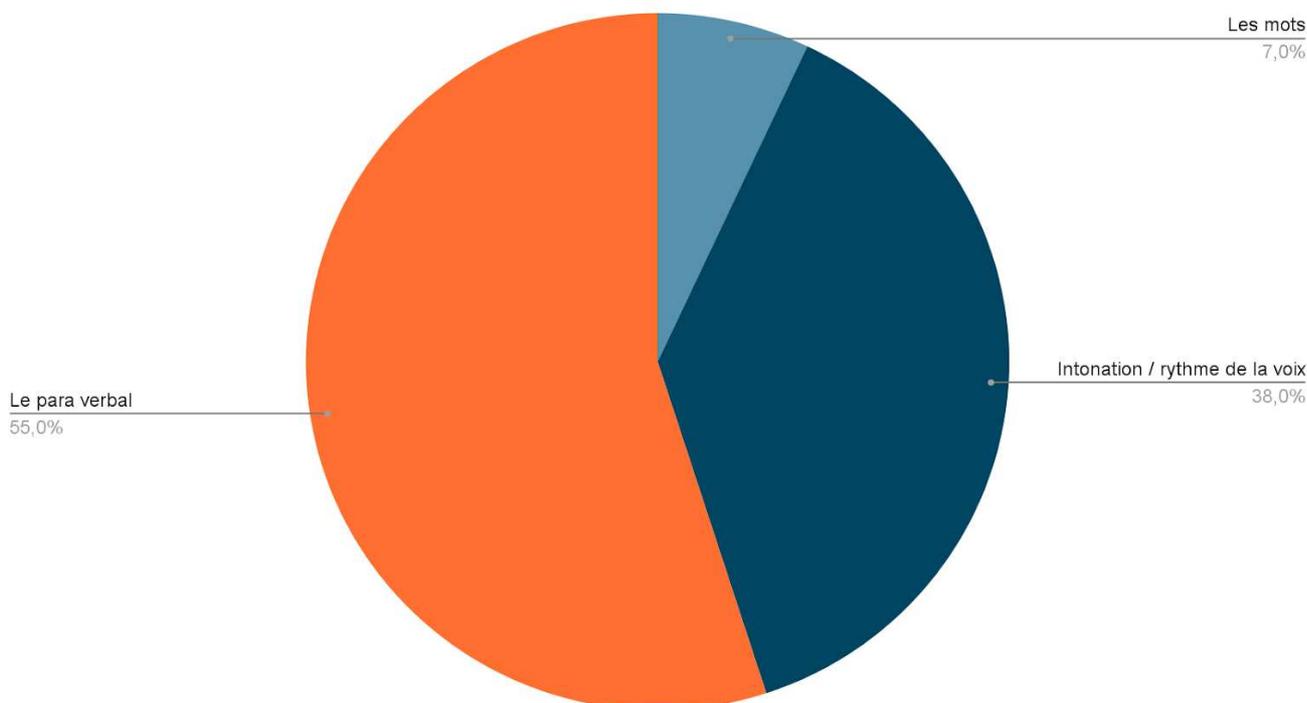


1.5. La communication thérapeutique

Par définition, le terme “*communication*” se définit dans le dictionnaire Le Robert ²⁶, comme : “*Le fait de communiquer, d’établir une relation avec quelque chose ou quelqu’un. L’action de communiquer est donc le résultat de cette action.*” L’une des premières phrases qui a véritablement marqué un tournant dans ma pratique professionnelle en tant que future ostéopathe, et *a fortiori* que j’essaie d’appliquer au quotidien : “*Le message n’est rien, la cible est tout.*” ²⁷

Pour entrer dans une démarche de soin et donc dans une relation thérapeutique, notre communication entre thérapeute et patient doit être la plus adéquate possible pour obtenir les meilleurs résultats escomptés. Empiriquement, la qualité des résultats du soin sera majorée si le patient se sent compris par son thérapeute, si leur communication est claire et adaptée. D’après Monsieur Jérémy Cuna ²⁸, psychologue à Angers, “Lorsque l’on explique quelque chose à quelqu’un, nous voyons tout de suite sur son visage si c’est compris ou non.” Pour élaborer une relation de confiance entre deux personnes, il est nécessaire qu’il y ait une congruence entre le langage verbal et le non verbal. D’après la roue de la communication abordée par Jérémy Cuna, l’importance de la communication se répartit de la manière suivante :

Répartition de la communication



D'après ces pourcentages ²⁸, nous nous rendons compte qu'il est impossible de ne pas communiquer avec quelqu'un. A partir du moment où l'on se regarde, et encore plus dans notre domaine, à partir du moment où l'on se touche, la communication démarre instantanément. Il est donc très important d'avoir à l'esprit qu'un patient, comme tout Être humain, nous dit ce qu'il veut, mais nous montre, avec son paraverbal, ce qu'il ne veut pas. Le thérapeute doit donc parfois faire face à une dichotomie marquée entre les paroles du patient et ses émotions.

Dans notre société actuelle, nos patients arrivent dans nos cabinets en étant de mieux en mieux informés sur leur pathologie. Grâce aux outils, notamment informatiques, aux émissions télévisées, aux moteurs de recherche etc... Ils peuvent désormais se renseigner très rapidement sur ce qu'ils pensent avoir et sur les modes et moyens de guérison. Leurs croyances sont très fortes. Chaque Être humain devient en quelque sorte "expert" de tout. Au-delà de leurs connaissances sur leur pathologie, ils sont également de mieux en mieux renseignés sur leur droit et sur les nôtres. Nous sommes de plus en plus dans une société où chaque faits et gestes de qui que ce soit peut être utilisé contre lui-même, face à des avocats ou des tribunaux. Lors de notre prise en charge, il est donc capital d'accepter dans un premier temps leurs croyances, puis, si celles-ci sont erronées ou incomplètes, de les amener progressivement à les déconstruire et à changer de point de vue. Le but ultime de cette démarche est de trouver et d'atteindre une alliance thérapeutique. Le plus important dans une communication thérapeutique n'est pas véritablement ce que l'on dit, mais ce que l'autre comprend. Au besoin, nous devons également être en mesure de nous défendre légalement, avec des pièces concrètes et des dossiers papiers écrits en cas de procédure devant des juges par exemple.

A l'annonce d'un travail interne, nous, thérapeutes, devons être particulièrement attentifs aux réactions non verbales de notre patient, car nous savons que cet acte n'est pas banal pour le commun des mortels.

Il sera du devoir du thérapeute de s'assurer de la congruence de notre patient entre son langage verbal et non verbal. Car, en cas d'acceptation plus ou moins contrainte et forcée du patient verbalement, si son langage non verbal n'est pas en adéquation, il deviendra alors pour le thérapeute très risqué de l'aborder par voie interne.

Il sera fondamental d'avoir une vraie conversation sincère avec le patient pour lui expliquer tous les tenants et les aboutissants, mais surtout que l'on soit absolument sûr et certain de sa compréhension pour ne pas risquer par la suite des problématiques légales. La signature du consentement libre et éclairé prend ainsi tout son sens dans cette mesure.



Dans l'idée de créer la meilleure communication thérapeutique avec son patient, et par voie de conséquence la meilleure alliance thérapeutique, l'université de Montréal a créé un modèle très concret, dont le leitmotiv est le suivant « Patient partenaire ».

D'après la revue du praticien ²⁹, vol.66 du mois d'avril 2016, « L'université de Montréal a décidé de construire de réels partenariats entre professionnels de santé et patients. Ces derniers, selon leur niveau d'expertise, interviennent aussi bien pour améliorer la qualité du parcours de soins que dans des activités de recherche ou de formation des futurs professionnels de santé. »

Ainsi, il a été démontré par ces chercheurs Canadiens que plus le patient est investi et participe à sa propre rééducation, plus les résultats obtenus seront bons, comme l'explique très bien le cadre théorique du continuum de l'engagement des patients inspiré de Carman et al. de 2013 ³¹, que vous trouverez en annexe.

Ce modèle s'appuie vraiment sur le fait qu'il est primordial de ne pas brûler les étapes dans la construction d'une démarche de soin, et a fortiori lorsque cette démarche s'inscrit véritablement dans la sphère très intime du patient. Il apparaît donc essentiel d'informer, puis consulter, puis faire participer, pour aboutir ensemble à une construction de leadership partagé entre le patient et le soignant, et tout ceci, évidemment sous couvert de bienveillance et de la défense des droits du soignant, envers le patient.

Depuis les années 50 jusqu'à l'aube des années 1990-2000, le modèle de soin était dit « paternaliste ». Les soignants savaient ce qui était bon pour le patient et le patient n'avait pas vraiment son mot à dire. A partir des années 2000, nous avons commencé à aborder les notions d'approche « centrées » sur le patient. Le patient était alors en position centrale, et les partenaires de soins gravitaient autour de lui pour offrir les meilleurs soins possible. A l'heure actuelle et depuis les années 2010, la tendance est véritablement à l'implication du patient lui-même dans sa démarche de soins. Il doit en être l'acteur principal, accompagné du corps médical pour obtenir les meilleurs résultats imaginés.

Le schéma ³⁰ ci-dessous résume l'évolution des approches de soins.



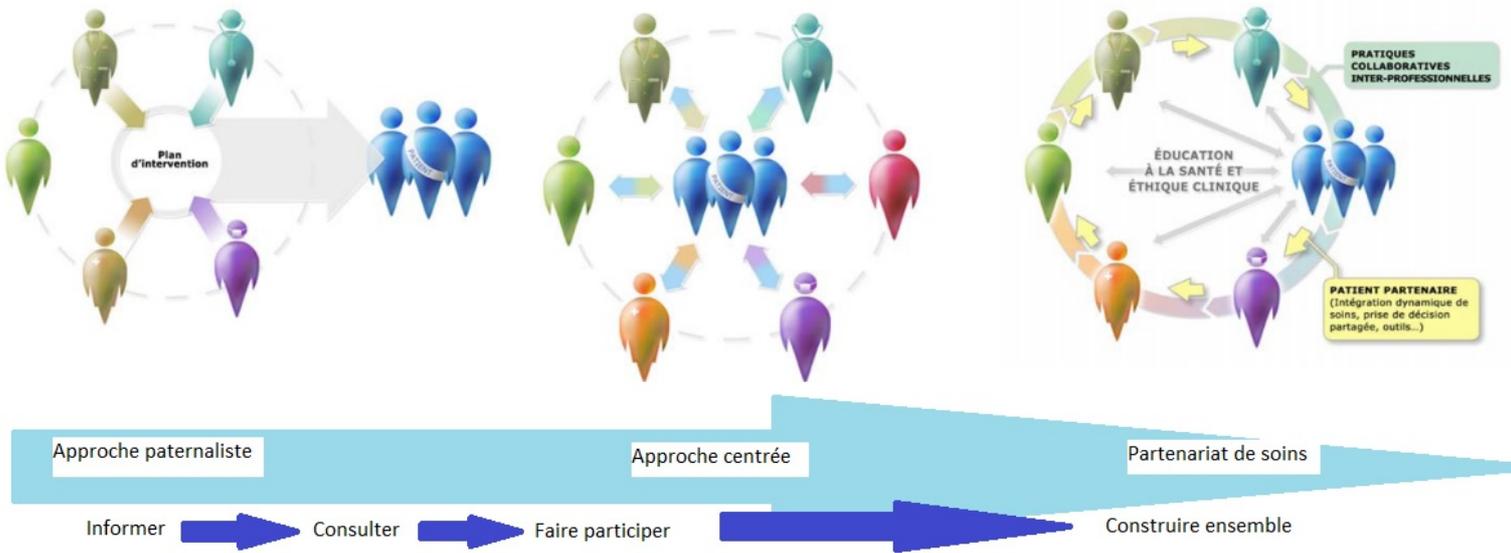


Image extraite du site <https://www.kairospresse.be/globalite-partenariat-autonomie-en-sante-quand-lurgence-balaie-tout-mais-revele-lessentiel/> et modifiée par mes soins



2. HYPOTHESE

Préambule :

Au vu de l'efficacité démontrée du travail par voie interne chez nos patients dans de nombreuses pathologies, le travail par voie interne, est d'un intérêt capital pour le patient dans le cadre d'une prise en charge globale et holistique.

Les buts thérapeutiques et les symptomatologies pouvant être abordées sont nombreuses et variées, et ont déjà fait l'objet de bons nombres d'articles scientifiques, comme décrit dans cette première partie. L'intérêt majeur d'un travail interne est très clairement le fait de pouvoir aborder les problématiques au plus près des SQS de nos patients.

Hypothèse :

Au vu de la réglementation en vigueur, l'abord du patient avec une communication thérapeutique adaptée est fondamental dans une prise en charge incluant un travail par voie interne par un praticien formé à ce travail.



3. EXPÉRIENCE DE CAS CLINIQUES

3.1. Mon expérience clinique

Dans le contexte de mon expérience clinique, expliquée dans ma partie contextualisation, j'ai fait une anamnèse précise sur le cas de ma patiente, qui m'a alors amené à poser le diagnostic de LTR au niveau coccygien. A partir de ce postulat, il m'a alors semblé cohérent d'élaborer un plan de traitement incluant un travail par voie interne. S'en sont suivis les échanges suivants avec Hélène Duval.

Entretien par messages avec Hélène Duval

Date : 06.05.20, le matin 09h56

Lieu : Hélène DUVAL est dans son cabinet à Angers. Pauline GERMAIN est dans son cabinet à Genève.

- *Pauline*: Hello Hélène, Question très pro... une amie a chuté lourdement en roller sur le coccyx il y a 3 semaines. Douleur légère à la percussion... mais surtout douleur +++ à la défécation et au changement de position assis debout. J'ai travaillé le sacrum, le bassin et la sphère viscérale il y a 10 jours. Un peu mieux sur le transit pendant quelques jours mais pas beaucoup plus... Penses-tu qu'un travail interne peut être indiqué? Merci beaucoup pour ton aide !"

- *Hélène*: Bonjour Pauline, Oui, il me semble qu'un travail interne soit indiqué avec travail de tout le pourtour ligamentaire coccygien en plus de la vérification du bon alignement des vertèbres coccygiennes. Voila Pauline!
Belle journée.

- *Pauline*: Merci beaucoup. Je vais voir si je me lance... Ce serait quand même une première... Ça me fait peur!"

- *Hélène*: Il faut l'aborder sur le côté, c'est plus simple.

- *Pauline*: En DL?

- *Hélène*: Oui

- *Pauline*: Merci pour tes conseils.



- *Hélène*: N'hésite pas si tu as d'autres questions plus précises, au besoin on se téléphone.
- *Pauline*: Ouiiii je veux bien qu'on s'appelle. Je suis dispo vers 11h45 si ça va pour toi.
- *Hélène*: Non je suis avec un patient, dispo après 13h10.
- *Pauline*: OK

Entretien téléphonique avec Hélène Duval :

Date : 06.05.20, l'après midi 13h10

Lieu : Hélène DUVAL est dans son cabinet à Angers. Pauline GERMAIN est dans son cabinet à Genève.

- *Pauline*: Bonjour Hélène, je pense que tu as bien compris que ce travail interne, qui plus est sur mon amie, me met pas mal de pression.
- *Hélène*: Bonjour Pauline, il n'y a pas de raison particulière pour avoir autant de pression. Il s'agit d'un acte thérapeutique, à la recherche d'une lésion et dans le but de la soulager de ses symptômes.
- *Pauline*: Ok... mais je ne sais même pas comment procéder...
- *Hélène*: Tout d'abord, lors de son prochain rendez-vous, tu lui expliques notre conversation. Tu lui dis que tu es venue te renseigner auprès de moi, que nous en avons discuté et que nous pensons réellement que dans son intérêt à elle, cet acte est sans doute inévitable pour aller mieux. Il faut que les choses soient claires pour elle, afin d'obtenir son consentement libre et éclairé. Tu l'informes également qu'à tout moment elle peut décider d'interrompre le traitement et que tu accepteras cela sans aucune discussion.
- *Pauline*: Ok.
- *Hélène*: Ensuite, tu commences d'abord ta séance par un travail externe pour aller revérifier le bassin, les SI, les lombaires. Une fois ce check terminé, tu installes ta patiente en DL, en position de chien de fusil, avec une serviette posée sur ses jambes et son bassin pour son confort et son respect.



Tu utilises un gant et une huile pour travail interne. Tu t'installes derrière elle et tu gardes un contact avec ta main non gantée sur son flanc. Au moment de la pénétration rectale, avec ton majeur, tu la préviens et tu entres doucement car la zone peut être hypersensible et douloureuse. Bien que tu sois derrière elle, tu gardes la communication avec elle pour savoir comment elle va et tu lui demandes de verbaliser s'il y a un souci.

- *Pauline*: D'accord pour la mise en place. Mais une fois que je suis dedans... qu'est ce que je fais?

- *Hélène*: (Rires!) Comme d'habitude! Tu vas à la recherche de tes LTR. Alors tu procèdes de la même manière dans ta recherche. Tu cherches LTR, donc par définition tu cherches des zones qui sont : Grosse, dure et sensible quand on y touche. Tu cherches donc des LTR en regard et au pourtour du coccyx qui a l'air d'être la SQS de cette patiente. Tu vérifieras également le bon alignement des vertèbres coccygiennes. Il s'agit ni plus ni moins d'une recherche de LTR classique, sauf que tu te sers uniquement de ton ressenti manuel, sans feed back visuel.

- *Pauline*: Merci beaucoup pour tes conseils. Je me sens un peu plus armée pour le réaliser.

- *Hélène*: Je sais que tu vas y arriver et que tout va bien se passer. On s'appelle après cela pour un débrief. Fais-toi confiance.

- *Pauline*: Merci beaucoup... Je mets tout cela en place ce soir avec elle vers 18h. Je te tiens au courant.

Entretien par messages avec Hélène Duval :

Date : 07.05.20, matin 08h39

Lieu : Hélène DUVAL est dans son cabinet à Angers. Pauline GERMAIN est dans son cabinet à Genève.

- *Pauline*: Mission réussie... J'attends son retour du jour et je te fais un débriefing! Merci beaucoup pour tes précieux conseils.

- *Hélène*: TOP! On s'appelle quand tu veux.



Entretien téléphonique avec Hélène Duval :

Date : 12.05.20, l'après midi 13h15

Lieu : Hélène DUVAL est dans son cabinet à Angers. Pauline GERMAIN est dans son cabinet à Genève.

- *Pauline*: Bonjour Hélène, alors franchement, je suis vraiment très heureuse. J'ai pu mettre en pratique tout ce que tu m'avais conseillé. Les résultats ont été vraiment très positifs pour elle, et pour moi... dès les quelques minutes qui ont suivi le traitement.

- *Hélène*: Bonjour Pauline, raconte-moi précisément.

- *Pauline*: Lorsqu'elle est arrivée elle était toujours très algique, notamment dans les montées d'escaliers, la course à pied, les passages assis debout et vice versa, et surtout pour aller à selles. J'ai vraiment suivi tous les conseils que tu m'avais recommandés, en abordant d'abord la sphère externe, avant de passer à l'interne. Au début du TR, ma patiente a été très douloureuse et me décrivait précisément des zones très sensibles. J'ai d'abord travaillé en poncing très doux autour du coccyx, en regard de tout le système ligamentaire coccygien. Après quelques minutes de travail je sentais déjà un changement de conjonctif au niveau des tissus. Un relâchement concret de la zone, avec une réelle sensation de "gagner de la place en son sein" et en mobilité du coccyx. Elle même, sentait très nettement que les tensions diminuaient au fur et à mesure malgré l'inconfort persistant. Après avoir terminé le travail de poncing, j'ai cherché à exercer des petites tractions légères du coccyx en "attrapant" le coccyx entre mon majeur interne et mon pouce externe. Comme lors du poncing, cette manipulation était sensible au début, puis quasiment plus à la fin.

Lorsque j'ai estimé avoir fait le travail nécessaire, j'ai demandé à ma patiente de se rasseoir sur la table puis de se mettre debout pour évaluer la différence avant/ après. Elle ne ressentait alors qu'une très légère sensibilité qui n'était pas du tout invalidante. Nous avons ensuite prévu d'aller marcher un peu ensemble ce soir-là et je m'étais justement dit que le fait de faire "fonctionner" les MIs, et le corps dans sa globalité lui serait favorable après le traitement. La première surprise fût de voir qu'elle ne ressentait quasiment plus de douleurs dans les escaliers ni dans les montées. Le lendemain matin, elle m'a écrit un message en me disant que vraiment les douleurs étaient quasiment inexistantes... dans toutes ses activités de la vie quotidienne (AVQ).



Le 08.05.20 au matin soit à J+2, elle m'a écrit pour me dire qu'elle ne ressent plus aucune douleur dans ses AVQ, qu'elle peut retourner à selles sans aucune difficulté ni appréhension, et même qu'elle a pu retourner courir sans douleur ni pendant, ni après!

- *Hélène*: Bravo pour ce beau travail. Je suis très heureuse pour toi, et pour elle! Du coup, je profite de cette opportunité... As-tu déjà une idée de sujet pour ton TER? Ça peut être un joli sujet intéressant pour toi comme tu l'as déjà expérimenté.

- *Pauline*: Alors je t'avoue que je ne m'attendais pas du tout à ce genre de proposition de ta part... Je vais y réfléchir! En tout cas encore une fois merci pour le temps que tu m'as accordé dans cette démarche. Passe une très belle journée.

- *Hélène*: Avec plaisir. Belle journée à toi également.



3.2. Retour d'expériences de professionnels pratiquants le TI

A la suite de cette expérience de traitement par voie interne, et des résultats obtenus, je me suis alors posé certaines questions et je me suis demandé comment ce type de travail était pratiqué par les ostéopathes en général, mais aussi comment celui-ci était vécu par les patients. J'étais partagé entre mes connaissances récentes concernant la législation et mes connaissances empiriques, des thérapeutes que je côtoie et qui ont de très bons résultats sur les symptômes des patients en utilisant les manipulations internes. L'idée d'aller questionner les thérapeutes directement était de pouvoir faire un lien entre la législation en vigueur et la réalité du terrain.

Dans le but de collecter un maximum de retour d'ostéopathes diplômés d'état pratiquant ou non le travail par voie interne, j'ai créé un questionnaire de 20 items visant à savoir comment ces thérapeutes abordent cette approche avec leurs patients.

Le but de mes questions était orienté sur le fait de comprendre et connaître globalement les raisons qui les poussent à utiliser ce genre de traitement, ainsi que les modalités employées vis-à-vis des patient(e)s.

J'ai choisi de collecter les données par l'intermédiaire d'un questionnaire Google form que j'ai ensuite posté sur le réseau des ostéopathes diplômés de l'IFSO Rennes et j'ai sollicité leur réponse par retour de mail. J'ai également envoyé ce questionnaire à toute l'équipe pédagogique de Bretagne Ostéopathie et j'ai utilisé le réseau des formateurs qui connaissent d'autres ostéopathes qui pratiquent le TI.

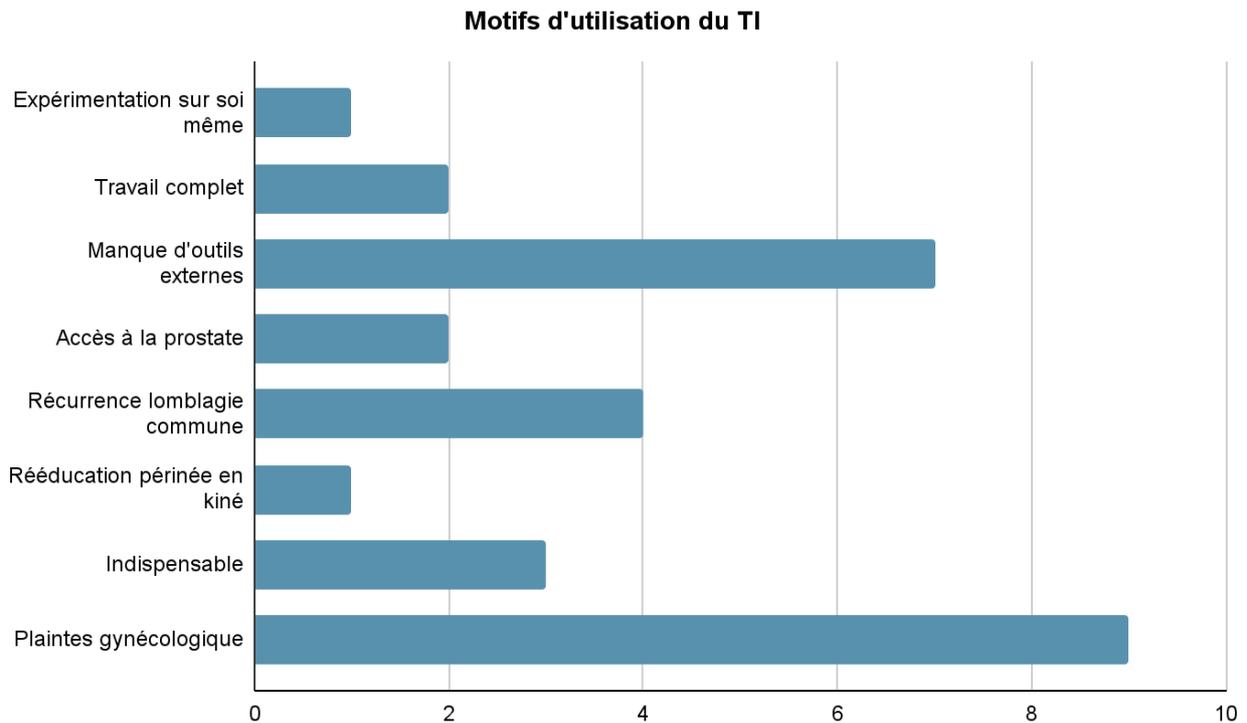
Ce questionnaire "*Thérapeute*" est visible dans les annexes de ce TER.

J'ai reçu 24 questionnaires de thérapeutes diplômés en ostéopathie. Parmi les répondants, 54,2 % sont des hommes et 45,8 % des femmes. Seulement 33,3 % d'entre eux ont un diplôme d'ostéopathe uniquement, alors que 66,7% sont diplômés en MKO. Les diplômes d'ostéopathie ayant tous été obtenus entre 1985 et 2021.

Dans cette cohorte de thérapeutes, 70,8 % pratiquent le travail interne chez leurs patients qui, selon eux, le nécessite. Les plus anciens thérapeutes le pratiquent depuis 30 ans et depuis une année pour les plus jeunes praticiens. Concernant les 29,2 % de thérapeutes qui ne pratiquent pas le travail interne, je leur ai demandé de ne pas répondre à toutes les questions suivantes, mais de se rendre directement à la question 20. Cette question étant : "*La législation en vigueur est-elle un frein pour vous dans cette pratique?*".

Le choix des thérapeutes, et les raisons qui les poussent à utiliser ou non le travail interne est très exhaustif, c'est pourquoi j'ai choisi de les synthétiser dans la figure ci après:





Dans ce graphique, il faut comprendre dans l’item « Manque d’outils externes », la notion d’insuffisance d’efficacité des techniques par voie externe.

Ainsi, nous nous rendons bien compte que les plaintes concernant la sphère gynécologique chez les femmes sont largement dominantes dans le choix de ce travail interne. Cependant, les thérapeutes mentionnent à part quasiment égale le manque d’outils externes pour aborder certaines pathologies chez leurs patientes, ce qui les incite fortement à utiliser les techniques internes.

Parmi tous ces praticiens, 41,2 % n’ont suivi aucune formation pratique concernant le TI contre 58,8 % qui se sont, eux, formés à cette approche. 23.5 % d’entre eux ont suivi des formations de communication thérapeutique pour les aider à aborder ces notions.

Concernant l’aspect émotionnel de cette approche, les mots qui reviennent le plus souvent dans ces questionnaires sont :

- *simplicité*
- *respect*
- *adaptation*
- *écoute*
- *proposition*



Dans l'ensemble donc, les professionnels interrogés ont précisé dans la question ouverte qu'ils prennent le temps de discuter avec le patient et de recueillir ses émotions.

Pour deux d'entre eux, cette approche est amenée en dernier recours, dans le cas où les autres traitements et les abords par voie externe n'ont vraiment pas obtenu de résultats concluants.

Au sein de ces praticiens,

- 82,4 % pratiquent le TI sur des femmes,
- 17,6 % qui ne le pratiquent jamais sur des femmes.

De plus,

- 76,5 % des thérapeutes pratiquent le TI sur des hommes
- 23,5 % qui ne traitent jamais les hommes en interne.

Cependant, en règle générale, ces thérapeutes traitent de manière globale,

- 70,6 % de femmes
- 29,4 % d'hommes.

Ce ratio très largement à l'avantage des femmes s'explique sans doute par le fait que les plaintes les plus traitées par les répondants concernent en très grande partie la sphère urogynécologique et le petit bassin féminin.

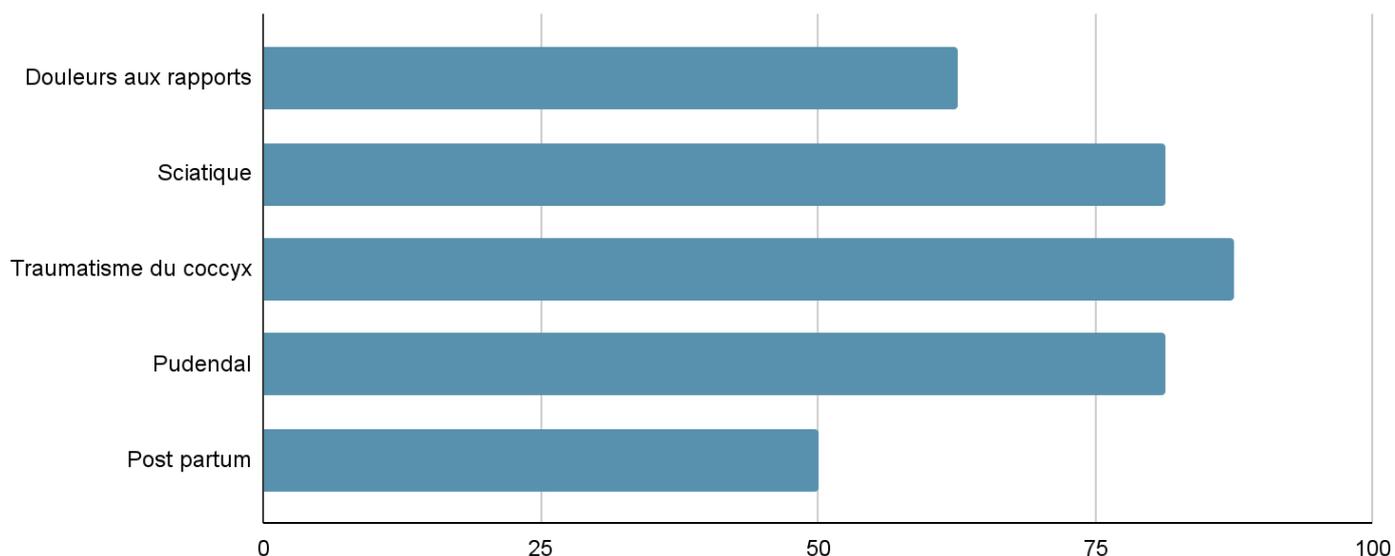
Parmi les thérapeutes questionnés, 41,2 % de ceux-ci font signer un consentement libre et éclairé à leur patient, contre 58,8 % de thérapeutes qui ne le font pas.

On note tout de même que 76,5 % des thérapeutes ne proposent jamais le TI en 1ère intention, mais laissent le temps de réflexion au patient pour une séance future. Dans plusieurs des réponses courtes données, les thérapeutes attendent même que ce soit le ou la patiente qui relance le thérapeute sur le sujet. Les thérapeutes qui mentionnent cela ont ainsi le sentiment de laisser complètement libre le patient dans son choix.

Concernant les pathologies traitées par les thérapeutes, celles-ci sont abordées dans le graphique suivant :

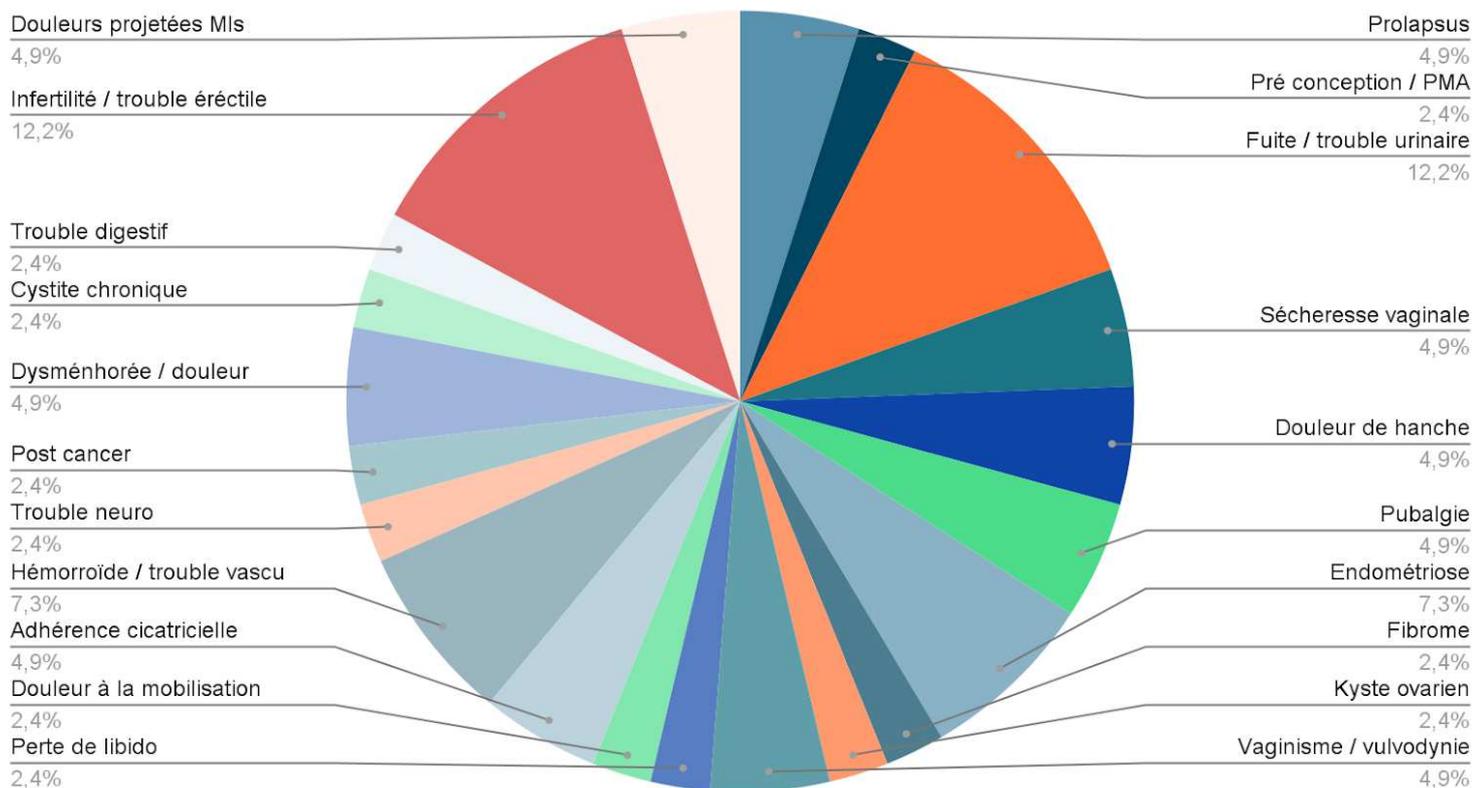


Pathologies traitées principalement



J'avais volontairement laissé une case "autre", pour que les thérapeutes puissent mentionner d'autres pathologies qu'ils traitent également en interne. Une nouvelle fois, les réponses sont très exhaustives et répertoriées dans le camembert suivant :

Autres motifs de TI

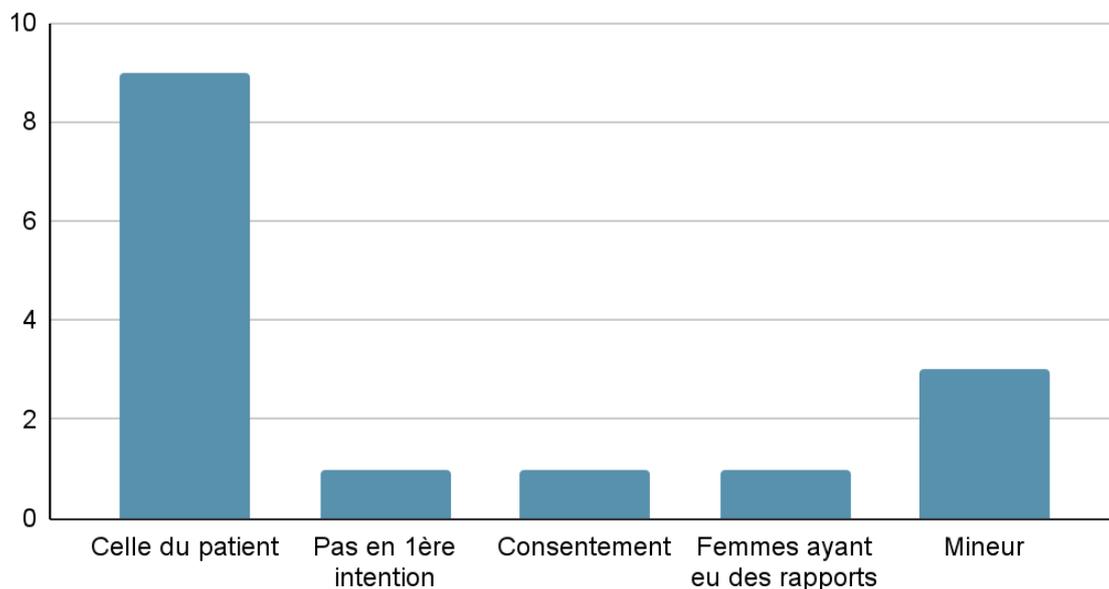


Selon les thérapeutes, 70,6 % de leurs patients acceptent facilement l'abord par TI, contre 29,4 % qui ont plus de difficulté à accepter cet abord.

J'ai questionné les thérapeutes sur les causes qui pouvaient potentiellement les limiter à travailler en interne. Pour 41,7 % d'entre eux, les fractures contre indiquent ce travail, 66,7 % se limitent lors d'antécédents psychologiques du patient tels que des viols ou des attouchements. Enfin, 58,3 % se sentent limités par l'aspect législatif.

En plus de ces 3 limites que j'avais décidées dans cette question, j'ai également laissé aux thérapeutes le choix de citer d'autres limites, dont les résultats sont cités ci-dessous :

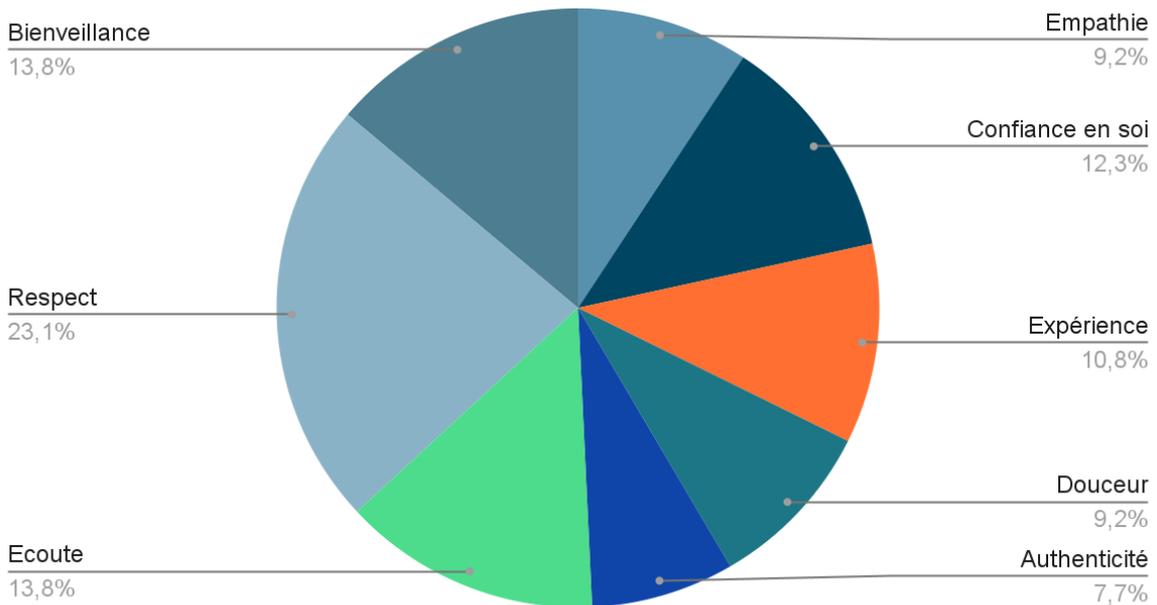
Limites au travail interne



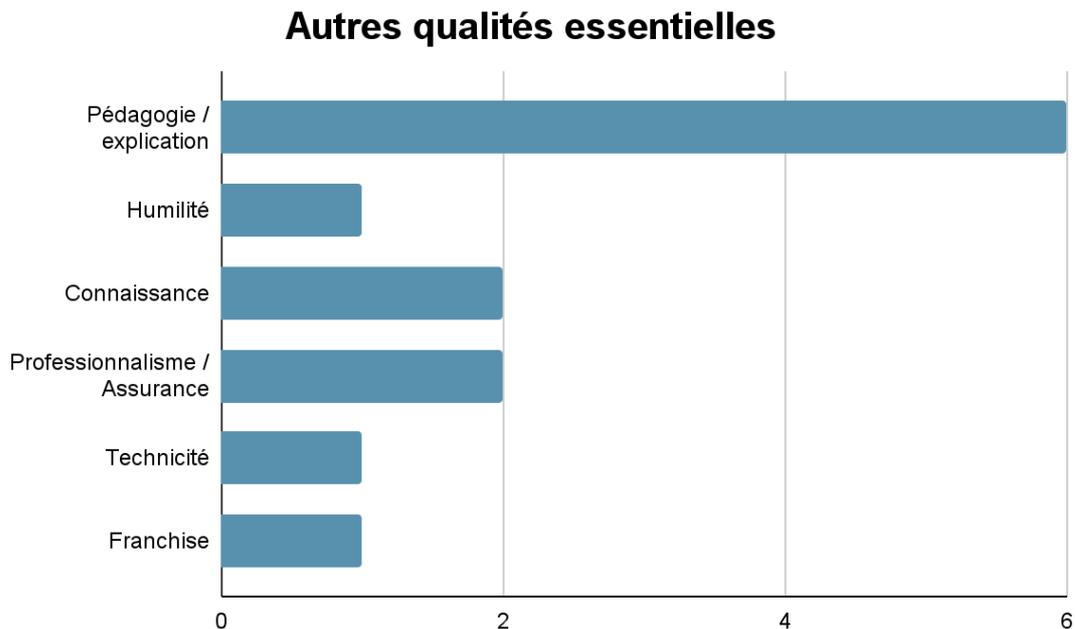
Il m'a semblé pertinent de demander aux thérapeutes quelles étaient selon eux les qualités essentielles que devait avoir un thérapeute lorsqu'il propose un travail par voie interne à ses patients. Pour 88,2 % de ces thérapeutes, le respect figure en tête parmi les 3 qualités essentielles, suivi à égalité par l'écoute et la bienveillance pour plus de la moitié des thérapeutes. Le graphique ci-dessous ne représente pas les mêmes chiffres puisqu'il fait les moyennes des 3 qualités de thérapeutes. On remarque cependant très bien les 3 qualités principales sur la gauche du camembert.



Qualités du thérapeute



J'ai également demandé aux thérapeutes s'ils pensaient que d'autres qualités auxquelles je n'avais pas pensé leur paraissaient essentielles. Leurs réponses se trouvent dans le graphique suivant :

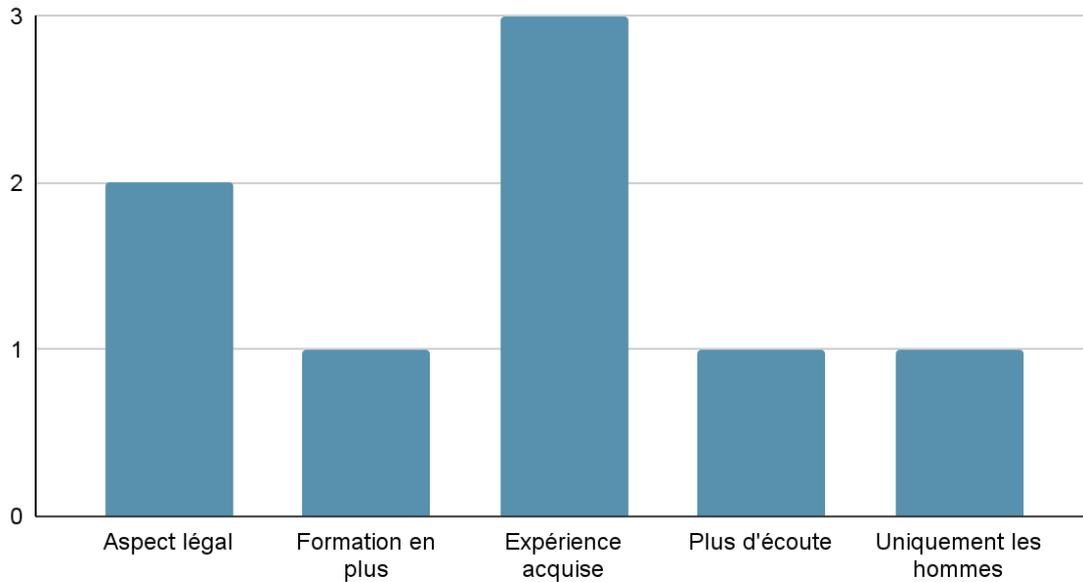


La notion de pédagogie et dans une plus large mesure la manière d'expliquer clairement et simplement l'acte est apparue dans 6 questions ouvertes de la part des thérapeutes.

Entre le début de leur travail par voie interne et aujourd'hui, malgré les années d'expériences accumulées par ces thérapeutes, 35,3 % d'entre eux n'ont pas changé leur discours ni leur manière d'aborder ce TI. Cependant 64,7 % l'ont modifié; les raisons de ces changements de discours sont représentés dans le graphique suivant :



Motifs de modification du discours



Enfin, pour terminer ce questionnaire, j'ai demandé aux professionnels si selon eux, la législation en vigueur pouvait être un frein dans leur manière d'aborder le travail interne. Pour 45,8 % d'entre eux, il s'agit clairement d'un frein, alors que pour 54,2 %, cela ne pose aucun problème. A noter que 100 % des thérapeutes répondants à ce questionnaire ont été réintégrés à cette dernière question.



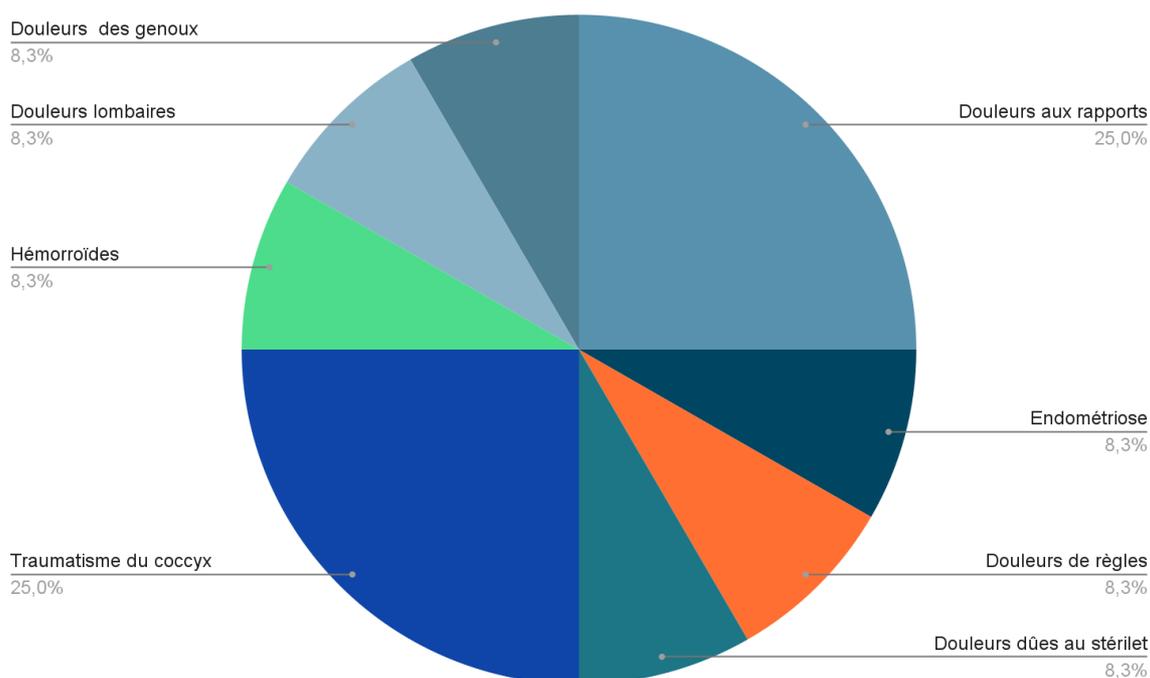
3.3. Retour d'expérience de patients ayant eu un TI

Dans la continuité de ma démarche, j'ai imaginé qu'en plus d'interroger les professionnels de santé, il serait pertinent dans ce travail d'aller demander aux patients qui ont eu recours à ce type de traitement, leur avis et la manière dont ils l'ont vécu.

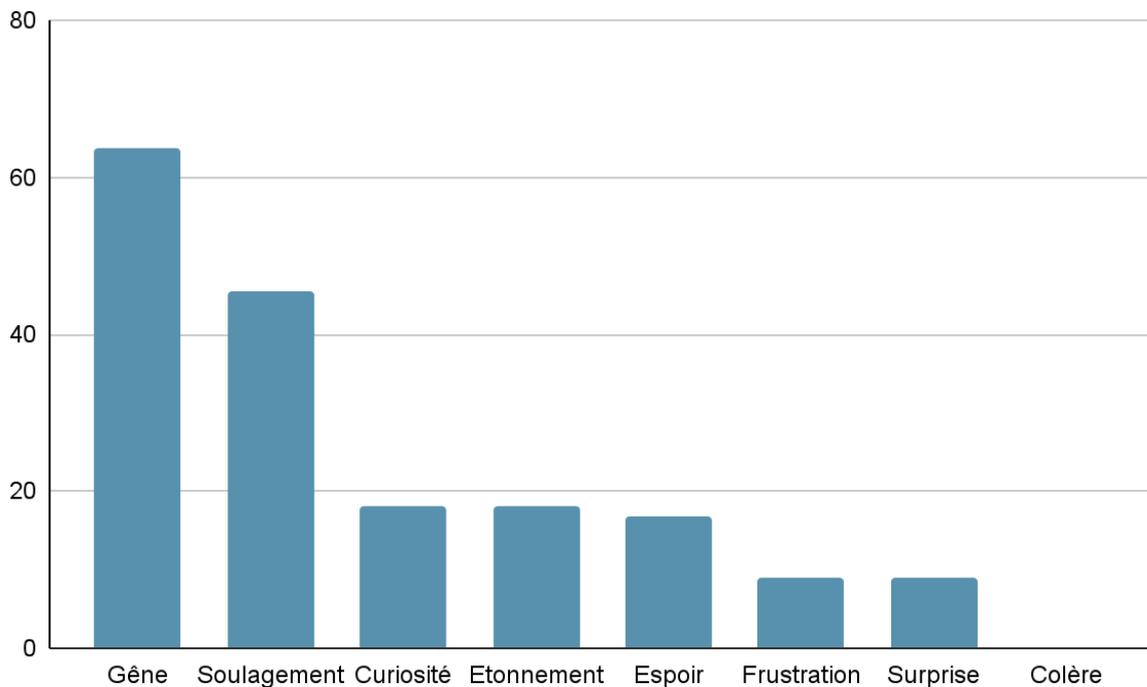
Dans le but de recueillir un maximum de retours de patient(e)s ayant eu recours à un travail par voie interne, j'ai élaboré un questionnaire de 14 questions visant à savoir comment leur thérapeute a abordé ce TI et surtout, quel a été le ressenti du patient et comment aurait-il éventuellement "préféré" que cela se passe.

J'ai choisi de collecter les données par l'intermédiaire d'un questionnaire papier et d'un Google forms que j'ai envoyé à quelques enseignants de l'IFSOR, qui utilisent de manière régulière le TI dans leur prise en charge. J'ai expliqué à chaque enseignant l'objet et la trame principale de ce TER, et je leur ai demandé de faire remplir, autant que possible, ce questionnaire à chaque patient concerné par un TI. J'ai ensuite collecté l'ensemble de ces questionnaires, en direct grâce à ces praticiens qui ont eu la gentillesse de m'aider. Ce questionnaire "patient" est visible dans les annexes de ce TER.

J'ai collecté 11 questionnaires de patients ayant déjà eu un traitement par voie interne. A ce jour, toutes les personnes ayant répondu à mon questionnaire sont des femmes. Elles ont eu un TI réalisé par différents professionnels de santé. Pour 36,4 % d'entre elles, par un DO, 63,6 % par des MKO, et seulement 1 par un médecin, et 1 par une sage femme. Ces patientes ont reçus un TI pour les problématiques suivantes :



Lors de l'annonce d'un travail interne par le thérapeute, les sentiments ressentis par les patientes sont différents, comme le montre le schéma suivant :

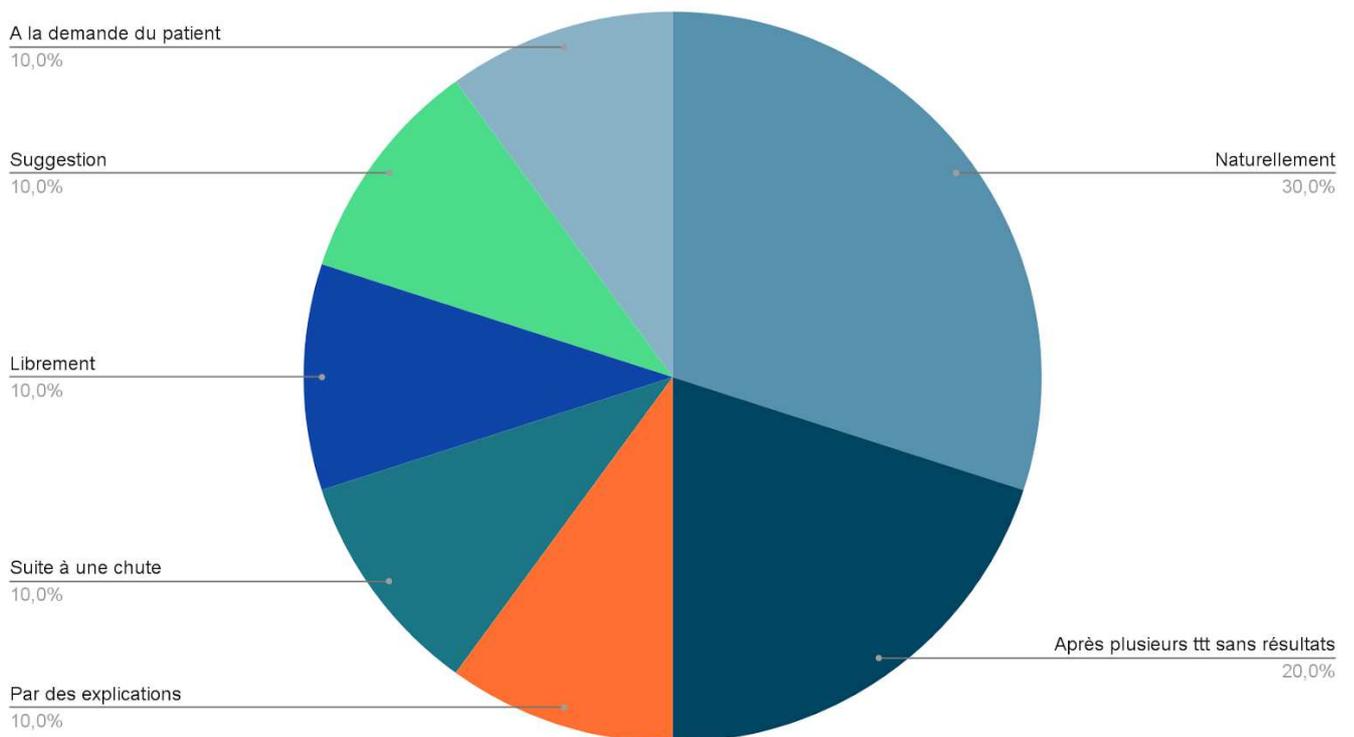


Plus de la moitié de ces femmes se sont senties gênées et mal à l'aise à l'idée de cette manipulation. Cependant, 1 femme sur 2 s'est dite soulagée par cette annonce. Il est important de noter qu'aucune de ces femmes n'a mentionné de sentiment de colère à l'égard de cette annonce.

Pour 63,6 % des patientes, le choix du sexe du thérapeute est important. Ces femmes valorisent d'avoir une thérapeute femme. Pour 36,4 % d'entre elles, cela n'a pas d'importance.

Je leur ai ensuite demandé de répondre à la question ouverte suivante : comment votre thérapeute a-t-il abordé ce TI ?





Dans le graphique ci dessus, l'item « naturellement » se traduit par le fait que les thérapeutes ont proposé un travail par voie interne dans la suite logique des traitements qui avaient été proposé précédemment et dont les résultats n'avaient pas été probants. Le thérapeute en est donc arrivé « naturellement » à proposer un TI.

Dans 100 % des réponses de ces patientes, les thérapeutes ont pris le temps nécessaire pour expliquer les raisons et nécessités de ce geste. Et dans 100 % des cas également, les thérapeutes ont laissé le choix aux patientes d'accepter ou de refuser ce travail interne. Enfin, dans 90,9 % des cas, les thérapeutes ont laissé le choix d'attendre la prochaine séance pour cet abord.

Pour 72,7 % des femmes, la proposition de TI a été comprise et acceptée sans difficulté. Pour 18,2 % d'entre elles, cela a été plus ou moins difficile. Enfin, pour 9,1 %, cela a été vécu comme difficile à accepter.

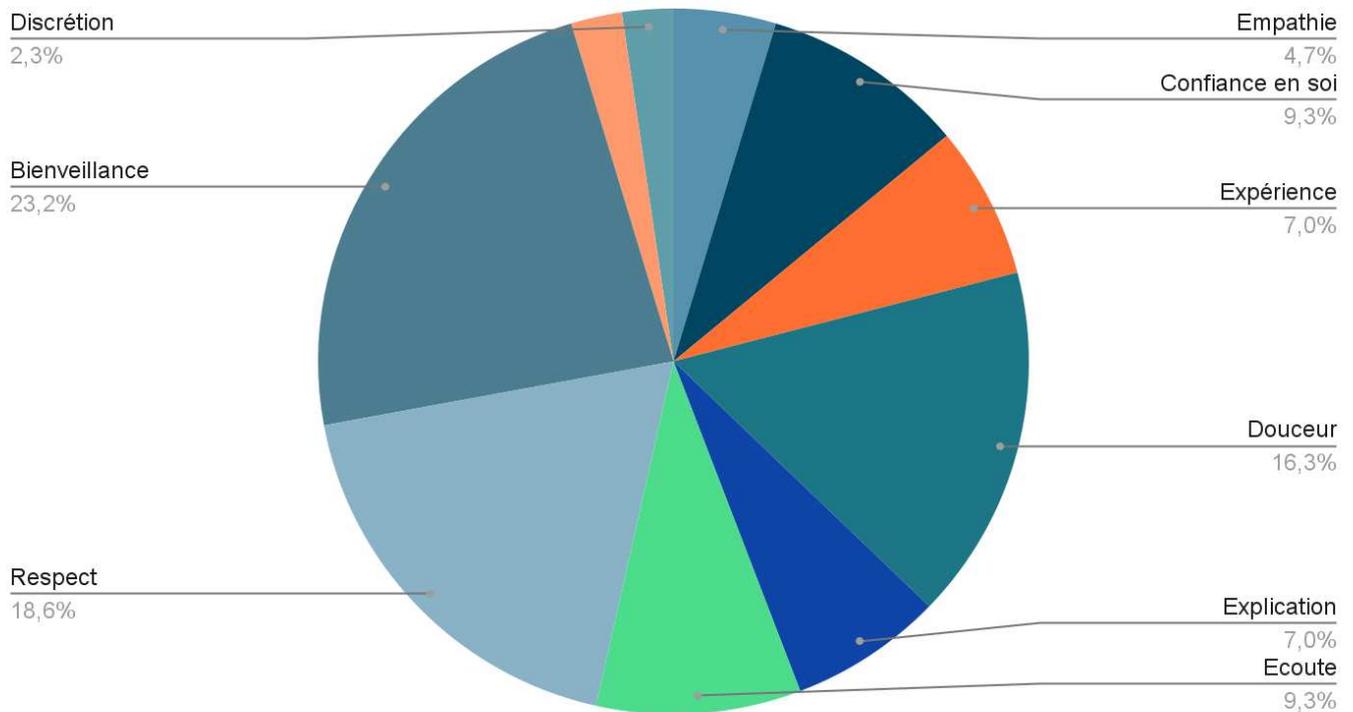
Tout comme pour les thérapeutes, j'ai demandé aux patientes de cocher, selon elles, quelles étaient les 3 qualités essentielles que devait avoir un thérapeute pour proposer cet abord. Pour ces patientes les 3 qualités principales que doit posséder le thérapeute qui souhaite travailler en interne sont les suivantes :

La bienveillance est pour plus de 90 % d'entre elles la qualité principale pour le thérapeute qui pratique le TI, suivie par le respect pour 72.7 %, et par la douceur à 63.6 %.



Les résultats complets sont répertoriés dans la figure suivante. Les % varient par rapport à ceux énoncés ci-dessus puisqu'ils font la moyenne des 3 qualités principales citées par ces femmes.

Qualités essentielles



Parmi toutes les patientes répondantes, 81,8 % d'entre elles ont été soulagées de leurs symptômes par ce travail interne. A noter que 100 % de ces femmes seraient prêtes à renouveler ce travail si cela était nécessaire pour elles.

Dans le but d'améliorer notre approche auprès de nos patient(e)s, je leur ai demandé si elles avaient des suggestions à nous soumettre pour améliorer notre discours et notre approche. Toutes les informations recueillies concernaient les qualités essentielles du thérapeute, déjà abordées ci-dessus. La seule proposition nouvelle était l'explication par des schémas anatomiques et pourquoi pas par une démonstration sur un bassin.



4. DISCUSSION

4.1. Discussion des résultats

Au début de ce travail, mon hypothèse était la suivante : « Au vu de la réglementation en vigueur, l'abord du patient avec une communication thérapeutique adaptée est fondamental dans une prise en charge incluant un travail par voie interne par un praticien formé à ce travail. »

A ce stade de mon travail, et au vu des résultats obtenus grâce aux questionnaires récoltés, je suis à présent en mesure de valider mon hypothèse de départ. En effet, à l'unanimité, les patientes ont exprimé le fait qu'elles accepteraient sans aucun problème un nouveau recours au travail interne si cela s'avérait nécessaire pour elles. Elles ont également insisté sur la notion de bienveillance et de respect du thérapeute à leur égard. Je pense que des témoignages comme ceux-ci sont des preuves irréfutables que, lorsque la nécessité d'un tel travail est abordée de manière professionnelle, il n'y a pas de place au doute et le ressenti du patient n'est pas négatif. Je suis également ravie de voir au travers de ses questionnaires, que les thérapeutes et les patients se retrouvent en harmonie dans leurs réponses. Je pense notamment à la question sur les qualités essentielles que doit posséder le thérapeute. En effet, dans les 2 questionnaires, le respect et la bienveillance font partie des 3 qualités essentielles. Mais les patients et les thérapeutes se sont également retrouvés sur les questions concernant le choix laissé ou non au patient d'attendre la séance suivante, et nous nous apercevons que cette délicatesse-là de la part des thérapeutes est très appréciée et même valorisée par ces patientes qui ne se sentent, de ce fait, en aucun cas forcées d'accepter le traitement. Notons également que 72 % de ces femmes ont accepté ce TI sans aucune difficulté.

Du côté des thérapeutes, cet outil est également vu comme fondamental et quasi obligatoire dans le cadre d'une prise en charge globale de leurs patients. Ils ont cependant tous quelques petites habitudes, qui leur permettent, selon eux, de mieux cerner tels ou tels patients et ainsi d'adapter leur discours à chaque individu. Force est de constater que certains thérapeutes hommes refusent de réaliser de TI chez les femmes et vice versa. Dans ces cas là, les thérapeutes de sexe opposé préfèrent naturellement orienter les patients chez quelqu'un du même sexe pour ainsi éviter toute gêne potentielle.

Cependant, pour 54,2 % des répondants, la législation en vigueur reste un frein à la pratique du TI, soit plus d'un thérapeute sur 2.



Cependant, j'ai été relativement surprise d'apprendre que 41,2 % de ces thérapeutes n'ont suivi aucune formation pratique, mais qu'ils le proposent quand même à leur patient. Alors que 58,8 % ont eux, suivi une formation spécifique pour proposer ce traitement.

La communication thérapeutique est clairement l'une des pièces maîtresses dans une prise en charge globale et holistique d'un patient notamment lors d'un travail aussi intime et délicat. A mon sens, il n'est pas envisageable de proposer un TI sans une bonne communication avec son patient.

4.2. Points faibles et points forts de ce travail de recherche

Malheureusement, comme dans tout travail de ce type, je me suis confrontée à quelques biais que je vais énoncer ici.

L'un des points faibles majeurs de ce TER réside dans le fait que 100 % des thérapeutes qui ont répondu à ce questionnaire sont issus de l'IFSO Rennes, ou du moins font partie de l'équipe pédagogique de l'IFSO Rennes. On peut donc largement envisager que toutes ces personnes sont imprégnées du modèle enseigné dans cette école, et notamment dans le protocole de recherche de LTR au plus près de la SQS.

Un autre biais notable est qu'à ce jour, 100% des personnes qui ont répondu à mon questionnaire-patient sont des femmes. Je pense que ce biais de genre n'est absolument pas négligeable. En effet, les femmes ont beaucoup plus d'occasions que les hommes d'avoir recours à du travail interne, en dehors des séances d'ostéopathie. Dès leur adolescence pour certaines, elles ont recours à des prises en charge gynécologiques.

D'après le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) ³², dans une étude réalisée en 2000, l'observatoire Thalès a recueilli des informations auprès de 620 médecins généralistes (MG) pour évaluer le nombre d'actes gynécologiques chez les femmes. On apprend ainsi que les femmes consultent leur MG pour une raison gynécologique en moyenne 3,6 fois par an selon leur âge. On apprend également que de 15 à 20 ans, une jeune femme consulte en moyenne 2,5 fois par an son MG pour une cause gynécologique. L'âge moyen des patientes est de 44,1 ans. Vous trouverez les graphiques de répartition des consultations en annexe ci-après.

Comme mentionné dans le journal de l'Association Française d'Urologie (AFU) ³³, du 21 septembre 2006, qui aborde notamment les freins au dépistage des pathologies prostatiques:



« La prostate est associée aux valeurs de jeunesse, de vitalité, de virilité, de fertilité, de sexualité et de plaisir.» ou encore « Les hommes n'ont donc aucune envie d'aller consulter [...] peur de la dégénérescence qu'ils associent aux pathologies de la prostate, peur du ridicule lié au toucher rectal. ». Je pense donc que pour les hommes, l'aspect émotionnel de cette zone « sacrée », siège de virilité, est beaucoup plus difficile à accepter.

La thèse du Dr Yannick Kollmann ³⁴ de l'université de Lorraine aborde également les mêmes problématiques : obstacles au toucher rectal en médecine générale lors du dépistage individuel du cancer de la prostate.

Il explique notamment que « Certains patients renoncent au dépistage du cancer de la prostate quand ils apprennent qu'un toucher rectal devrait être réalisé ». Je pense qu'un tel travail mériterait d'être poursuivi avec cette fois-ci une cohorte beaucoup plus masculine, voire même uniquement masculine. Il serait alors très intéressant de comparer ensuite les résultats.

L'un des points forts de ce travail vient du fait que ce sujet n'est que très peu abordé dans la littérature. En règle générale, et dans la société, il y a une notion de gêne, voire de tabou autour de ce sujet et a fortiori de travail. Bien que celui-ci soit passionnant et très efficace, il n'y a, à ce jour, que très peu d'études et de travaux qui ont été réalisés. Le fait de faire un TER sur ce sujet a été très bien accepté, et même valorisé par toutes les personnes qui y ont participé. J'espère ainsi pouvoir laisser une trace et pourquoi pas pousser ce travail un peu plus loin, dans le but d'améliorer encore et toujours nos prises en charge.



CONCLUSION

Pour conclure ce travail, je peux désormais confirmer mon hypothèse de départ. Il apparaît que le thérapeute et sa manière d'aborder la communication thérapeutique avec son patient est fondamentale dans la prise en charge lors d'un abord par voie interne. Bien que la loi soit particulièrement sévère et punitive en cas de doute ou de litige, elle est somme toute relativement permissive, lorsque les choses sont justifiées, qu'elles ont été faites dans les règles de l'art, qu'elles ont été expliquées et comprises, et que le consentement libre et éclairé du patient a été signé. Il apparaît cependant plus simple à une personne du même sexe que son patient de lui proposer un TI, pour éviter toute situation suspicieuse d'un patient envers son thérapeute.

Ainsi, nous sommes en mesure ici, de nous demander si le travail par voie interne pratiqué par les ostéopathes ne pourrait-il pas être envisagé légalement parlant comme dans d'autres pays limitrophes, à l'image de la Suisse par exemple ? Aussi, je serai très heureuse et fière que ce travail puisse être repris par d'autres étudiants, afin d'étoffer d'avantage le nombre de questionnaires patients et notamment chez la gente masculine pour recueillir une opinion sans doute différente de celle des femmes.

Ce sujet du travail interne, bien que trop souvent tabou, est particulièrement intéressant. Sa mise en lumière durant la rédaction de ce travail aura souvent fait sourire mes interlocuteurs et mes lecteurs.

A ce jour, je suis donc très fière d'avoir pu réaliser ce mémoire et j'espère sincèrement qu'il pourra désacraliser ce sujet au vu de la pertinence de ce travail et ainsi ouvrir des perspectives de traitement aux patients qui le nécessiteraient et aux thérapeutes qui oseront le proposer à leurs patients.



BIBLIOGRAPHIE

² Terramorsi Jean-François, Ostéopathie structurale. Lésion structurée - Concepts structurants. Page 112. Gépro et les éditions Eoliennes, 2013.

⁷ P.Pommerol (2014), Le toucher rectal en thérapie manuelle, la revue Kiné scientifique, n°559. novembre 2014. Pages 1-4.

⁸ P.Pommerol (2015), Diagnostic de la névralgie pudendal (1ère partie), la revue Kiné scientifique, n°562. Février 2015. Pages 1-4.

¹⁰ Maigne JY, Coccygodynie. Les bases indispensables à la prise en charge du coccyx douloureux. 2004

¹² Maigne JY. Coccygodynie. Le Courrier de Colo-Proctologie (IV) - 2003 Juill-Août-Sept;n°3.

¹³ Gray H. In : Longman (ed). Gray's anatomy Edinburgh 1973 (35th ed)

¹⁴ Evelinger S., X. Dufour, A. Cerioli. (2018). Point d'anatomie. Focus sur le nerf sciatique et l'élévation jambe tendue : Etiologie, test et niveaux de preuve. L'anatomie au service de la clinique. Kinesither Rev. 2018. Pages 37-41.

¹⁵ Cours de Bastien S. de septembre 2020 à avril 2022. IFSO Rennes.

¹⁶ Maigne JY, Chatellier G. Comparaison of three manual coccydynia treatments : A pilot study. Spine 2001; 26 (20) : E479-E484.

¹⁷ Lahrabli S, N.S. Diagne, N.El Amrani, H.Azanmasso, S. Meftah, F. Lmidmani, A.El Fatimi. (2015). La coccygodynie : Du diagnostic à la thérapeutique. Elsevier Masson. Juin 2015.

¹⁸ Maigne JY. Coccygodynie commune, La lettre du Rhumatologue n°213, juin 2005.

²⁷ Terramorsi Jean-François, Ostéopathie structurale. Lésion structurée - Concepts structurants. Page 53. Gépro et les éditions Eoliennes, 2013.

²⁸ Cours de communication thérapeutique du 22.03.22. Cuna J. psychologue à Angers.



²⁹ Flora L., P.Karazivan, V.Dumez, MP.Pomey. (2016). La vision “patient partenaire” et ses implications : Le modèle de Montréal. La revue du praticien. Vol. 66. Avril 2016. Pages 371-375.

³⁴ Kollmann Y. Thèse de médecine. Obstacles au toucher rectal en médecine générale lors du dépistage individuel du cancer de la prostate. Médecine humaine et pathologie. Thèse présentée en octobre 2018, Université de Lorraine, Faculté de médecine de Nancy.

Popa-Velea O., VL Purcarea. (2014). Issues of therapeutic communication relevant for improving quality of care. Journal of Médecine and Life. 2014. Pages 39-45.



SITOGRAPHIE

- ¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000462001/2020-11-02/> consulté le 31.01.22
- ³ <https://www.orthodiv.org/wp-content/uploads/2018/05/QI3-Anatomie-et-biome%CC%81canique-du-bassin-Marc-Andre%CC%81-Sarrazin-septembre-2016.pdf> consulté le 17.02.22
- ⁴ <https://saintesante.com/anatomie/membres/membres-inferieurs/os-iliaque> consulté le 11.01.22
- ⁵ <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/bassinobstetrical/site/html/5.html#5> consulté le 11.01.22
- ⁶ <https://clemedicine.com/2-rappel-anatomique/> consulté le 11.01.22
- ⁹ <https://www.chu-nantes.fr/nevralgie-pudendale-1> consulté le 17.02.22
- ¹¹ <https://www.endofrance.org/la-maladie-endometriose/symptomes-endometriose/dyspareunie-douleurs-rapports-sexuels/>
- ¹⁹ https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000006726911
- ²⁰ <https://www.osteopathie.org/92-activites-parlementaires-et-osteopathie-lois-reglements-et-communications.html> consulté le 31.01.22
- ²¹ <https://ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/avis-cno-n2018-03.pdf> consulté le 31.01.22
- ²² https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Actes-de-soins-et-technique-medicale/touchers-pelviens-kinesitherapeute-information-patient/?utm_campaign=NL-parajavier-2021&utm_medium=email&utm_source=newsletter&s=00CF09BD9D63A4F2B20001 consulté le 31.01.22
- ²³ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409305/ consulté le 12.04.22



- 24 https://www.has-sante.fr/jcms/c_1261551/delivrance-de-l-information-a-la-personne-sur-son-etat-de-sante Consentement libre et éclairé HAS consulté le 12.04.22
- 25 <https://www.afosteo.org/wp-content/uploads/2016/12/Kiné-Actualité-consentement-éclairé.pdf> site consulté le 25.04.22
- 26 <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/communication> site consulté le 31.01.22
- 30 <https://www.kairospresse.be/globalite-partenariat-autonomie-en-sante-quand-lurgence-balaie-tout-mais-revele-lessentiel/> consulté le 12.04.22
- 31 <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-41.html> consulté le 12.04.22
- 32 http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm consulté le 12.04.22
- 33 <https://www.urofrance.org/fileadmin/medias/journee-prostate/2006/dossier-presse.pdf> consulté le 12.04.22
- 35 <https://www.ordremk24.fr/wp-content/uploads/2020/05/Formulaire-de-déclaration-de-consentement-libre-et-éclairé-du-patient.pdf>
- <https://chiropratiquesillery.ca/les-douleurs-au-bassin/> consulté le 11.01.22



ANNEXES

ANNEXE 1 : MODÈLE DE FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ DU PATIENT MODIFIÉ PAR MES SOINS ³⁵

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE THÉRAPEUTE

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE PATIENT

ANNEXE 4 : CRITÈRES DE NANTES POUR DIAGNOSTIC NÉVRALGIE PUDENDALE ⁹

ANNEXE 5 : CADRE THÉORIQUE DU CONTINUUM DE L'ENGAGEMENT DES PATIENTS ³¹

ANNEXE 6 : DONNÉES GYNÉCOLOGIQUES

ANNEXE 7 : RÉSULTATS BRUTS DES QUESTIONNAIRES THÉRAPEUTES

ANNEXE 8 : RÉSULTATS BRUTS DES QUESTIONNAIRES PATIENTS



ANNEXE 1 : MODÈLE DE FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ DU PATIENT, MODIFIÉ PAR MES SOINS ³⁵

Nom Prénom

Adresse postale

Téléphone Mail

Fait à, le .. / .. /

Consentement libre et éclairé

Je soussigné atteste avoir été reçu(e) par le praticien Ostéopathe, à son cabinet, le .. / .. /

Lors de cette consultation, l'Ostéopathe m'a informé(e) sur :

- mon état de santé (ma pathologie et son évolution prévisible) ;
- les actes, interventions et traitements envisagés (différentes alternatives thérapeutiques) ;
- les risques inhérents à ces différents actes, interventions et traitements (risques fréquents et risques graves) ;
- les risques que j'encours du fait de l'évolution de ma pathologie en cas de refus d'intervention thérapeutique.

L'ostéopathe a également procédé à une « évaluation bénéfices /risques » personnalisée afin de me recommander l'alternative thérapeutique la plus adaptée à mon cas particulier.

J'ai compris l'ensemble des informations qui m'ont été délivrées. J'ai posé toutes les questions nécessaires à leur bonne compréhension et obtenu des réponses claires et satisfaisantes. Je n'ai pas été contraint, ni influencé pour donner mon consentement.

Il m'a incité(e) à le recontacter, pour prendre rendez-vous avec lui :

- ce que j'ai fait.
- ce que je n'ai pas fait car je n'en ai pas ressenti le besoin.

Je m'estime désormais suffisamment éclairé(e) pour prendre une décision en toute connaissance de cause et j'accepte l'intervention préconisée par l'ostéopathe Je suis informé(e) qu'à tout moment je peux retirer mon consentement au cours du traitement.

Un double doit être conservé par le thérapeute.

“Lu et approuvé”

Signature



ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE THÉRAPEUTES

Bonjour,

Dans le cadre de mes études d'ostéopathie à l'IFSO de Rennes, j'ai choisi d'orienter la rédaction de mon mémoire de fin d'étude sur le travail par voie interne réalisé par les ostéopathes.

L'idée est de faire un état des lieux des limites dans l'utilisation de la pratique du travail par voie interne, par un ostéopathe, dans son aspect législatif et humain.

Je vous remercie très sincèrement de prendre le temps de répondre à mes questions, et sachez d'ores et déjà que votre aide me sera très précieuse.

En cas de questions ou demandes d'informations, n'hésitez surtout pas à me contacter au 06.81.81.72.51 ou germainp74@gmail.com

Merci infiniment,

Pauline GERMAIN

1. Vous êtes :

(Entourez la bonne réponse)

- Homme

- Femme

2. Vous êtes:

(Entourez la bonne réponse)

- Masseur Kiné Ostéopathe

- Ostéopathe

3. Quelle est l'année de votre diplôme d'ostéopathe?

.....

4. Pratiquez vous le travail interne?

(Entourez la bonne réponse)

- OUI

- NON



Si oui, depuis combien d'années?

.....

Si non, merci de vous rendre directement à la question 20

5. Quelles sont les raisons, motifs, qui vous ont amenés à intégrer le travail par voie interne dans votre pratique?

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

6. Avez-vous suivi des formations "pratique" en post grade sur le travail interne?
(Entourez la bonne réponse)

- OUI - NON

7. Avez vous suivi des formations sur la communication thérapeutique pour proposer ce genre de traitement au patient?
(Entourez la bonne réponse)

- OUI - NON

8. Comment abordez-vous l'aspect émotionnel avec vos patients?

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

9. Pratiquez vous le travail interne sur des femmes?
(Entourez la bonne réponse)

- OUI - NON



17. a. Quelles sont d'après vous les 3 qualités essentielles pour un thérapeute qui travaille en interne:
(Entourez les 3 qualités)

- Empathie - Flexible - Expérimenté
- Douceur - Authenticité - Ecoute
- Respectueux - Bienveillance - Confiance en soi

b. Pensez vous à d'autres qualités essentielles non citées ci-dessus ? (Précisez svp) :
.....

18. Avez-vous modifié votre discours / approche, entre vos débuts en travail interne ?
(Entourez la bonne réponse)

- OUI - NON

19. Si oui pourquoi et comment ?

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

20. La législation en vigueur pourrait-elle être ou est-elle un frein à ce type de pratique ?

- OUI - NON



ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE PATIENTS

Bonjour,

Dans le cadre de mes études d'ostéopathie à l'IFSO de Rennes, j'ai choisi d'orienter la rédaction de mon mémoire de fin d'étude sur le travail par voie interne réalisé par les ostéopathes.

L'idée est de faire un état des lieux des limites dans l'utilisation de la pratique du travail par voie interne, par un ostéopathe, dans son aspect législatif et humain.

Je vous remercie très sincèrement de prendre le temps de répondre à mes questions, et sachez d'ores et déjà que votre aide me sera très précieuse.

En cas de questions ou demandes d'informations, n'hésitez surtout pas à me contacter au 06.81.81.72.51 ou germainp74@gmail.com

Merci infiniment,
Pauline GERMAIN

1. Vous êtes :

(Entourez la bonne réponse)

- Homme

- Femme

2. Avez-vous déjà bénéficié d'un travail par voie interne ?

Si oui, par quel praticien :

(Entourez la bonne réponse)

- Médecin

- Masseur kiné

- Masseur Kiné Ostéo

- Ostéo

- Autres (préciser svp):

3. Pour quelles raisons/ motifs/ plaintes avez-vous eu recours à un travail interne ?

(Entourez la ou les bonne(s) réponse(s))

- Douleurs aux rapports

- Sciatique

- Nerf pudendal

- Traumatisme du coccyx

- Post partum

- Autres (préciser svp):



4. Quel a été votre ressenti lors de l'annonce qu'un travail interne serait nécessaire ?
(Entourez la ou les bonne(s) réponse(s))

- Surprise - Etonnement - Soulagement

- Colère - Frustration - Gêne

- Autre (préciser svp):

5. Privilégiez-vous un thérapeute du même sexe que vous pour ce traitement ?
(Entourez la bonne réponse)

- OUI - NON

6. Comment ce choix de techniques a-t-il été abordé par le thérapeute ?

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

7. Vous a-t-il expliqué les raisons et nécessités de ce geste ?
(Entourez la bonne réponse)

- OUI - NON

8. Vous a-t-il laissé le choix d'accepter ou de refuser ce type de soin ?
(Entourez la bonne réponse)

- OUI - NON

9. La première fois qu'un professionnel de santé vous a proposé un travail interne, vous a-t-il laissé le choix d'attendre la prochaine séance ?
(Entourez la bonne réponse)

- OUI - NON



10. Avez-vous accepté cet abord sans difficulté ?

(Entourez la bonne réponse)

- OUI - NON - Plus ou Moins

11. Quelles sont pour vous les 3 qualités humaines que doit avoir un thérapeute lorsqu'il propose un travail interne ?

(Entourez les bonnes réponses)

- Empathie - Flexible - Expérimenté

- Douceur - Authenticité - Ecoute

- Respectueux - Bienveillance - Confiance en soi

- Autre:

12. Avez-vous été soulagé par ce travail interne?

(Entourez la bonne réponse)

- OUI - NON

13. En cas de besoin, seriez-vous prêt à renouveler ce travail?

(Entourez la bonne réponse)

- OUI - NON

14. Auriez vous quelque chose de particulier à nous partager par rapport à votre expérience qui nous permettrait d'améliorer notre prise en charge?

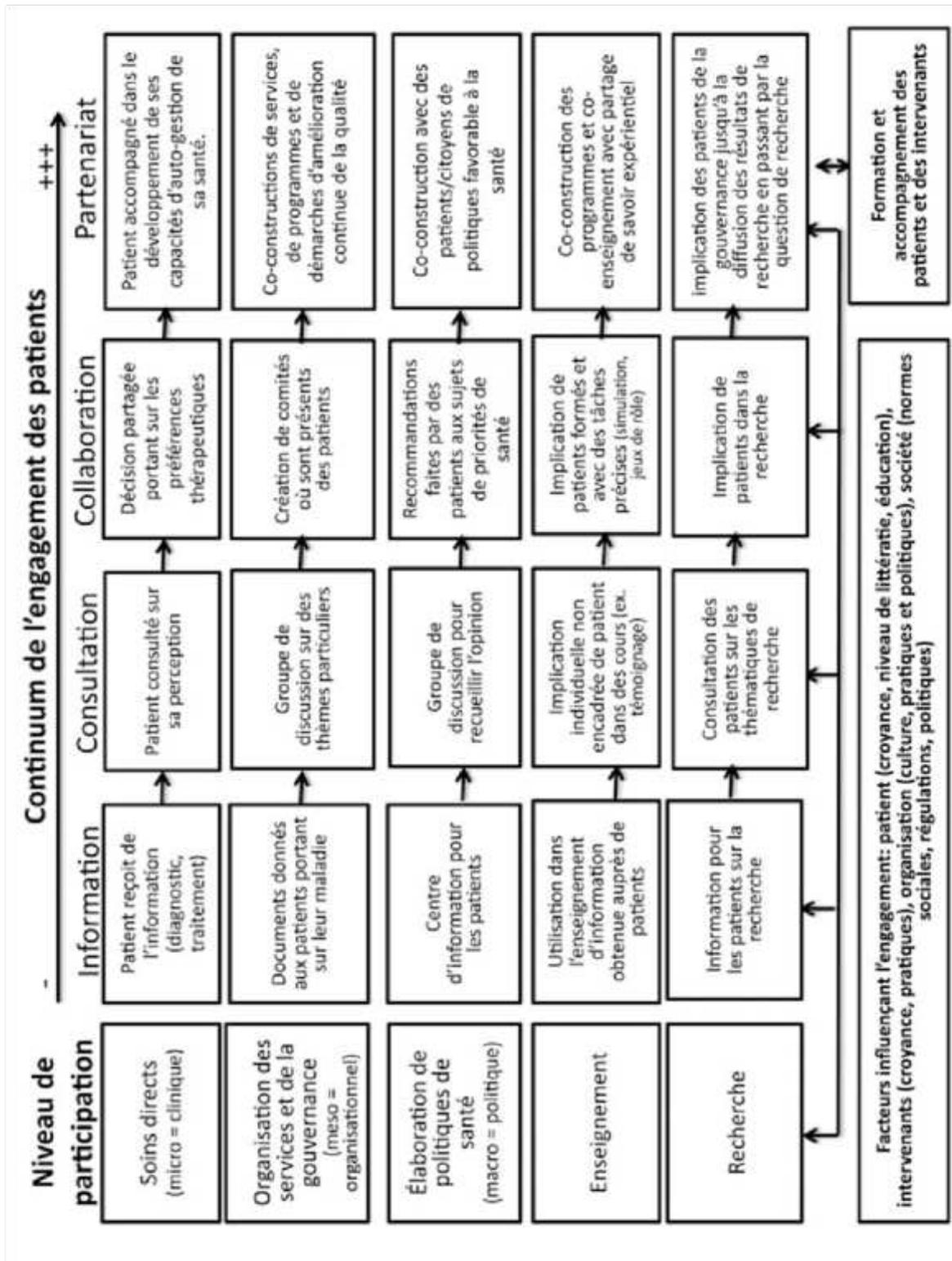
.....
.....
.....
.....



► **Tableau III**

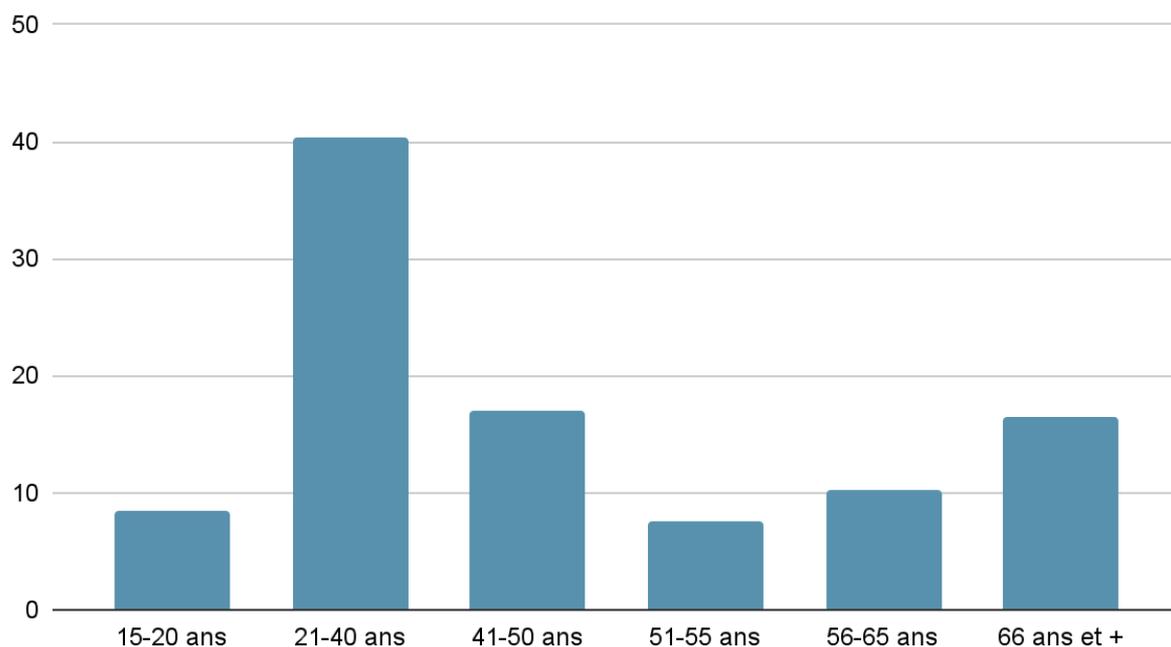
Critères de Nantes du 22 septembre 2006 (4)

| 5 critères indispensables | 8 critères complémentaires | Critères associés n'excluant pas le diagnostic | 4 critères d'exclusion |
|---|---|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Douleur dans le territoire du nerf pudendal (de l'anus à la verge, ou au clitoris). 2. Aggravée en position assise (soulagée sur un siège de WC). 3. Douleur non insomnante (sans réveil). 4. Sans déficit sensitif objectif. 5. Bloc diagnostique du nerf pudendal positif. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Brûlures, tiraillement, engourdissement, décharges électriques. 2. Sensation de corps étranger endo-cavitaire. 3. Allodynie (hypersensibilité au contact) ou hyperpathie. 4. Aggravation de la douleur au cours de la journée. 5. Douleur à prédominance unilatérale. 6. Douleur post-défécatoire. 7. Présence d'une douleur exquise à la pression de l'épine sciatique (unilatérale⁺⁺⁺). 8. Données de l'ENMG chez l'homme ou la femme nullipare. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Irradiation dans le territoire sciatique. 2. Douleurs sus-pubiennes. 3. Pollakiurie et/ou douleurs au remplissage vésical. 4. Dyspareunie et/ou douleurs après les rapports. 5. Troubles de l'érection. 6. Normalité de l'ENMG. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Douleur exclusivement per-défécatoire. 2. Douleurs uniquement coccygienne, fessière, pubienne, hypogastrique. Proctalgie fugace, prurit. 3. Troubles sensitifs objectifs. 4. Anomalies de l'imagerie pouvant expliquer la douleur. |



ANNEXE 6 : DONNÉES GYNÉCOLOGIQUES

Répartition par tranche d'âge des patientes qui consultent un MG pour motif gynécologique



Fréquence annuelle de consultations du MG pour motif gynécologique par tranches d'âge

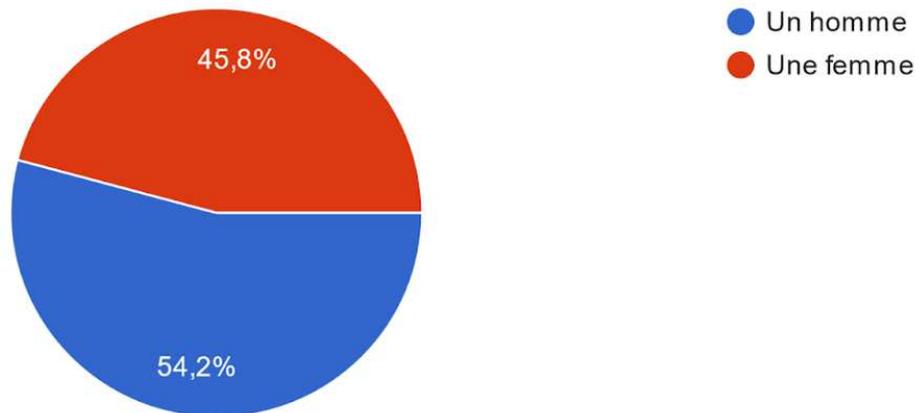
| Tranche d'âge | Fréquence annuelle des consultations |
|---------------|--------------------------------------|
| 15 à 20 ans | 2,5 |
| 21 à 40 ans | 2,8 |
| 41 à 50 ans | 3,6 |
| 51 à 55 ans | 4,1 |
| 56 à 65 ans | 4,5 |
| 66 ans et + | 5,5 |
| Total | 3,6 |



ANNEXE 7 : RÉSULTATS BRUTS DES QUESTIONNAIRES THÉRAPEUTES

1. Vous êtes :

24 réponses

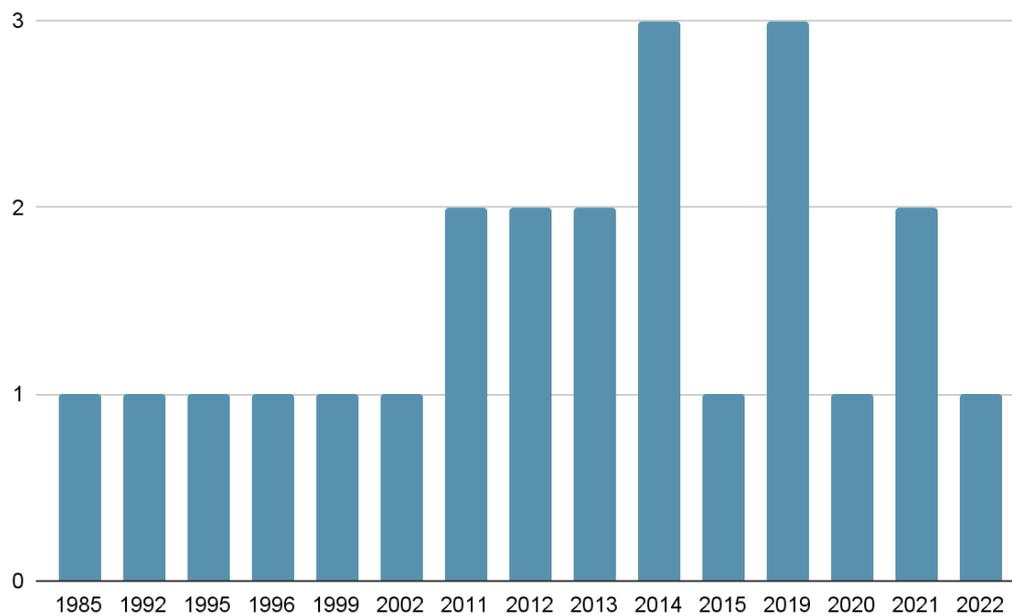


2. Vous êtes :

24 réponses

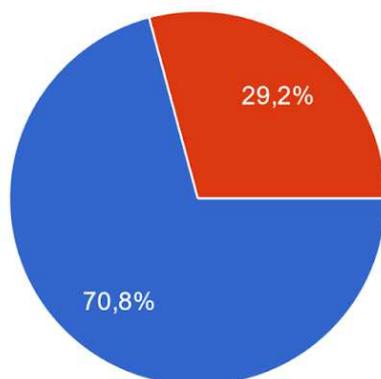


3. Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme d'ostéopathe ?



4. a. Pratiquez-vous le travail par voie interne ?

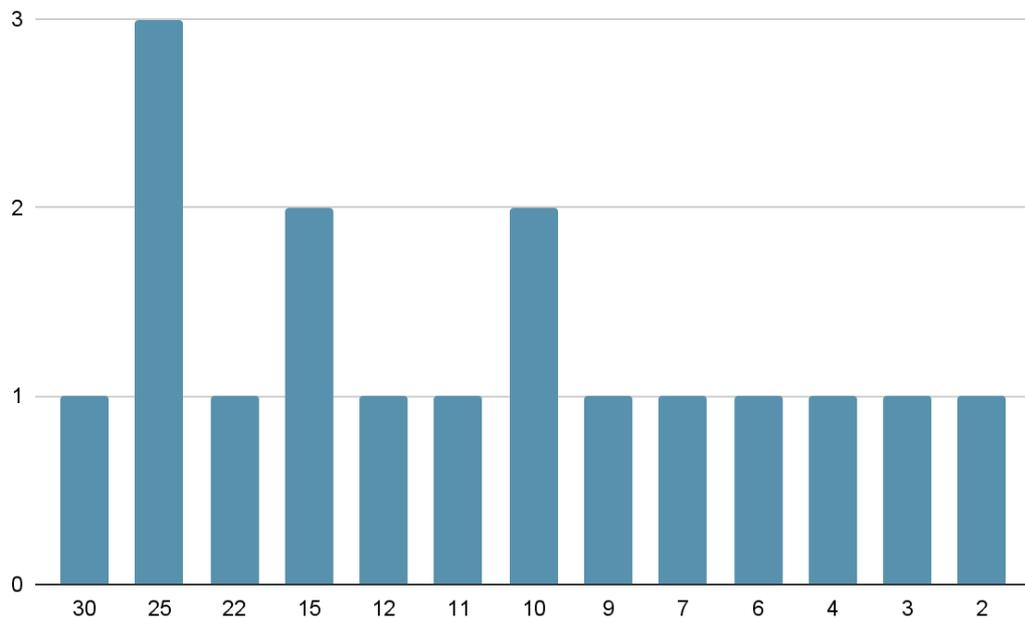
24 réponses



- Oui
- Non
- Si vous répondez "NON", merci de passer directement à la question 20.



4. b. Si oui, depuis combien d'années le pratiquez-vous ?



5. Quelles sont les raisons ou motifs, qui vous ont amenés à intégrer le travail par voie interne dans votre pratique ?

- Rééducation périnéale en kiné Douleurs et troubles liés au bassin (urinaires , génitaux, digestifs, sphinctériens, ligamentaires, menstrues), grossesse et post partum, infertilité, endométriose, troubles sexuels, coccyx, douleurs de dos.
- L'intérêt de pouvoir trouver dès lésions inaccessibles par un abord externe. Exemple un psoas ou un coccyx en lésion. Des douleurs lombaires qui persistent malgré un travail osteo externe . Et également dès demandes de femmes qui avaient dès pb uro gynecaux (fuites urinaires...)
- Un souci d'exhaustivité de l'abord thérapeutique du bassin.
- améliorer mes résultats sur la sphère gynéco-urinaire
- manque de résultats sur certaines symptomatologies
- Sphère gynécologique chez femme et prostate chez l'homme... ou l'inverse
- l'intérêt pour mes patients d'un travail exhaustif
- Lombalgies récurrentes et pb gyneco
- Zone incontournable et efficacité redoutable

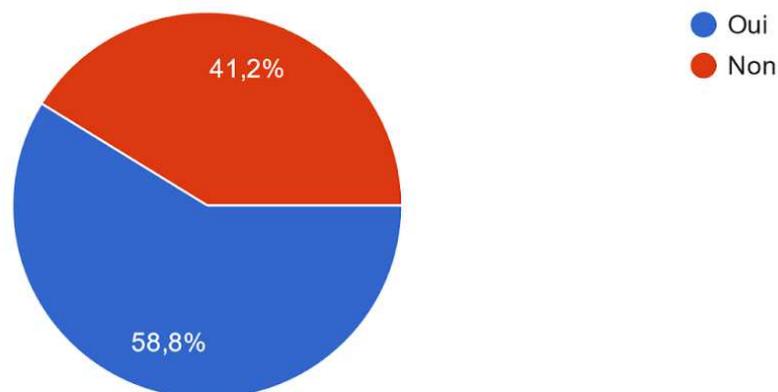


- D'abord parce que j'ai pu en apprécier les bienfaits sur ma personne. Puis dans ma pratique, le manque d'outils "externes" pour soulager tous les problèmes liés au petit bassin chez la femme qui sont nombreux et que je ne vais pas tous citer. Les symptômes prostatiques chez les hommes. La récurrence des symptômes dans certaines pathologies comme les lombalgies chroniques...
- Thérapeutique
- indispensable
- Coccyx
- Les problèmes des femmes
- Incontournables , pour pérennité des résultats

La complétude de soin, l'efficacité des traitements, l'abord de structures difficilement accessibles par ailleurs.

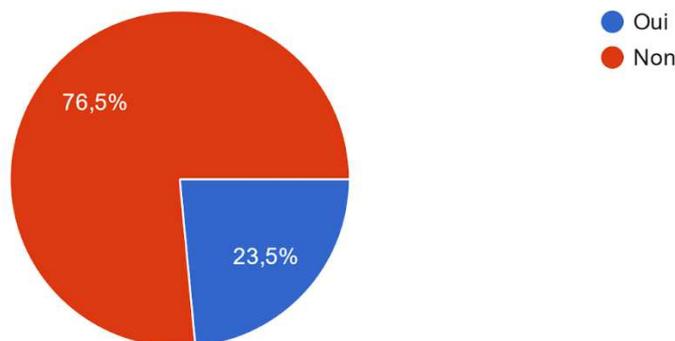
6. Avez-vous suivi des formations "pratique" en post grade sur le travail interne ?

17 réponses



7. Avez-vous suivi des formations sur la communication thérapeutique pour proposer ce genre de traitement au patient ?

17 réponses



8. Comment abordez-vous l'aspect émotionnel avec vos patients ?

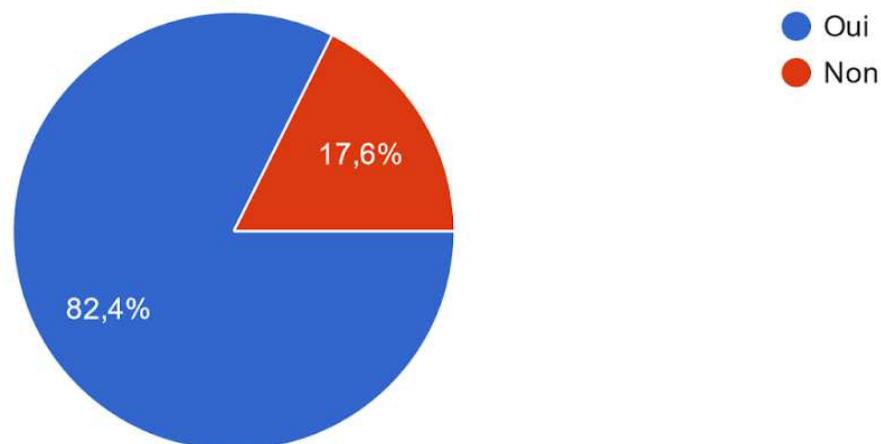
- Concernant le toucher pelvien : Écoute, explications orales et théoriques; Respect du consentement éclairé; Prévention des violences gynécologiques Prise en compte de l'émotionnel du patient lors de la séance, et des liens avec la symptomatologie
- Je fais signer une déclaration de consentement, je ne fais jamais d'interne en 1ere intention. Souvent on en parle à une séance externe effectuée auparavant et c'est la patiente qui décide de faire cette séance en interne ou pas
- Avec écoute et empathie, mais sans technique acquise, selon mon intuition et mon ressenti personnel.
- en parlant, posant des questions
- Le plus simplement possible
- Du mieux que je peux ! Mais cela fait partie intégrante de mon soin...
- par une présentation circonstanciée du travail interne et par une prise en charge qui respecte toutes les phases de l'approche aux questionnement post séance
- Je propose seulement et si elle accepte c est un travail sur une autre séance quand elle aura décidé. Je ne traite pas les hommes
- information claire, explications détaillées et jamais de séance en 1ère intention



- C'est très variable d'un patient à l'autre, je m'adapte à la personne. Je prends toujours le temps d'expliquer pourquoi, comment, je laisse le temps de la réflexion, et j'accueille les réticences, les émotions.
- Simplement
- grâce à la bioénergie, qui fait le lien entre les blocages du corps énergétiques (vécu émotionnel) et les problématiques physiques
- En dernier recours avec consentement
- Lors d'entretien spécifique et collaboration avec d'autres professionnels (psychothérapeute, sophrologie,...) + therapie dite énergétique
- Cela est le fruit de l'expérience , et propre à chacun .Impossible à résumer .
- Sereinement, spontanément, avec écoute et empathie, de manière franche et douce à la fois afin de toujours respecter la personne dans sa sensibilité.

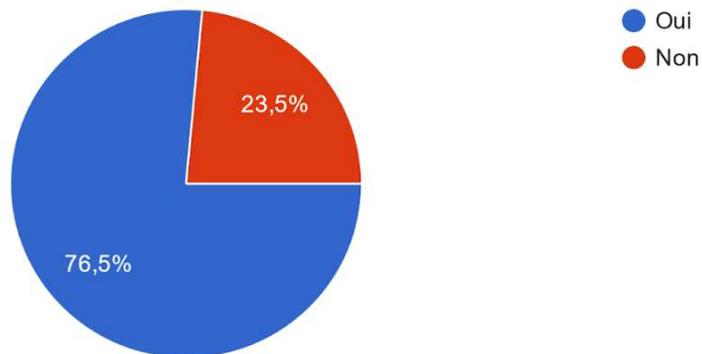
9. Pratiquez-vous le travail interne sur des femmes ?

17 réponses



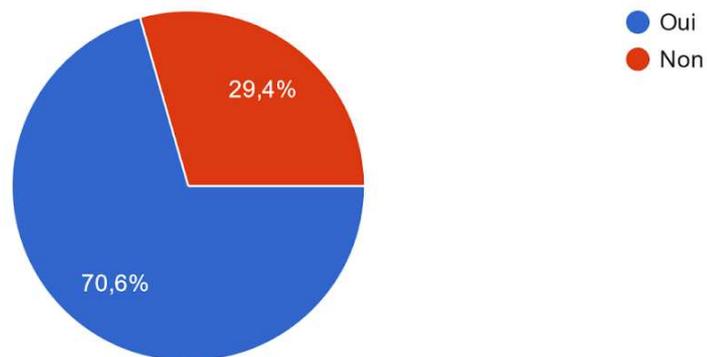
10. Pratiquez-vous le travail interne sur des hommes ?

17 réponses



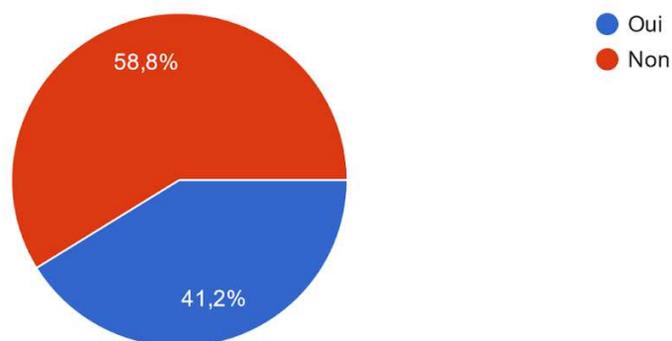
11. Voyez-vous plus de femmes ?

17 réponses



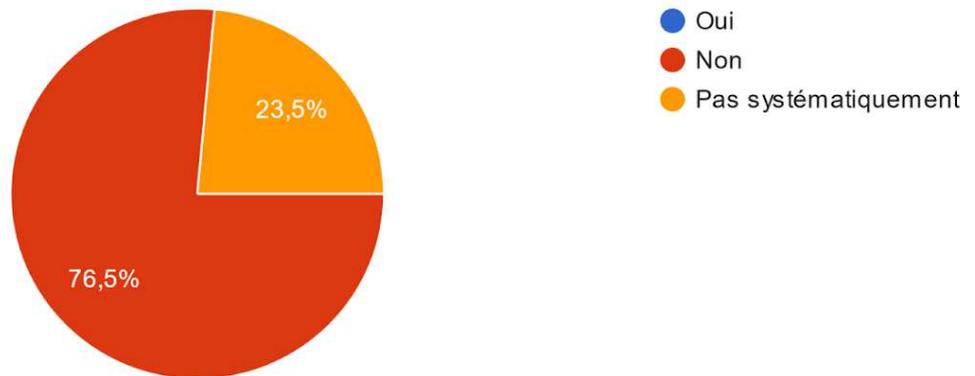
12. Faites-vous signer un consentement éclairé à votre patient(e) avant le travail interne ?

17 réponses

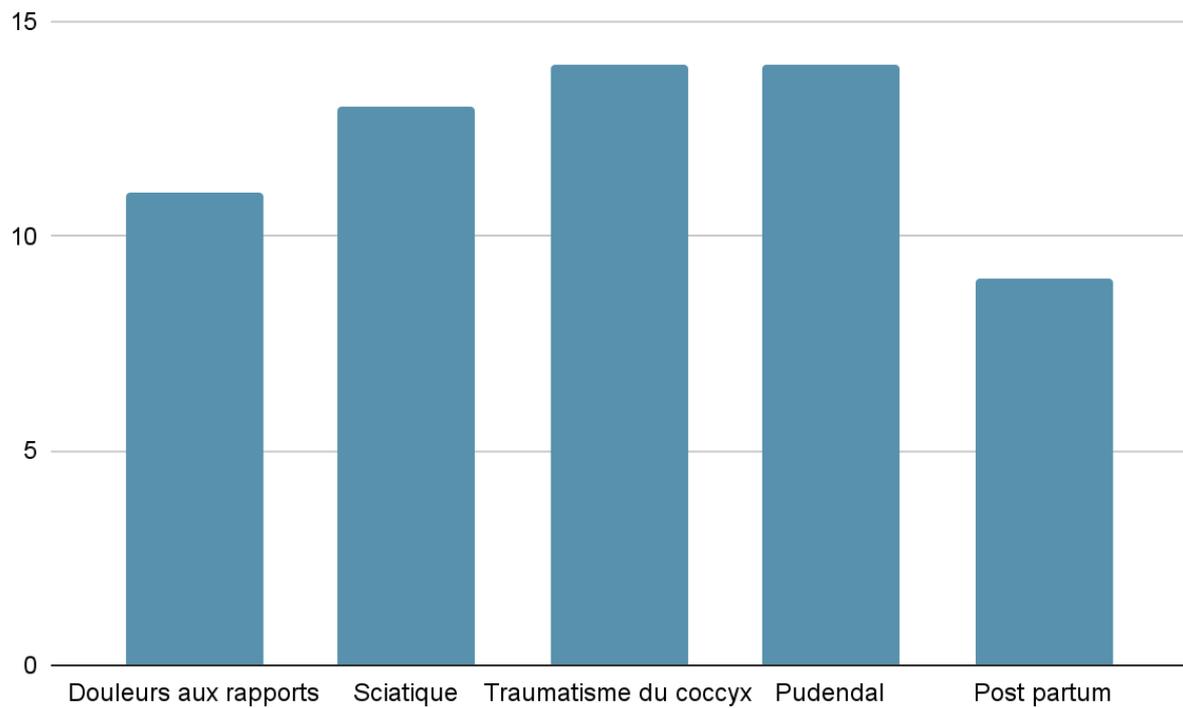


13. Pratiquez-vous le travail interne dès la première séance avec le/la patient(e) ?

17 réponses



14. a. Quelles pathologies/ plaintes, traitez-vous en interne ?



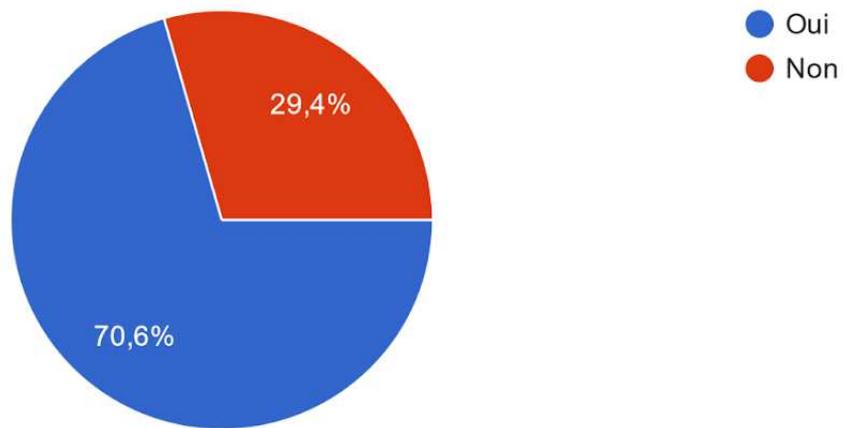
b. Traitez-vous d'autres pathologies / plaintes que celles citées ci dessus ?

- Endometriose, fibromes, kystes ovariens, infertilité, troubles urinaires, troubles sphinctériens, épreintes, prolapsus, sécheresse, vaginisme, perte libido, vulvodynie, trouble erection, adhérences cicatricielles post opératoire (hernies, testicules, prostate, césariennes, épisiotomie, déchirures), hémorroïdes, troubles vasculaires membres inférieurs, labrum de hanche, douleurs de hanche, troubles neurologiques (n. cluneal, ...), prostate, post cancer, rhumato du petit bassin, douleurs ligamentaires du sportif, orthopédie...
- Douleurs au psoas. Fuites urinaires.
- Pubalgies
- endométriose, post chirurgical, pertes urinaires, dysménorrhées, infertilité
- oui
- Les 2 non cochées peuvent être abordées si pas de résultat autrement
- infertilité mécanique, prolapsus, fuite urinaire, sécheresse vaginale...
- Infertilités, pb urinaires,
- Douleurs tendon Achille, irradiations membre inférieur, douleurs à la mobilisation assis-debout etc....
- Oui
- Pb circulatoire
- endométriose, douleurs de règles, cystites chroniques, troubles de la ménopause, prostatites, lombalgies chroniques à connotation viscérale, troubles digestifs, pré-conception, accompagnement de PMA, troubles urinaires...
- Non
- Toutes les pathologies fonctionnelles , propres de l'ostéopathie
- Désir de grossesse

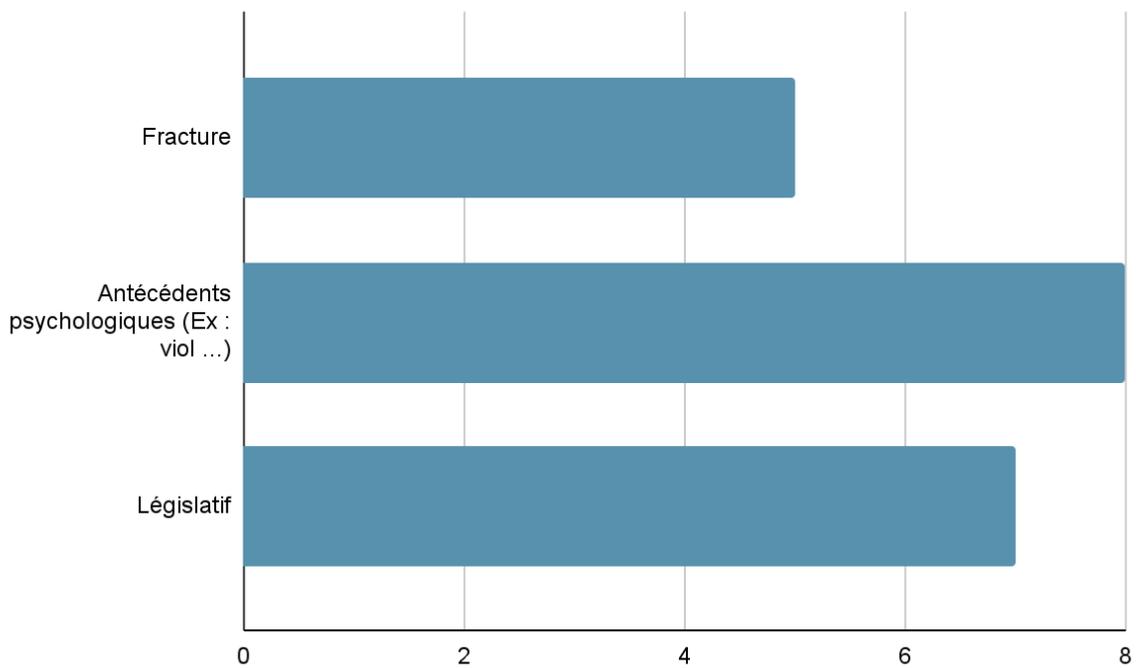


15. Vos patient(e)s acceptent-ils facilement cet abord interne ?

17 réponses



16. a. Quelles limites mettez-vous dans l'abord du travail interne ?

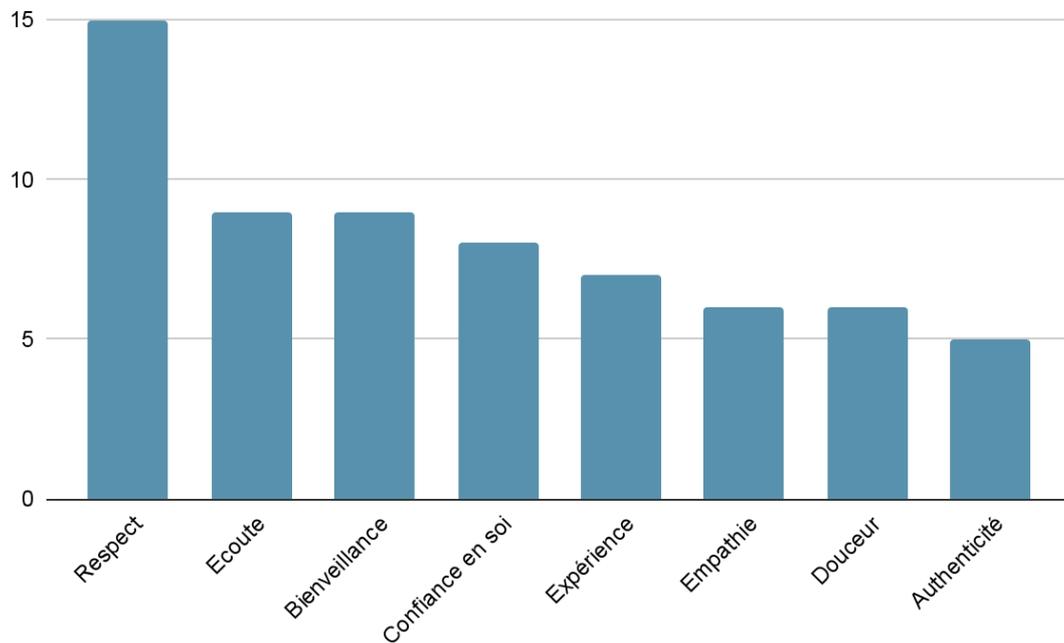


b. Avez-vous d'autres limites à l'abord d'un travail interne ? (Préciser svp) :

- La capacité du patient à comprendre l'intérêt de l'acte, d'un point de vue purement subjectif
- Consentement
- Tout refus de la part de la ou du patient. Et aucun travail interne sur un-e mineur-e
- âge, psychologie de la patiente
- Si je pense que le patient n'a pas tout à fait compris le pourquoi du comment
- Je ne comprends pas fracture ! = Post traumatique, dans cas oui. Législatif aussi mais je fais avec. C'est le patient qui pose la limite, tout de fait selon sa volonté et coopération.
- la non corrélation entre la plainte et le travail interne
- L'âge. Pas de travail interne avant 23 ans (ne me demande pas pourquoi) souvent elles ont déjà vu un gynéco du coup c'est moins bizarre. Et seulement les femmes ayant eu des rapports.
- Hésitation du sujet ou quand je ne le sens pas
- Les limites du patient
- celles du patient
- D'abord un travail ext et toujours en 2ème voir 3ème intention. Selon l'attitude du patient ou de la patiente.
- Les patients qui ne comprennent rien à la présentation du travail interne
- Oui je n'aborde pas le traitement interne chez l'homme par manque de confiance et malaise peut-être aussi



17. a. Quelles sont d'après vous les 3 qualités essentielles pour un thérapeute qui travaille en interne:



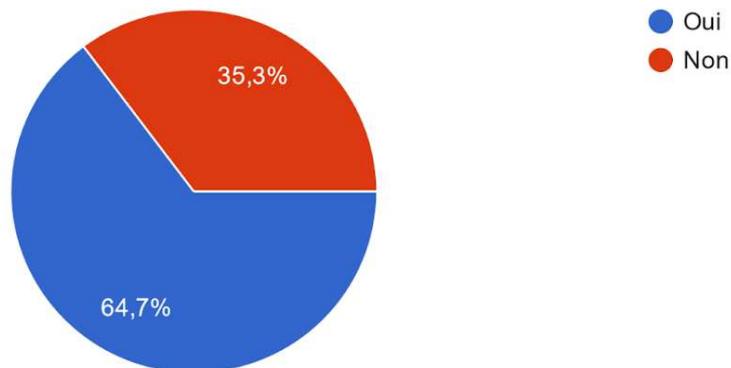
b. Pensez-vous à d'autres qualités essentielles non citées ci-dessus ? (Préciser svp) :

- Technicité et connaissance
- Professionnalisme : distance entre l'acte et le représenté symbolique
- importance de toujours expliquer pourquoi et comment
- clarté des explication, relation de confiance mutuelle
- J'ai tout coché au départ !
- l'expertise pratique, la pédagogie d'explication, l'humilité de résultat
- Assurance du geste.
- Clarté et franchise
- La pédagogie pour expliquer ce travail pour la personne le comprenne et l'accepte en pleine conscience
- Confiance
- pédagogie, professionnalisme, comme pour n'importe quelle manipulation
- Toutes les qualités ci dessus et Savoir pourquoi on le fait et avoir fixe un objectif de soin avec le ou la patiente



18. Avez-vous modifié votre discours / approche, entre vos premières années de pratique et ce jour dans le cadre d'un travail interne ?

17 réponses



19. Si oui, pourquoi et comment ?

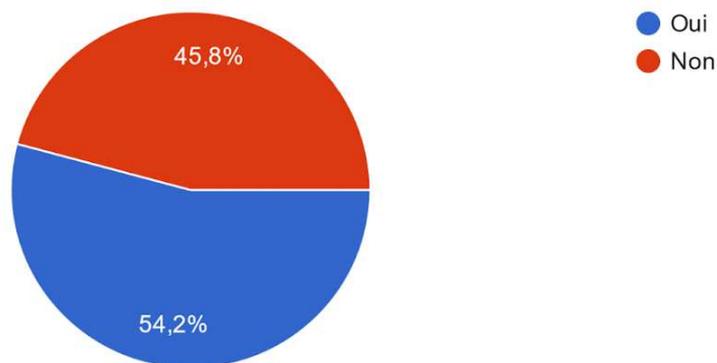
- Étant plus efficace peu à peu par ailleurs dans mes pratiques, le travail interne vient moins fréquemment en complément pour les troubles autres que petit bassin
- Je pose le « problème » dès le départ / législation et demande un consentement éclairé signé par le patient et un témoin qui reste présent maison à distance
- je ne traite que des problèmes liés mécaniquement à une approche interne, pas de céphalée catameniale par exemple. trop difficile à défendre légalement
- Plus d'assurance
- Trop de risques avec la gynéco. Pas envie de me prendre la tête. Plus facile avec les hommes (du moins je le pense, peut-être à tort...)
- Les différentes formations que j'ai pu faire ont modifié progressivement ma pratique, que ce soit dans ma gestuelle, sur la position du patient. En revanche ma façon de l'aborder avec le patient n'a pas beaucoup changé.
- vers une approche beaucoup plus émotionnelle, avec beaucoup plus d'attention et d'écoute. C'est une zone de notre corps qui contient beaucoup de mémoires de vécu émotionnel
- Plus d'expérience



- Cela va répondre à la question 8 .L'enseignement de l'ostéopathie n'apprends pas la psychologie humaine , elle s'apprend avec le temps et la pratique .C'est la principale considération qu'il faut apprécier dans une consultation, avant toute mise en oeuvre thérapeutique.
- J'ai été formée de manière plus ciblée en post grade/ j'ai gagné en assurance et eu des enfants moi-même. La perception de mon propre corps dans ce type de soin et le vécu des grossesses m'a conduite à une écoute plus "juste" ou peut être plus adaptée.

20. La législation en vigueur pourrait-elle être ou est-elle un frein à ce type de pratique ?

24 réponses



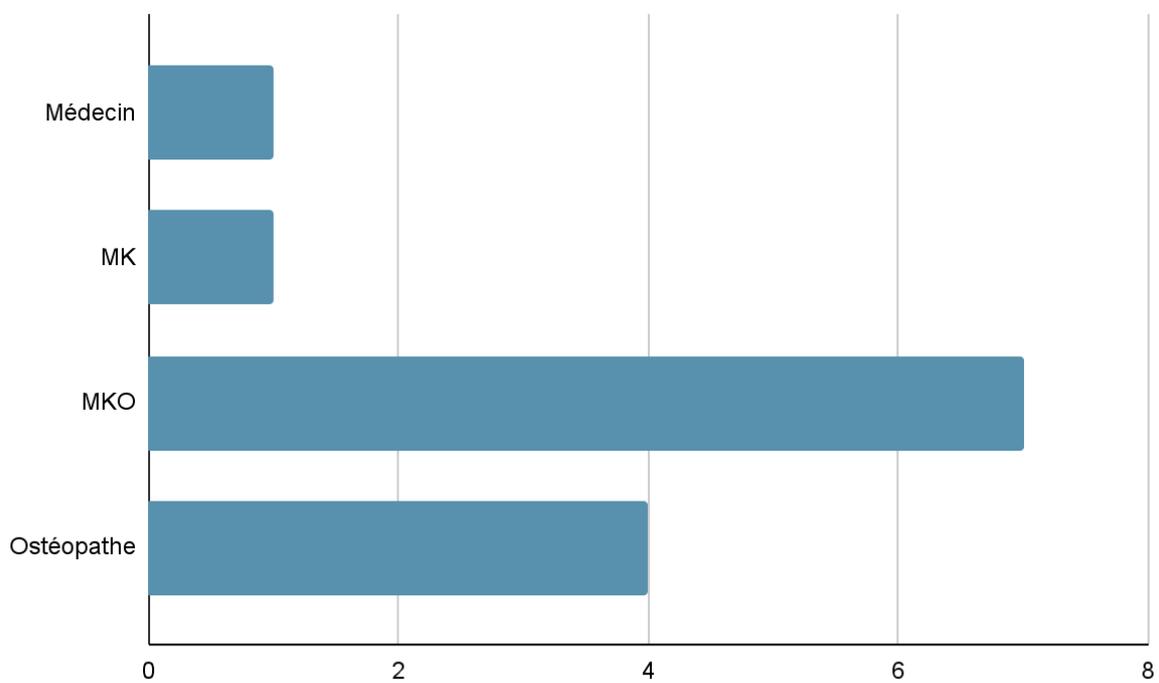
ANNEXE 8 : RÉSULTATS BRUTS DES QUESTIONNAIRES PATIENTS

1. Vous êtes :

11 réponses



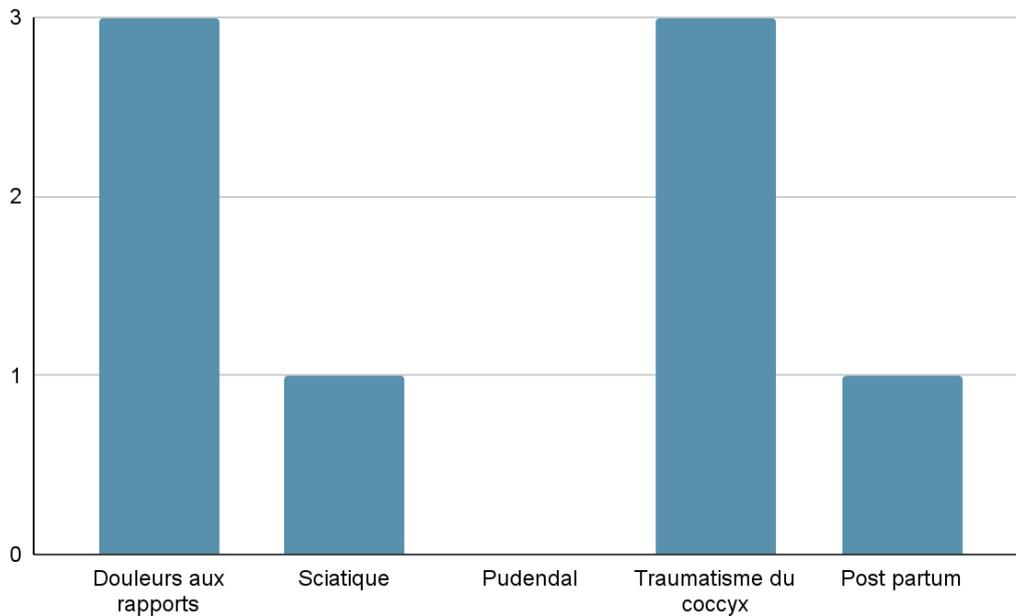
2. a. Avez-vous déjà bénéficié d'un travail par voie interne par l'un des professionnels suivants?



b. Par un autre professionnel de santé ? (préciser svp) :

- Non
- Physio

3.a. Pour quelles raisons/ motifs/ plaintes avez-vous eu recours à un travail interne ?

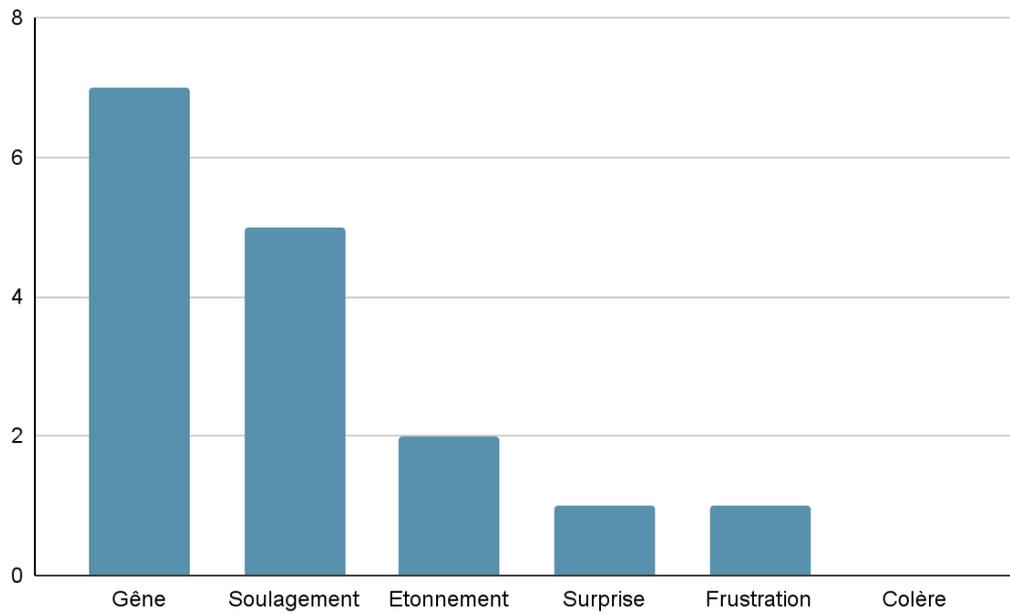


b. Avez-vous eu recours à un travail par voie interne pour d'autres raisons ?

- Douleurs lombo-pelvienne
- Endométriose
- Hémorroïde
- Désir de grossesse
- Douleur de stérilet
- Douleurs bilatérales des genoux
- Douleurs SI récalcitrantes aux traitements
- Douleur de règles



4. a. Quel a été votre ressenti lors de l'annonce qu'un travail interne serait nécessaire?

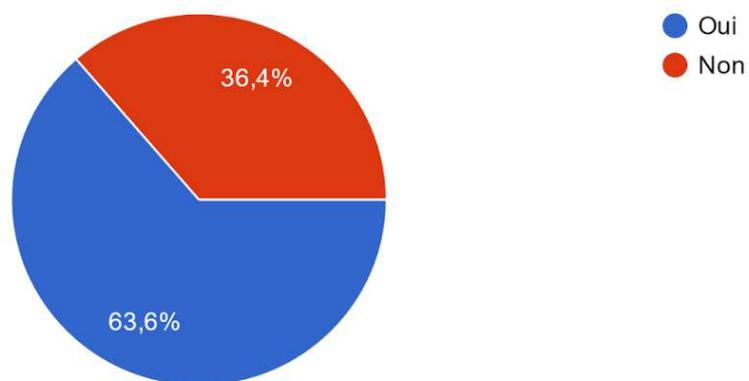


b. Avez-vous ressenti d'autres mots que ceux cités ci-dessus ?

- Curiosité
- Espoir

5. Privilégiez-vous un thérapeute du même sexe que vous pour ce traitement ?

11 réponses

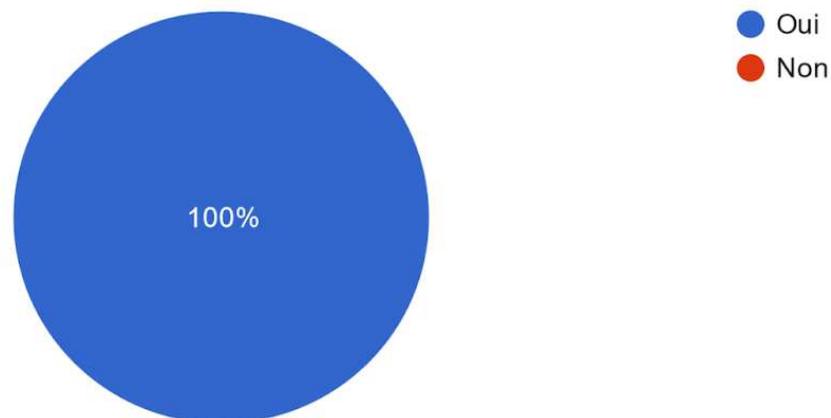


6. Comment ce choix de techniques a-t-il été abordé par le thérapeute ?

- Naturellement comme tout autre traitement
- Librement et naturellement
- Après plusieurs traitement sans résultat durable
- Rapidement de par mes symptômes
- Naturellement
- Suite à une chute, un ostéopathe m'a parlé de cette technique mais il ne l'a pratiqué pas car il n'en a pas le droit.
- Par des explications anatomiques évidentes pour moi
- Après avoir essayé plusieurs thérapeutes en externe, et avoir fait 2 séances avec ce thérapeute. Je savais qu'elle faisait de l'interne et je voulais essayer cette approche.
- Sous forme de suggestion
- C'était à ma demande puisque j'avais entendu dire que ça pouvait améliorer les douleurs aux rapports
- A ma demande.

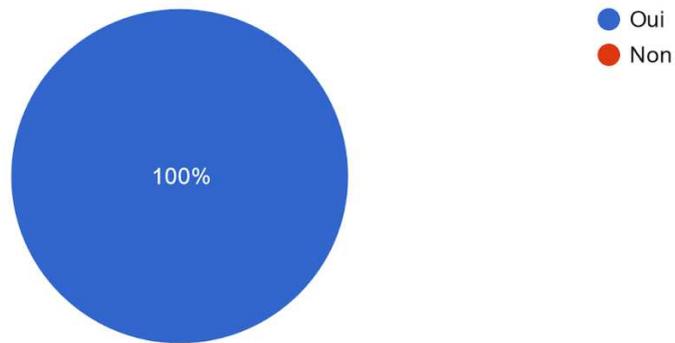
7. Vous a-t-il expliqué les raisons et nécessités de ce geste ?

11 réponses



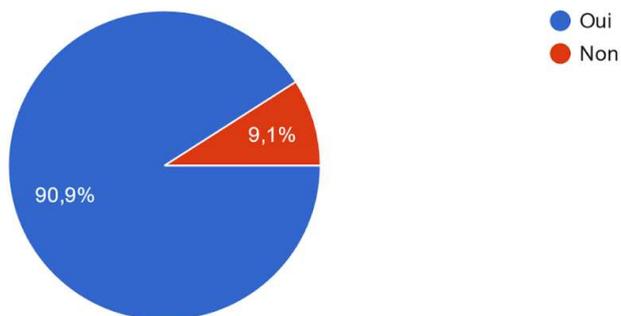
8. Vous a-t-il laissé le choix d'accepter ou de refuser ce type de soin ?

11 réponses



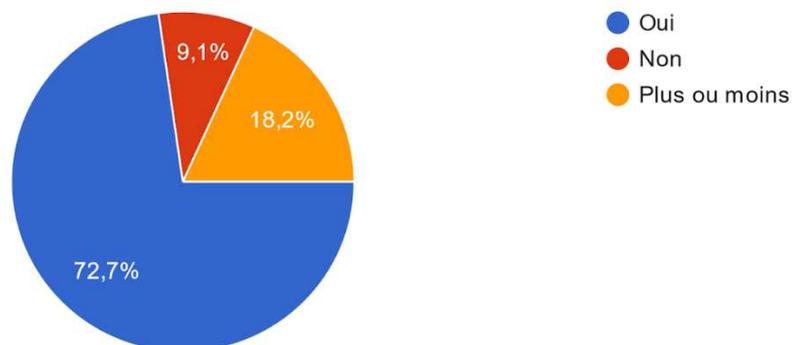
9. La première fois qu'un professionnel de santé vous a proposé un travail interne, vous a-t-il laissé le choix d'attendre la prochaine séance :

11 réponses

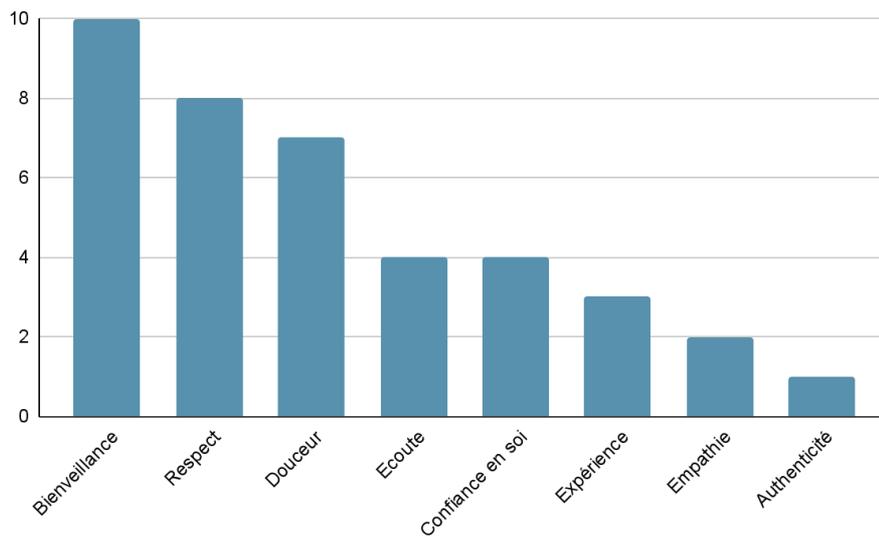


10. Avez-vous accepté cet abord sans difficulté ?

11 réponses



11. a. Quelles sont pour vous les 3 qualités humaines que doit avoir un thérapeute lorsqu'il propose un travail interne ?

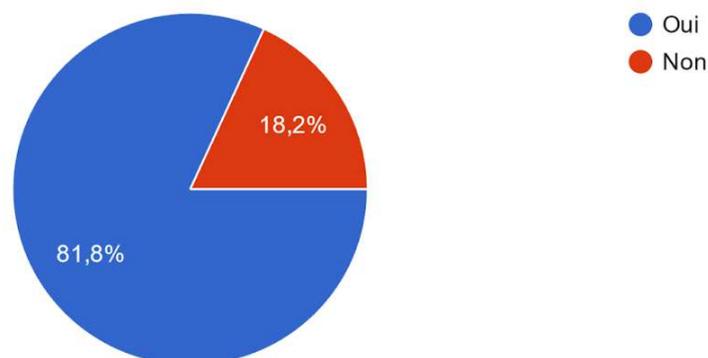


b. Y a-t-il d'autres qualités nécessaires selon vous qui n'ont pas été citées ci-dessus ?

- Savoir bien expliquer
- Accompagner et donner des conseils
- Discrétion
- Explication selon problématique
- Toutes les qualités

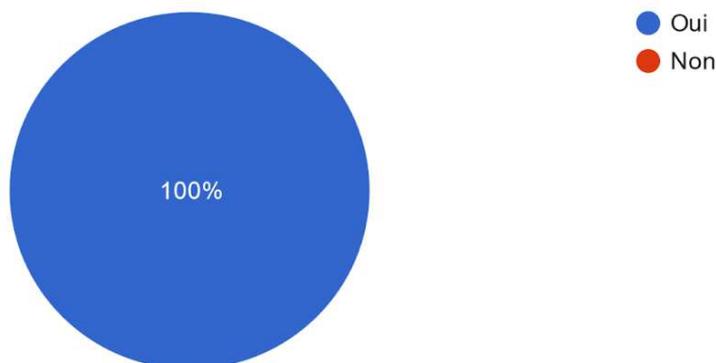
12. Avez-vous été soulagé par ce travail interne ?

11 réponses



13. En cas de besoin, seriez-vous prêt à renouveler ce travail ?

11 réponses



14. Auriez vous quelque chose de particulier à nous partager par rapport à votre expérience qui nous permettrait d'améliorer notre prise en charge ?

- Non
- Un schéma anatomique ..
- L'importance du respect de l'intimité
- Rien de particulier.
- Je pense que la technique n'est pas très courante et connue. J'ai eu les informations grâce à des personnes du milieu médical. Et bien plus efficace que tout les traitements anti douleurs.
- Ce travail est indispensable dans certaines pathologies et devrait pouvoir être réalisé par les professionnels de santé formés, avec le consentement du patient.
- Important de respecter le pudeur que peuvent avoir certains patients
- Ma séance s'est limitée au travail interne, il aurait fallu un travail du petit bassin et plus de séances pour améliorer mes symptômes je pense
- La prévenance des éventuels signes à observés ou effets secondaires. L'ouverture à revenir vers le thérapeute pour quelque qu'interrogation en lien avec le soin. être non pas à disposition mais savoir se rendre disponible dans le suivi du soin



RÉSUMÉ

Ce travail fait un état des lieux de la législation en vigueur et du vécu des patients concernant le travail interne par les ostéopathes. L'objectif est de recueillir des questionnaires de patients, concernant leur ressenti face à une telle approche, et de thérapeutes concernant leur manière d'aborder ce travail. Le but est de chercher à optimiser au mieux l'utilisation de ce travail, sans aller à l'encontre du patient, ni de la loi.

Au vu des résultats, lorsque le thérapeute aborde ce travail avec beaucoup de professionnalisme, et d'explications claires et précises, grâce à une communication thérapeutique de qualité, les patients n'ont pas de problème particulier à recevoir ce traitement, et sont même prêts à renouveler le travail s'il s'avère nécessaire.

