



Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes

## **Thérapies manuelles en France :**

Chiropraxie, Étio-pathie, Masso-kinésithérapie,  
Médecine Manuelle Ostéopathie, Ostéopathie.

**BOULANGER**  
**Adrien**

**PROMOTION 11**  
**Année 2019 - 2020**



Bretagne Ostéopathie SARL.  
Parc Monier - Bât Artémis - 167A, Rue de Lorient • 35000 RENNES • Tél. : 02 99 36 81 93 • Fax : 02 99 38 47 65  
[www.bretagne-osteopathie.com](http://www.bretagne-osteopathie.com) • [contact@bretagne-osteopathie.com](mailto:contact@bretagne-osteopathie.com)

CODE APE 8559A - N° Siret 504 423 302 00026 - Agrément Ministériel N° 2015-07

Déclaration d'activité enregistrée sous le n°53350846435 auprès du préfet de la région Bretagne. (Ce n° ne vaut pas agrément de l'état).

## Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce à l'aide de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance.

Je voudrais tout d'abord adresser toute ma gratitude à mon tuteur de mémoire François le Bailly pour sa disponibilité et ses conseils qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je désire aussi remercier toutes les personnes qui ont accepté de partager leur point de vue et de répondre à mes questions lors des interviews. Sans eux ce travail n'aurait pas été possible.

Je souhaite exprimer ma reconnaissance envers mes amis qui m'ont apporté leur support moral et intellectuel lors de ma démarche. Les discussions de comptoir ont également contribué à l'aboutissement de ce mémoire.

Enfin un grand merci à mes proches, et tout particulièrement à ma femme qui m'a soutenu pendant ce long travail qui fut riche en enseignement.

**Rien ne se perd, rien ne se crée, tout se transforme.**

citation apocryphe d'Antoine Lavoisier

# Sommaire

<b>Abréviations</b> .....	<b>4</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>5</b>
<b>Première partie : Contexte et influences des thérapies manuelles en France</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Intégration des soins manuels en France</b> .....	<b>6</b>
1.1. Mise en place des soins jusqu'au milieu du XIXe siècle.....	6
1.2. Du milieu du XIXe au milieu du XXe siècle.....	8
1.2.1. Début d'un intérêt pour les techniques manuelles par le corps médical.....	8
1.2.2. Les deux guerres mondiales et leurs conséquences.....	9
1.2.3. L'après deux guerres.....	10
1.2.4. Le décret de 1960.....	10
1.3. Évolution du milieu du XXe siècle à 2002.....	10
1.3.1. Médecine Manuelle Ostéopathie (MMO).....	10
1.3.2. Les Masseurs-Kinésithérapeutes (MK).....	11
1.3.3. Les Ostéopathes non-médecins.....	11
1.3.4. Les chiropracteurs.....	12
1.3.5. Les Étiopathes.....	12
1.4. Depuis la loi « Kouchner » de 2002.....	13
<b>2. Influences et concepts des thérapies manuelles en France</b> .....	<b>14</b>
2.1. L'école suédoise au 19e siècle : point de départ d'une démarche scientifique pour les thérapies manuelles.....	14
2.1.1. Origines de la technique et description.....	14
2.1.2. Champ d'application de la méthode Suédoise [98].....	15
2.1.3. Philosophie de la méthode Suédoise [98].....	16
2.2. Ostéopathie.....	17
2.3. Chiropraxie.....	19
2.4. MMO.....	21
2.5. Masso-kinésithérapie.....	22
2.6. Étiopathie.....	23
2.7. Place de l'Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes.....	25
<b>Deuxième partie : Étude de terrain</b> .....	<b>27</b>
<b>1. Problématique</b> .....	<b>27</b>
<b>2. Hypothèse</b> .....	<b>27</b>
<b>3. Méthodologie</b> .....	<b>27</b>
3.1. Choix de la méthode et des outils.....	27
3.2. Modalités de l'entretien.....	28
3.3. Traitement des données.....	28
3.3.1. Transcription des entretiens.....	28
3.3.2. Analyse des données.....	28
3.3.3. Outils d'analyse des données.....	29
3.4. Échantillonnage.....	30
3.4.1. Objectif de l'échantillon en recherche qualitative.....	30
3.4.2. Constitution de l'échantillon.....	30
<b>4. Résultats</b> .....	<b>31</b>
4.1. Caractéristiques de la population étudiée.....	31
4.2. Caractéristiques des interviews et du corpus.....	32
4.3. Résultats des interviews.....	32
4.3.1. Formation continue.....	32
4.3.2. Résultat des interviews des chiropracteurs.....	32
4.3.3. Résultat des interviews des ostéopathes.....	36
4.3.4. Résultat des interviews des étiopathes.....	38
4.3.5. Résultat des interviews des MK.....	41
4.3.6. Résultat des interviews des MMO.....	44

<b>5. Discussion.....</b>	<b>47</b>
5.1. Synthèse des résultats et confrontation avec l'hypothèse.....	47
5.1.1. Profil des interviewés.....	47
5.1.2. Première hypothèse.....	47
5.1.3. Deuxième hypothèse.....	50
5.1.4. Troisième Hypothèse.....	53
5.2. Limites et biais de la méthode.....	53
5.2.1. Caractéristiques de l'échantillonnage.....	53
5.2.2. Biais de sélection et biais affectif.....	53
5.2.3. A propos de la formulation des questions.....	53
5.2.4. Biais de désirabilité sociale.....	54
5.2.5. Biais de neutralité et d'interprétation.....	54
5.2.6. Puissance de l'étude.....	54
5.3. Réflexions nées de ce travail.....	54
5.3.1. Ignorances.....	54
5.3.2. Incompréhensions.....	55
5.3.3. Ouvertures.....	55
<b>Conclusion.....</b>	<b>57</b>
<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>58</b>
1. Bibliographie.....	58
2. Mémoires / Thèses.....	61
3. Textes de lois.....	61
4. Sitographie.....	62
5. Vidéos.....	64
<b>Sommaire des annexes.....</b>	<b>65</b>

## Abréviations

CORTECS : Collectif de recherche transdisciplinaire esprit critique & sciences  
CNOMK : Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes  
EBP : Evidence Based Practice  
S.D.K : Société De Kinésithérapie  
MPR : Médecine Physique et de Rééducation  
MK : Masseur-kinésithérapeute  
SFO : Société Française d'Ostéopathie  
SMMOF : Syndicat de Médecine Manuelle-Ostéopathie de France  
BSO : British School of Ostéopathie  
EFO : École Française d'Ostéopathie  
SNO : Syndicat National des Ostéopathes  
AOI : Association Ostéopathique Internationale  
MMO : Médecine Manuelle Ostéopathie  
SOFMMOO : Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathique  
DU : Diplôme Universitaire  
DIU : Diplôme Inter-Universitaire  
FEMMO : Fédération francophone des groupes d'Enseignement et d'Études de Médecine Manuelle Ostéopathie  
CIERMMO : Confédération Internationale d'Enseignement et de Recherche de la MMO  
CPAM : Caisse National d'Assurance Maladie  
BCNO : British College of Naturopathy and Osteopathy  
ESO : European School of Osteopathy  
CAF : Collégiale Académique de France  
IFE : Institut Français d'Étiopathie  
LCR : liquide céphalo-rachidien  
TGO : Le Traitement Global Ostéopathique  
MRP : Mécanisme Respiratoire Primaire  
STAR : moyen mnémotechnique pour Sensibilité, modification de la texture des Tissus, Asymétrie, et Restriction de mouvement  
GETM : Groupe d'Étude des Thérapeutiques Manuelles  
LTR : Lésion Tissulaire Réversible  
HVLA : « High Velocity Low Amplitude » (Haute vitesse basse amplitude)

## Introduction

L'utilisation des thérapies manuelles dans les soins à la personne existe depuis des millénaires. Hippocrate, au Ve et IVe siècle avant Jésus Christ, décrit déjà l'intérêt du massage sur les articulations après réduction de luxations vraies. Il s'intéresse également à la colonne vertébrale dont l'état défectueux est responsable de nombreuses affections et à son traitement à l'aide de manipulations ou d'appareils de réduction. Hippocrate n'est pas le premier à utiliser ces techniques, elles sont présentes à travers le monde pour soigner le corps. L'Inde, l'Égypte, et la Chine semblent en être des berceaux depuis des millénaires [1-3]. Ces techniques sont également ancrées sur le continent américain où des tribus de natifs les utilisent [4]. Elles font partie depuis toujours d'un système de soin auquel on peut rajouter la gymnastique corporelle et l'utilisation des plantes par exemple. Le savoir se passe par les écrits mais également par l'oral de maître à élève, souvent au sein d'une même famille dite de rebouteux.

Il existe encore de nos jours des rebouteux qui pratiquent partout en France. Ils utilisent « le massage musculaire profond ; les crochetages de tendons, d'aponévroses, de nerfs ; le ponçage des nœuds musculaires et la friction de points ligamentaires ou névralgiques ; les dégrippages et les débroussaillages articulaires ; les purges viscérales ; la réduction des luxations fraîches, voire des fractures simples» [5]. Si on leur reproche leur empirisme, les résultats qu'ils obtiennent ne laissent pas insensible le monde médical et paramédical.

Depuis le XXe siècle en France, les techniques manuelles connaissent un essor considérable dans le système de soin officiel. Les masseurs-kinésithérapeutes, les ostéopathes, dont certains sont également médecins, les chiropracteurs et les étioopathes font parties des ces professions qui leur porte un intérêt particulier. Les frontières semblent parfois difficiles à mettre en évidence à tel point qu'il peut être compliqué pour les patients de cerner la différence entre celles-ci. À l'inverse, il arrive que ce soit de trouver la similitude entre deux praticiens ayant le même diplôme qui pose des difficultés. Certaines rivalités interprofessionnelles sont également palpables.

Ce travail a pour but de comprendre leur implantation en France, leurs origines, leurs évolutions, leurs relations, ainsi que leurs points communs et différences. Une première partie contextuelle bibliographique est complétée par une étude de terrain.

## **Première partie : Contexte et influences des thérapies manuelles en France**

En rentrant les mots clefs suivants : « kinésithérapie », « médecine manuelle ostéopathique », « ostéopathie », « chiropraxie », « étiopathie », seuls ou en les combinant avec les mots « différences », « points communs », sur le moteur de recherche internet le plus utilisé en France [6], de nombreuses réponses nous sont proposées. Elles ont pu être rédigées dans des journaux [7-9]; sur des sites de santé [10,11] ; exprimées par des thérapeutes sur leur site internet [12-15] et sous forme de vidéos [16,17] ; ou encore évoquées par les représentants des professions [18,19]. Les informations se contredisent et il paraît alors très compliqué de comprendre ce qui lie et distingue ces professions. Au sein même de l'ostéopathie, trois types de thérapeutes apparaissent : les médecins, les kinésithérapeutes, et les « nini »<sup>1</sup>. Si la législation donne aux médecins ostéopathes plus de liberté par leur capacité de diagnostic médical, les codes de déontologie des médecins et des kinésithérapeutes limitent leur pratique. Ainsi, suite aux travaux du Collectif de recherche transdisciplinaire esprit critique & sciences (CORTECS) [20,21] commandés par le conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK), les pratiques de l'ostéopathie viscérale et crânienne sont classées parmi les dérives thérapeutiques et ne peuvent donc plus être utilisées légalement par un masseur-kinésithérapeute ostéopathe [22,23]. Deux des auteurs vont plus loin dans leurs recherches en soulignant l'absence d'études scientifiques lors de la création de l'ostéopathie, de la chiropraxie et de l'étiopathie. Par exemple, l'ostéopathie semble être née d'une révélation divine [24,25]. À l'heure où l'Evidence Based Practice (EBP), ou pratique basée sur les preuves, prend une place de plus en plus importante [26], comment des pratiques qui semblent finalement être totalement empiriques, ont-elles pu faire leur place ? Comment des médecins, dont la démarche scientifique est ancrée depuis des siècles, ont pu s'y intéresser ? Des pièces du puzzle semblent manquer. Un retour en arrière paraît indispensable pour tenter de dissocier le vrai du faux et commencer à cerner les contours de chaque profession.

### **1. Intégration des soins manuels en France**

#### **1.1. Mise en place des soins jusqu'au milieu du XIXe siècle**

En France la médecine commence à se structurer en 1220 avec l'ouverture de la première école à Montpellier. Suivront quelques années plus tard Toulouse et Paris. Ces écoles de médecine sont placées sous le contrôle des autorités religieuses. Au 13<sup>e</sup> siècle, il est interdit aux médecins de pratiquer la chirurgie ou tout autre acte manuel considéré comme humiliant pour la profession. Cette aversion du corps médical n'empêchera cependant pas à ces pratiques de persister. Plusieurs termes qualifient alors les thérapeutes manuels : chirurgiens, barbiers, rebouteux, ou encore renoueurs. Jusqu'à la fin du 18<sup>e</sup> siècle, un lien étroit existe entre ces différents métiers<sup>2</sup>. Ces thérapeutes manuels qui prodiguent aussi bien leurs soins sur le front, dans les villes et campagnes, ou encore à la cour des rois, s'attellent à deux types d'actes : instrumentaux (opérations, dissections) et non instrumentaux (réductions de fractures, luxations, entorses). Parmi eux, un groupe se réunit et fonde la première école de chirurgie Française en 1260 : le collège de Saint-Côme et Saint-Damien. Deux groupes se dessinent alors parmi les thérapeutes manuels : les scientifiques qui suivent le cursus au sein du collège et les empiriques qui se forment sur le terrain [27,28]. Bien que pendant une courte période les scientifiques sont freinés dans leur démarche par le corps médical au milieu du XVI<sup>e</sup> siècle<sup>3</sup>, ils le sont surtout par la vocation ecclésiastique des hôpitaux jusqu'au début de celui-ci [29]. L'Église interdisant toute dissection sur corps humain. L'anatomie possède alors comme référence les travaux d'Hérophile et Érasistrate (III<sup>e</sup> et IV<sup>e</sup> siècle avant J.-C.) ainsi que ceux de Galien (anatomie réalisée sur des singes) et d'Avicenne. Ce n'est que 1600 ans plus tard, en Italie, que les dissections et donc l'avancée des

<sup>1</sup> On nomme « nini » les ostéopathes ayant eu leur diplôme à partir d'une formation initial. « ni »- « ni » pour ni médecin, ni kinésithérapeute.

<sup>2</sup> "Le renoueur est le chirurgien qui a eu l'adresse de renouer les membres disloqués" (Encyclopédie d'Alembert 1751-1771), "C'est un chirurgien qui s'occupe particulièrement de la réduction des membres disloqués" (dictionnaire du Grand vocabulaire français 1773).

<sup>3</sup> Décret de 1551 interdisant aux chirurgiens, barbiers et autres, de pratiquer dissections et anatomie sans l'autorisation et la supervision d'un médecin, alors seul en charge de l'interprétation.

connaissances en anatomie humaine reprennent doucement par les travaux de Mondino dei Liucci (1316) [30]. André Vésale apporte sa contribution en publiant en 1543 un ouvrage fondateur de l'anatomie moderne : *De humani corporis fabrica libri septem* (À propos de la fabrique du corps humain en sept livres) [31]. Ambroise Paré, chirurgien empirique autodidacte et inventeur du bistouri, contribue ensuite fortement à l'expansion de la chirurgie instrumentale en France. Il démarre sa carrière en tant qu'assistant barbier, pour finir chirurgien du roi Henri II. Ce même roi le fait nommer au sein du collège de chirurgie sans en suivre les études. Paré joue de son influence pour permettre aux chirurgiens scientifiques d'obtenir des corps à disséquer. Ses travaux, dont une partie sont inspirés par ceux de Vésale, permettent alors de grandes avancées pour la chirurgie [28,32,33].

Le XIXe siècle et la révolution Française qui le précède redistribuent les cartes. La liberté d'exercice des professions et la fermeture des facultés n'épargnent pas la médecine et la chirurgie. Alors que jusque là les médecins rejettent la chirurgie afin de « conserver pure et intacte la dignité de l'ordre des médecins »<sup>4</sup>, la présence de personnel qualifié devient indispensable sur le front. Très rapidement des écoles de santé sont montées, il n'existe plus de distinction entre chirurgie et médecine. Jusqu'en 1803, l'enseignement et la sélection s'organise à travers différents textes et lois afin d'aboutir à la création du diplôme national réservant l'art de guérir au Docteurs en médecine et chirurgie. On observe une scission entre chirurgie instrumentale et non instrumentale<sup>5</sup>. Les empiriques restent alors les seuls porteurs de la quasi intégralité de cette dernière [27,34-36].

La chirurgie instrumentale fait de nouvelles avancées importantes avec l'arrivée de l'anesthésie à l'éther en 1846 aux États-Unis d'Amérique. Puis à la même époque, avec l'antisepsie par Semmelweiss (chirurgien obstétricien Hongrois), qui découvre le caractère infectieux de la fièvre puerpérale dû à "l'agent putride". Celle-ci est dévastatrice à l'époque et responsable d'un taux de mortalité très élevé dans les services de maternité alors que ce dernier est moindre en dehors des hôpitaux. Les recherches de Pasteur [37] sur l'antisepsie et l'asepsie permettent de mettre un nom sur cet agent : le streptocoque. L'hygiène est alors au coeur des préoccupations dans les hôpitaux. Lister, après avoir découvert la théorie des germes de Pasteur, met en place des traitements de plaies à base de compresses imbibées de produits antiseptiques. Les résultats obtenus sur les infections et le taux de mortalité des services de chirurgie sont excellents, c'est une avancée considérable. En France, J. Lucas-Championnière qui part se former directement en 1869 auprès de Lister, permet de mettre en place ses méthodes dès 1876 [28,38,39].

Dans un tel contexte : blessures de guerre, chirurgie sans anesthésie, infections, amputations, décès, il est aisé de comprendre pourquoi les chirurgiens laissent de côté bon nombre des techniques non-instrumentales, et notamment les réductions de luxations incomplètes décrites par Ambroise Paré (annexe 1). Les recherches, sûrement aidées par l'existence d'écoles et de facultés, n'ont cessé de continuer afin d'améliorer les conditions de chirurgie, les écrits ont suivi avec.

---

<sup>4</sup> Statuts de la faculté de médecine de Paris au XVIIIe siècle. (Prunelle, 1816, page 106)  
Des prémisses de rapprochement avaient déjà eu lieu à la faculté de Montpellier où dès 1720 le titre de Docteur en chirurgie était décerné.

<sup>5</sup> "Renoueur : Celui, celle qui, sans autre instruction que l'empirisme, remet les luxations, les fractures et les entorses. On dit aussi rebouteur, rhabileur. » (Émile Littré : dictionnaire de la langue française (1872-1877). « Rebouteux : Personne qui, n'ayant pas fait d'études médicales, prétend guérir fractures, luxations, douleurs par des moyens empiriques. (L'activité des rebouteux est interdite par la loi.) » (Dictionnaire Larousse 2020)

## 1.2. Du milieu du XIXe au milieu du XXe siècle

### 1.2.1. Début d'un intérêt pour les techniques manuelles par le corps médical

Au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, alors que les recherches médicales sont essentiellement concentrées sur la classification des maladies, et que les solutions proposées sont principalement médicamenteuses et chirurgicales, certains médecins vont se pencher sur d'autres moyens thérapeutiques. Un regain d'intérêt pour les thérapies manuelles non instrumentales est palpable. Le massage est introduit dans les thermes lors des soins de cure. En orthopédie le docteur Clément-Joseph Tissot introduit la gymnastique. Au milieu du 19<sup>e</sup> siècle, ce travail continue à l'hôpital des enfants de la pitié Salpêtrière, où en 1847 le gymnaste N. Laisné est chargé de tester ces thérapeutiques sur différentes pathologies (Tuberculose, neurologiques, déviation de la colonne vertébrale). Il utilise la gymnastique et le massage. Le Docteur J. Estradère y réalise sa thèse en 1863 et sépare le massage hygiéniste sur corps sain et massage thérapeutique destiné au corps malade, le premier devant être pratiqué par un professionnel du massage et le second par un médecin. Tout cela intervient alors qu'en Suède une petite révolution commence depuis le début du siècle : la création d'une école officielle de gymnastique suédoise et son intégration dans le système de soin du pays [1,27,40].

Malgré les résultats et le travail d'autres médecins comme le Docteur Dujardin-Beaumetz en 1886, porteur de la gymnastique suédoise à travers l'hygiène thérapeutique, et le Professeur Raymond en 1896, porteur de la rééducation motrice<sup>6</sup>, la méfiance persiste au sein du corps médical envers les pratiques manuelles. Celles-ci sont toujours principalement portées par les empiriques et cela va continuer malgré la refonte du système médical institué par la loi de 1892<sup>7</sup>. Cette loi crée les statuts de chirurgien-dentiste, sage-femme, et infirmière. Elle confère aux médecins l'exercice exclusif de la médecine et leur permet de poursuivre les empiriques pour exercice illégal. Si certains médecins sont contre la délégation de ces actes manuels à des non médecins, d'autres le font volontiers une fois le diagnostic et l'indication portés. Ces aides peuvent être des légaux : infirmières, sages-femmes, étudiants en médecine. Mais également des illégaux : masseurs et rebouteux, parfois difficile à dissocier. Cette ambiguïté et la popularité de ces derniers auprès de la population leur permettent de résister aux poursuites en justice. D'autres praticiens profitent également des largesses de la loi. Ainsi bandagistes, pédicures-masseurs, magnétiseurs, et hypnotiseurs continuent à pratiquer. Des écoles privées de massages forment des non médecins. On peut notamment citer l'EFOM, ouverte en 1889 par le Docteur Archambaud. C'est également le début des cours d'éducation physique dans les écoles à but de santé, bien-être, et développement physique de potentiels futurs soldats. Ainsi les enfants sont examinés par un médecin inspecteur chargé de les classer en "normaux", qu'il laisse à la charge du professeur d'éducation physique (EP), et en "retardés", qu'il redirige vers des médecins spécialistes de gymnastique médicale [27, 41, 42].

En 1900 des médecins se regroupent au sein de la Société De Kinésithérapie (S.D.K), dont le président d'honneur est Jules-Etienne Marey. Elle est composée des promoteurs principaux de l'époque militant pour la mise en place de nouvelles thérapeutiques, les Docteurs : Stapfer en gynécologie (formé à la méthode suédoise), Lucas-Championnière en chirurgie, Lagrange avec la gymnastique suédoise, et le Docteur Mesnard en orthopédie. La S.D.K et la société d'électrothérapie<sup>8</sup> s'associent vers 1906 afin d'avoir plus de poids au sein des instances

<sup>6</sup> Gymnastique raisonnée destinée à rétablir les rapports normaux entre la perception consciente et la volonté. Inspirée entre autre de la méthode Suisse du Dr Frenkel de gymnastique raisonnée ou cérébrale visant à amoindrir les effets de pathologie qu'il n'est pas possible de guérir. Initialement appliquée aux maladies neurologiques elle s'étend ensuite à la rééducation des blessés de guerre.

<sup>7</sup> Loi du 19 ventôse an II. Journal officiel, 1892, 507.

<https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1998x032x001/HSMx1998x032x001x0063.pdf>  
(consulté le 29/04/2020)

<sup>8</sup> Société d'électrothérapie : créée en 1889 par le Pr Charcot suite aux travaux dans son service, auquel le Docteur Duchenne de Boulogne participa. L'électrothérapie étant devenu un moyen diagnostic et thérapeutique.

médicales. La physiothérapie émerge de cette réunion. Ils désirent s'inspirer du modèle Suédois où un enseignement se déroulant sur 3 ans est donné. Ils n'arrivent cependant pas à leur but. La création d'un enseignement dans les facultés, afin de former des personnes compétentes et faire perdurer la méthode, échoue. Les arrivées de la radiologie et de la radiothérapie, associées à l'absence d'enseignement et la disparition des promoteurs de la kinésithérapie, entraînent une chute de l'intérêt de ces méthodes [27].

À la même époque, une autre pratique suscite l'intérêt chez les médecins Français : l'ostéopathie. Deux d'entre-eux, les Docteurs Moutin et Mann, publient en 1913 un ouvrage attendu depuis « *longtemps* », et destiné « *aux élèves, aux praticiens, et même aux médecins* ». (Moutin & Mann, préface, p7) [43]. Dans ce livre destiné à tout public, ils exposent les principes et méthodes thérapeutiques de cette « science thérapeutique qui établit le diagnostic des maladies par des procédés purement physiques, dans le but de découvrir non pas les symptômes, mais la cause du mal ». Elle est basée « sur des lois physiologiques connues » et n'a « rien d'empirique ». (Moutin & Mann, introduction, p10-11)

### **1.2.2. Les deux guerres mondiales et leurs conséquences**

Si la première guerre mondiale (1914-1918) semble plonger l'ostéopathie dans l'oubli, elle entraîne un regain d'intérêt pour la physiothérapie, nommée plus tard médecine physique et de rééducation (MPR). Le Docteur Camus, médecin des hôpitaux, dirige alors le dépôt de physiothérapie du Grand Palais (1915). Il y fait appliquer sur les blessés de guerre la rééducation motrice, développée quelques années plus tôt par les médecins de la Pitié Salpêtrières. Ainsi massage, électrothérapie, hydrothérapie, mécanothérapie, thermothérapie sont utilisés. Cela permet à la fois de renvoyer les soldats au front plus rapidement, de diminuer le nombre de pensions militaires à vie, et de rééduquer professionnellement les futurs réformés. Des services identiques sont mis en place partout en France. Des infirmières et des bénévoles sont chargés de mettre en application les traitements. Le manque de personnels formés est alors flagrant et des réflexions commencent afin de mettre en place des enseignements. Un diplôme d'État officiel pour les infirmières est créé en 1922. Les masseurs qui désirent également être reconnus sont intégrés dès 1924 à la formation des infirmières avec une première année commune et une deuxième de spécialisation en massage. Le statut d'infirmier-masseur est né et des équivalences sont également délivrées [27,41,42,44,45].

Parallèlement, les premiers chiropracteurs s'installent en France dès la fin de la guerre. Edward-Henry Schwing est le premier en 1920 et est suivi quelques mois plus tard par Gaston-Lucien Gross [46]. La chiropractie est alors méconnue en France. Le Docteur Leprince semble le premier à s'y intéresser et y fait référence sous le terme de vertébrothérapie en 1931 [44,47]. On observe également un regain d'intérêt pour l'ostéopathie. Le docteur Lavezzari se forme auprès d'une ostéopathe Américaine, Florence Gair, élève du fondateur de la discipline. Il crée alors un enseignement destiné aux médecins dès 1932 au dispensaire Hahnemann (Paris) [48].

La même année, les professeurs d'éducation physique désireux de s'inscrire dans la prise en charge médicale des enfants, créent la société Française de rééducation physique. Ils sollicitent alors un diplôme de spécialiste de gymnastique médicale, en collaboration avec le médecin mais sans rapport de subordination. En 1937 les masseurs obtiennent leur indépendance par rapport aux infirmiers : le statut de masseur médical est créé. Ils restent, comme ils le souhaitent, subordonnés aux médecins et à leurs prescriptions quantitatives et qualitatives. Ces deux professions obtiennent gain de cause pendant la seconde guerre mondiale avec la création de deux diplômes d'état. Finalement, le nouveau gouvernement en place abroge de nombreux décrets votés pendant celle-ci. La loi de 1946 réunit les deux diplômes en un seul : le diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute (MK). Ces thérapeutes sont subordonnés aux médecins et le diplôme est délivré par des écoles privées. Il réunit masseurs médicaux, gymnastes médicaux, infirmiers-masseurs, masseurs aveugles et masseurs thermaux. Des équivalences sont données sur dossier [27,41,42,45].

### **1.2.3. L'après deux guerres**

La formation des MK s'organise et une trentaine de nouvelles écoles sont agréées entre 1946 et 1951 pour répondre aux besoins. L'enseignement est très divers. Dans certaines écoles il est interdit de parler de massage, d'ostéopathie, de vertébrothérapie, ou encore de renforcement musculaire chez l'enfant. Dans d'autres, c'est tout simplement l'inverse [1]. La vertébrothérapie générale est alors portée par le Docteur De Sambucy, c'est ainsi qu'il nommera sa méthode en neuf temps (annexe 2). Il y réunit diverses techniques dont entre autres le massage, la gymnastique suédoise, l'ostéopathie, la chiropraxie, l'orthopédie, la radiologie [49]. Bien que portant un intérêt particulier à la colonne vertébrale, elle ne se résume donc pas à la chiropraxie qui continue de son côté à évoluer indépendamment de la médecine. Il n'en est pas de même pour l'ostéopathie. Jusqu'en 1950 elle n'est enseignée que par des médecins. Certains souhaitent obtenir l'exclusivité de l'enseignement et de la pratique. Ce mouvement est porté par Lavezzari, Piedallu, Renoult, et d'autres, qui fondent en 1952 la Société Française d'Ostéopathie (SFO). Ainsi que par le Docteur Robert Maigne qui crée à son retour de Grande-Bretagne, en 1953, le Syndicat de Médecine Manuelle-Ostéopathie de France (SMMOF). D'autres, comme De Sambucy, sont plus ouverts et initie également les non-médecins dans les écoles de masso-kinésithérapie [2,50,51]. Certains MK laissent alors leur versant de rééducateur pour se consacrer à l'ostéopathie. Paul Gény, initialement masseur-kinésithérapeute, part se former à la British School of Ostéopathie (BSO) où il obtient son diplôme. À son retour, aidé par des ostéopathes anglais, il monte en 1950 l'École Française d'Ostéopathie (EFO). Celle-ci est ouverte aux MK et aux médecins. A l'aube d'un décret qui va bouleverser les choses, deux associations sont créées en 1959 par et pour les ostéopathes non médecins : le Syndicat National des Ostéopathes (SNO) et l'Association Ostéopathique Internationale (AOI) [52].

### **1.2.4. Le décret de 1960<sup>9</sup>**

Suite au vote de ce décret, les docteurs en médecine sont les seuls habilités à réaliser les mobilisations forcées des articulations, les réductions de déplacements osseux, les manipulations vertébrales et, plus généralement, les traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie (ou vertébrothérapie) et de chiropraxie. Le décret de 1962<sup>10</sup> conforte cette exclusivité d'exercice. L'EFO ferme alors ses portes, mais l'enseignement pour les non médecins ne s'arrête pas pour autant, il se délocalise. Paul Geny, fondateur du SNO, poursuit l'aventure en Grande-Bretagne. Le groupe fondateur de l'AOI, crée quand à lui un enseignement en Suisse. L'Étiopathie, dernière née des thérapies manuelles étudiées dans ce mémoire, y voit le jour [52].

## **1.3. Évolution du milieu du XXe siècle à 2002**

### **1.3.1. Médecine Manuelle Ostéopathie (MMO)**

Alors que l'enseignement se réalise dans divers services ou dispensaires, Maigne crée en 1964 la Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathique (SOFMMOO) pour représenter cette spécialité. Il met en place en 1969 le premier Diplôme Universitaire (DU) à l'université de Paris VI. D'autres universités proposent progressivement cet enseignement. Il est aidé par les docteurs Lescure et Waghemaker, tous deux également initiés à l'ostéopathie à Londres. Ce diplôme universitaire est réservé aux spécialistes en rhumatologie et en rééducation fonctionnelle.

Désireux de proposer cet enseignement aux médecins généralistes, qui n'ont alors pas d'autres solutions que de suivre un enseignement dans des écoles privées, le docteur P. Cornillot met en place en 1982 un DU à Bobigny. Médecins, chirurgiens dentistes, et vétérinaires peuvent s'y inscrire. Il fait appel à des ostéopathes non-médecins, formés principalement à l'école de Maidstone (Grande-Bretagne), pour assurer l'enseignement.

<sup>9</sup> Arrêté du 21 décembre 1960 relatif aux actes médicaux. JORF du 28 décembre 1960 page 11954.

<sup>10</sup> Arrêté du 6 janvier 1962 relatif aux actes médicaux. JORF du 1 février 1962 page 1111.

En 1996, sous l'impulsion du conseil national de l'ordre des médecins, le Diplôme Inter-Universitaire (DIU) est créé par des responsables des divers diplômes universitaires tendance Maigne et des responsables du diplôme universitaire de Bobigny. Le terme MMO est retenu pour marquer l'aspect médical. Les étudiants en médecine sont sensibilisés à ces techniques et une formation complémentaire au cursus classique leur est proposée.

En parallèle de l'université, des groupes de recherche voient le jour et des écoles privées indépendantes continuent également d'enseigner. Elles ne peuvent cependant pas décerner le diplôme universitaire. En 1983, Le Docteur Piganiol parvient à les regrouper au sein de la Fédération francophone des groupes d'Enseignement et d'Études de Médecine Manuelle Ostéopathie (FEMMO). Certains de ces groupes privés passent alors des accords avec les universités et participent à l'enseignement des DIU. D'autres se sont réunis au sein de la CIERMMO (Confédération Internationale d'Enseignement et de Recherche de la MMO). Suite à la loi du 4 mars 2002, les médecins ne sont plus les seuls à pouvoir pratiquer l'ostéopathie légalement [2,50,53-56].

### **1.3.2. Les Masseurs-Kinésithérapeutes (MK)**

En 1962, est signée par les MK la première convention avec la Caisse National d'Assurance Maladie (CPAM). Cette convention classe les actes remboursés pour les patients. Les MK se doivent de respecter la prescription médicale quantitative et qualitative. Ils sont fortement liés à la spécialité de MPR. Celle-ci contrôle le champ de la rééducation. Bien que d'un côté les MK perdent certaines de leurs spécialités avec la création d'autres métiers de rééducation : orthophonistes et orthoptistes en 1964, ergothérapeutes en 1970, et psychomotriciens en 1974, de l'autre, ils gagnent petit à petit en autonomie. En 1968, la durée des études est allongée à trois ans. Cela entraîne un élargissement significatif du champ de compétence officialisé par décret<sup>11</sup> en 1985, laissant notamment libre les MK de toute surveillance directe d'un médecin dans la réalisation de nombreux actes comme ceux d'électrothérapie. En 1996<sup>12</sup>, les MK obtiennent le libre choix de leurs techniques, le bilan diagnostic kinésithérapique fait son apparition, et ils peuvent maintenant jouer un rôle dans la prévention, le conseil et la recherche. L'année 2000<sup>13</sup> voit la suppression des notions qualitative et quantitative de la prescription médicale. La loi « Kouchner » de 2002<sup>14</sup> augmente une nouvelle fois le champ de compétence du MK [27,41,42,57,58].

### **1.3.3. Les Ostéopathes non-médecins**

Suite à la fermeture de l'EFO, Paul Gény épaulé notamment par T. Dummer, poursuit son enseignement en Grande-Bretagne. Celui-ci a lieu à Londres dans les murs de la British College of Naturopathy and Osteopathy (BCNO). L'école est relocalisée à Maidstone en 1971 afin de conserver son esprit purement ostéopathique. Elle fusionne alors avec l'institut de J. Wernham pour devenir : l'European School of Osteopathy (ESO). Les MK Français partent s'y former. D'autres suivent l'enseignement aux Etats-Unis mais également au près de l'AOI à Genève (Suisse) [1,52,59-61].

À partir de 1969 en France ces MK ouvrent des centres d'enseignement, ainsi que des associations de recherche et de développement. L'enseignement n'étant pas illégal, ils se développent et s'organisent. De nombreuses fusions d'écoles ont lieux. Le statut juridique réservant la pratique aux médecins, la plupart des non-médecins pratiquent sous couvert de la kinésithérapie. Mais en 1981 le Registre des Ostéopathes de France, association qui se propose d'organiser la défense des ostéopathes non-médecins dans la reconnaissance de la profession,

---

<sup>11</sup> Décret n°85-918 du 26 août 1985 relatif aux actes professionnels du MK. JORF du 30 août 1985 page 10032.

<sup>12</sup> Décret no 96-879 du 08/10/1996 relatif aux actes professionnels du MK. JORF n°236 du 09/10/1996 page 14802.

<sup>13</sup> Arrêté du 22/12/2000 modifiant celui du 06/01/1962. Article 1<sup>er</sup>. JORF n°53 du 3 mars 2000 page 3378 texte n° 11

<sup>14</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades. Article 48. JORF du 5 mars 2002 page 4118.

est créé sous la présidence de Perronneaud-Ferre. Les prétendants doivent retirer leur diplôme de kinésithérapie de la préfecture pour y être accepté. Si la plupart joue le jeu, certains font machine arrière quelques années plus tard afin de ne pas être soumis à la TVA. 1983 voit naître la première formation à temps plein dispensée en France au sein du collège ATMAN. Cela ouvre donc la formation à des non professionnels de santé. D'autres suivent, et la Collégiale Académique de France (CAF) est alors chargé de définir les standards d'enseignement des écoles afin d'autoriser la délivrance du diplôme en ostéopathie. Des condamnations pour exercice illégal s'en suivent. Les discussions infructueuses avec le corps médical entraînent une vaste campagne auprès de la population et des politiques. En 1992, les premiers contacts avec un député européen français, M. Lannoye, sont établis. Les discussions démarrent au parlement Européen l'année suivante, et le rapport Lannoye est finalement adopté en 1997. La France reconnaît la profession comme indépendante en 2002 [52].

#### **1.3.4. Les chiropracteurs**

Aux États-Unis, la pratique de la chiropratique est progressivement autorisée légalement dans chaque état. Ce processus termine en 1976. Des Français partent se former aux États-Unis et s'installent en France. Des chiropracteurs Américains viennent également s'installer. En 1965 la première école d'Europe ouvre en Grande-Bretagne. Des Français partent s'y former également. En 1984, la première école Française ouvre ses portes à Paris avec deux promotions : certains étudiants rentrent en 3<sup>e</sup> année, d'autres en 2<sup>e</sup> année. Le nombre d'étudiants augmente progressivement et une clinique est ouverte en 1987. Quelques années plus tard, l'école est reconnue par les instances chiropratiques européennes. Cette structure est chargée de contrôler que les standards internationaux de l'enseignement sont respectés. Cela permet entre autre aux diplômés de s'installer légalement dans tous les pays où la chiropraxie est reconnue. La pratique de la chiropraxie est cependant réservés aux médecins en France, c'est donc logiquement que de nombreux praticiens sont attaqués en justice pour exercice illégal. Cela continuera jusqu'en 2002, année de la reconnaissance officielle de la profession en France [1,62,63].

#### **1.3.5. Les Étiopathes**

Le mouvement étiopathique débute avec l'AOI sous l'impulsion d'anciens élèves et assistants du docteur De Sambucy. Ces thérapeutes, qui se forment à l'ostéopathie et à la chiropraxie en plus de leur formation initiale, décident de s'expatrier en Suisse suite au décret de 1960. Trédaniel en est le président. Ce groupe de pionniers se réunit quatre fois par an afin de faire évoluer l'ostéopathie. Ils sont rejoints par Perronneaud-Ferre et Denis Brookes et ouvrent en 1967 à Genève le Collège Ostéopathique Européen. Si Trédaniel dépose la marque Étiopathie dès 1963, ce n'est qu'en 1971 que le terme est adopté par l'association. L'école devient le Collège d'Étiopathie Européen. En même temps s'ouvre en France l'institut national d'Étiopathie en région parisienne (actuel Institut Français d'Étiopathie ou IFE) [64,65]. Le choix du terme « étiopathie » se justifie pour plusieurs raisons : politique, celui-ci n'étant pas cité dans la loi française de 1962; identitaire et philosophique, les écoles et courants ostéopathiques se multipliant en France, le groupe de pionniers voulut faire remarquer sa démarche originale et ne pas être assimilé aux praticiens s'installant parfois sans diplômes ou formations ; et enfin étymologique. La première faculté libre d'Étiopathie ouvre en 1979 à Paris. À partir de cette date il y a donc deux pôles d'enseignement : La Suisse (Genève) et la France (Paris). Suite à plusieurs divergences de pensées, les relations entre les deux sont rompues en 1982. Certains diplômés de l'école Suisse ouvrent une école à Paris (actuelle Ostéobio), puis décident de reprendre leur titre d'ostéopathe à l'approche de la loi de 2002 réformant l'ostéopathie. Il en est de même pour l'école de Genève. Le groupe Français quand à lui continue de s'étendre et ouvre trois autres centres d'enseignements [52, 66-71].

Se qualifiant de médecine nouvelle et ses représentants s'installant parfois en tant que « Docteur » en étiopathie, des procès pour exercice illégal de la médecine ont lieu. L'Étiopathie ne profite pas de la loi de 2002 [66,69,71-73].

#### **1.4. Depuis la loi « Kouchner » de 2002**

Depuis la loi instituée en 1960, seuls les médecins sont autorisés à pratiquer la chiropraxie et l'ostéopathie. La loi « Kouchner » relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé rebat les cartes en reconnaissant officiellement les professions d'ostéopathes et de chiropracteurs comme indépendantes. Les praticiens en activité et justifiant d'une formation suffisante peuvent obtenir leur diplôme.

A partir de cette date, tout diplômé d'une école reconnue par le ministère de la santé est autorisé à pratiquer ces métiers et donc les manipulations articulaires jusqu'ici réservées aux médecins. Les masseurs-kinésithérapeutes bénéficient également de ce nouveau champ de compétence. Une petite particularité est cependant réservée aux médecins et aux chiropracteurs : les manipulations forcées. Les manipulations gynéco-obstétrical et les touchers pelviens sont interdits aux non-médecins sauf s'ils possèdent également un autre diplôme de professionnel de santé permettant d'effectuer ces actes. Les manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de 6 mois sont soumises à prescription médicale pour les chiropracteurs et les ostéopathes. Pour ces derniers, les manipulations cervicales sont également concernées. Il faut attendre plusieurs années avant de voir les décrets régissant la formation apparaître. Le nombre d'heures d'étude nécessaires à l'obtention du diplôme est alors très différent selon les professions. Progressivement une homogénéisation se met en place en se calquant sur le modèle universitaire.

Pour l'ostéopathie et la chiropraxie, un système de dispense d'enseignement est mis en place pour les professionnels de santé et les étudiants ayant déjà validé des unités d'enseignements communes à leur cursus initial. En ostéopathie, les médecins peuvent démarrer leur DIU dès l'internat, et un enseignement complémentaire commence à être proposé dès la 2<sup>e</sup> année de médecine par l'intermédiaire du CIERMMO (annexe 3).

Les masseurs-kinésithérapeutes, qui se sont structurés autour d'un ordre depuis 2004, poussent le processus encore plus loin en 2015 en modifiant le mode d'accès aux écoles : il se fait maintenant obligatoirement par une première année en université selon diverses possibilités (annexe 4). La nouvelle loi santé de 2019 dont le décret de 2020 inclus les MK, modifie principalement le mode d'établissement de leur numerus clausus [74-84].

Si les chiropracteurs contrôlent leur expansion, via leurs standards internationaux et le nombre de places dans les écoles, il n'en est pas de même pour les kinésithérapeutes et les ostéopathes. Malgré un numerus clausus établi en France pour les MK, il est contourné par les équivalences distribuées aux diplômes obtenus à l'étranger, principalement en Europe.

La reconnaissance de l'ostéopathie entraîne une multiplication du nombre d'écoles et une explosion du nombre de thérapeutes. Le décret de 2014 tend à contrôler ces deux facteurs, cependant le nombre d'étudiants en formation semble être resté identique depuis 2013 [85-90].

Depuis 2002 on assiste donc en parallèle à une vraie structuration législative des professions d'ostéopathie et de chiropraxie ainsi qu'à une évolution de la masso-kinésithérapie. Certaines tensions interdisciplinaires apparaissent au cours de ce processus. La similitude des techniques (annexe 5), et les champs de compétences parfois très proches l'un de l'autre (annexes 6 et 7), en est la principale cause [91-96].

De leur côté les étioopathes ne profitent pas de cet élan. À l'heure actuelle il n'existe aucun texte de loi ou décret régissant l'étiopathie en France. Elle n'est pas considérée comme une profession, elle n'est donc soumise à aucune condition et il n'existe pas de diplôme reconnu. Tous les ans, l'organisme MIVILUDES rédige un rapport pour le ministère afin de l'informer des dérives sectaires en France et notamment dans les médecines non conventionnelles. L'étiopathie fait parti de celui de 2010. Il leur est principalement reproché une communication mensongère concernant la reconnaissance du diplôme et les champs d'applications thérapeutiques. Les représentants de l'étiopathie s'en défendent, ces informations étant principalement portées par C. Trédaniel jusque sa mort (2011) et n'étant plus d'actualité. Les éléments portant à confusion sont alors supprimés

de leur communication institutionnelle, entraînant la disparition de l'étiopathie dans les rapports MIVILUDES des années suivantes [69,97].

Les thérapies manuelles ont donc évolué à côté de la médecine au fil des siècles, d'abord officieusement puis officiellement. Dans un souci de trouver d'autres solutions que la chirurgie et les médicaments, elles viennent compléter l'arsenal thérapeutique utilisé en France. Au cours du 20<sup>e</sup> siècle, médecins et masseurs-kinésithérapeutes se forment à l'ostéopathie et à la chiropraxie aux États-Unis, en Angleterre, en France, ou encore en Suisse. Cette dernière verra naître l'Étiopathie suite à la réflexion de thérapeutes formés en masso-kinésithérapie, ostéopathie et chiropraxie. Les va-et-vient entre professions sont omniprésents, cependant chacune d'entre-elles reste bien distincte sur le plan législatif et institutionnel. Qu'en est-il de leurs fondements ? Quelles précisions est-il possible d'obtenir sur les influences à l'origine de leurs émergences respectives ?

## **2. Influences et concepts des thérapies manuelles en France**

### **2.1. L'école suédoise au 19<sup>e</sup> siècle : point de départ d'une démarche scientifique pour les thérapies manuelles**

De nombreuses citations sont utilisées dans la partie qui suit. Si cela peut paraître redondant, elles permettent de retranscrire au mieux un travail qui influence encore de nos jours bon nombre de thérapeutes manuels.

#### **2.1.1. Origines de la technique et description**

Avant de mettre en place la gymnastique suédoise, Ling travaille avec Nachtingall à Copenhague dans une école militaire qui applique la gymnastique de GutMuths. Cette gymnastique Allemande pour les enfants est destinée à développer les capacités physiques (agès, montée à la corde, etc...). Ling est également escrimeur, sport où l'analyse de la physiologie musculaire est prépondérante afin d'optimiser les performances. Le système de gymnastique de Ling est composé de quatre versants : pédagogique, militaire, médical, et esthétique. Il transmet le versant médical de 1814 à 1836 au sein de l'Institut central de gymnastique de Stockholm. Cette méthode a pour principe l'utilisation du mouvement comme technique thérapeutique. Ces mouvements sont aussi bien des mouvements actifs spécifiques réalisés par le patient, que des mouvements passifs appliqués par le praticien au patient. Georgii, un de ses élèves, invente le terme de kinésithérapie dans les années 40 et y expose ces principes dans un ouvrage en 1847 [28,98,99].

Ling n'est pas l'inventeur de tous les mouvements composant son système. Dally [100], après une étude de l'évolution des soins au travers des siècles, conclut que la méthode de Ling aussi bien du point de vue théorique que pratique, n'est qu'une sorte de copié-collé du Cong-Fou des Tao-Ssé. Par son travail, Ling semble répondre à l'appel des Missionnaires de Pékin [101]. Il n'en fait cependant jamais référence :

*« Le Cong-Fou a réellement tous les caractères d'une antique méthode scientifique. Cette assertion curieuse est appuyée de raisons qui nous ont fait imaginer de proposer aux physiciens et aux médecins de l'Europe d'examiner si la partie médicale du Cong-Fou des Tao-Ssé est réellement une pratique de médecine dont on peut tirer parti pour le soulagement et la guérison de quelques maladies ».* (Missionnaires de Pékin, p442).

En revanche pour Dally, Ling est le premier à rationaliser, sélectionner et appliquer ses techniques et principes aux pathologies. Ceci est repris par Schreiber [102] qui précise que Ling est *« un des premiers à donner un enseignement complet basé sur l'anatomie et la physiologie. »* (Schreiber, p15). Georgii complète en citant ses références : *« Les études sur l'effet physiologique des mouvements passifs ont surtout pour base les expériences de Ch. Bell, Magendie, Flourens, Longet, Bernard, etc., sur le système nerveux; celles de Müller, Magendie, Poisseuil, etc., sur l'absorption veineuse, et enfin la découverte importante des mouvements réflexes provenant de*

*l'action d'une certaine classe de nerfs, par Marschall Hall et Müller* » (Georgii, P55). Il fait également mention de l'influence des anciens comme Galien, ou encore de la culture physique nordique et de la culture manuelle méridionale.

Comme dit plus haut, la gymnastique médicale est composée de manœuvres actives et passives :

1. Manœuvres active : Elles sont visibles sur les planches d'exercices publiées par Ling. Celles-ci sont quasi identiques à celle du Cong-fou (annexe 8) [103].
2. Manœuvres passives : *« l'influence vient uniquement du dehors, et le patient se soumet à l'impression mécanique. Ling entend par mouvements passifs tous mouvements communiqués, tels que : pressions, frictions, percussions, froissements, (massages), tremblements, soulèvements, balancements, ligatures, mouvements ou attitudes propres à produire des congestions sanguines, passagères et artificielles dans un organe quelconque, etc. »* (Georgii, P47). Ces manœuvres étaient déjà décrites par les missionnaires de Pékin dans le *San-tsaï-tou-hoeï*, publié à la fin du XVI<sup>e</sup> siècle : *« On les emploie pour dissiper la rigidité des muscles occasionnée par la fatigue, les contractions spasmodiques, les douleurs rhumatismales, et après la résolution des fractures. Ceux qui en sont chargés sont ordinairement des barbiers ou des gens qui se promènent dans les rues, en avertissant les habitants de leur présence par des bruits de quelque instrument. (...), les Chinois frottent de leurs mains tout le corps, pressent doucement les muscles entre les doigts, exercent un tiraillement particulier sur les articulations. Ce tiraillement est accompagné d'un craquement que l'on peut entendre à une assez grande distance. »* (Estradère, p48-49) On retrouve également ces notions de massage et craquement chez les indiens dans Ayur-Veda de Sucruta [104].

### **2.1.2. Champ d'application de la méthode Suédoise [98]**

Suite à leurs expériences au sein de l'institut de Stockholm, les suédois remarquent que l'emploi thérapeutique de leur méthode n'est pas adapté en cas de fièvre. Elle l'est cependant au commencement de certaines maladies dites aiguës : pneumonie, angine, colique, maux de tête indigestion. Et surtout dans le cas de maladies chroniques résistantes à d'autres traitements : troubles cardiaques, pulmonaires, digestifs, congestifs, rhumatismales, articulaires, névralgiques. Parmi ces troubles, on peut noter la présence des migraines, de la constipation, d'hypertrophie du foie et de la rate, des sciatiques, et de l'hystérie<sup>15</sup>.

Une des particularités du système suédois est son intérêt pour les techniques appliquées aux organes internes. Georgii décrit les manœuvres combinées de pressions et de vibrations s'appliquant en regard du foie, des intestins, de l'estomac, du pharynx etc. Il fait remarquer la nécessité de la connaissance de l'anatomie de l'abdomen, ainsi que des différents degrés d'élasticités et de résistances de ses différents tissus. Ceci a pour but d'adapter le geste thérapeutique et de ne pas être délétère. Il décrit également les différentes positions possibles pour tendre ou détendre les tissus du patient à traiter. Le traitement peut se faire dans toutes les positions : assis ; couché sur le dos, sur le ventre ou sur le côté ; debout ; genoux tendus ou fléchis.

Une autre particularité est d'appliquer ces méthodes au système gynécologique. Brandt, élève à Stockholm, en fut le précurseur. Il décrit comme sa première expérience positive l'amenant à approfondir le sujet, le traitement d'un prolapsus rectal par sa technique de « relèvement du colon ». Suite à cette expérience en 1847, il décide d'approfondir le sujet en étudiant l'anatomie gynécologique et son système ligamentaire. Il se met à traiter bon nombre de pathologies féminines avec succès. Il ajoute les techniques internes presque vingt ans plus tard [105]. Pour ces dernières, il est sûrement inspiré par la famille des Sénépart, célèbre famille de rebouteux spécialisé dans le traitement des affections gynécologiques de la femme [28,106].

---

<sup>15</sup> L'hystérie était à cette époque un terme utilisé dans les symptômes non expliqués de la femme. Ceux-ci étant dû à l'organe féminin : l'utérus.

### 2.1.3. Philosophie de la méthode Suédoise [98]

#### 2.1.3.1. Unité de l'être humain et définition de la maladie

« *Loi fondamentale* » (Georgii, p75) du système de Ling. « *L'organisme humain est une unité complète et indivisé* » (Ling cité par Georgii, p25). « *La vie s'y manifeste par trois ordres de phénomènes généraux : phénomènes chimiques, phénomènes mécaniques, et phénomènes dynamiques, c'est-à-dire moraux et intellectuels embrassant toutes les forces de l'âme et de l'esprit.* » Un déséquilibre entre ces trois pôles entraîne « *des anomalies dans les phénomènes vitaux, c'est à dire des maladies.* » (Ling cité par Georgii, p60)

Georgii nous explique que « *tous les organes, sans exception, soit ceux que la nature a plus spécialement destinés aux mouvements (fonctions mécaniques), comme les muscles, les os, etc., soit ceux qu'elle a réservés pour les fonctions chimiques, tels que les glandes, les membranes muqueuses, etc., sont amenés à l'unité et à l'harmonie par le sang et les nerfs ; de sorte que chaque changement de fonction, spontané ou déterminé par une influence externe, réagit d'un organe sur l'autre, et par conséquent sur l'ensemble de l'organisme* » (Georgii, p24-25). « *Chaque déplacement dans une de ces parties suppose un déplacement correspondant d'une partie voisine, selon l'étendue du premier déplacement* » (Ling cité par Georgii, p26).

Ling admet trois modes d'influences sur l'organisme qu'il est possible d'utiliser en fonction de l'indication thérapeutique et répondant aux phénomènes décrits plus haut : les agents chimiques, les agents physiques et mécaniques, et les agents dynamiques (moraux et intellectuels). Le travail de Ling est intégré dans le système de soin de l'époque, système délaissant le versant mécanique depuis des siècles.

#### 2.1.3.2. Effet de la fonction sur la structure

À plusieurs reprises dans son livre Georgii insiste, d'une part sur les méfaits de l'inactivité, du sédentarisme, et des agents extérieurs (accident, travail...) ; et d'autre part sur la nécessité de sollicitation des différentes parties du corps pour le maintien de leurs capacités :

« *Une de ces lois fondamentales est que le développement d'un organe du corps, aussi bien que l'énergie d'une faculté de l'âme, sont toujours en rapport direct avec leur exercice ou leur activité.*»

« *l'éducation physique doit tendre incessamment à produire et à maintenir l'équilibre entre toutes les fonctions du corps, et avoir pour fin l'harmonie entre ces conditions* ». Pour rappel, par « organe » il faut comprendre muscles, os, muqueuses, glandes, organes internes, tissus etc...

#### 2.1.3.3. Rôle des nerfs et artères

Ceci a déjà été évoqué un peu plus haut dans les citations empruntées à Georgii. Cette citation de Brandt [105] vient la compléter :

« *Quand la circulation et les nerfs qui la régissent sont normaux, la santé est parfaite. Dans toute maladie locale ou générale la circulation et l'innervation sont plus ou moins troublées, ..., La circulation est réglée par les nerfs, c'est donc sur eux qu'il importe d'agir* » ([105], p450-451 )

Brandt préconise d'agir d'abord sur une seule région, celle ayant la plus mauvaise circulation et innervation, puis d'élargir le traitement aux autres régions si cela est nécessaire.

Avec ce travail les Suédois permettent aux thérapies manuelles d'être intégrées dans l'enseignement officiel. Ils réalisent des analyses de leurs résultats et font évoluer leur méthode en fonction. Ils suscitent alors l'intérêt dans de nombreux pays et influencent par la formation et les écrits de nombreux successeurs dans les thérapies manuelles.

## 2.2. Ostéopathie

Andrew Taylor Still grandit aux États-Unis au 19<sup>e</sup> siècle. La médecine officielle est représentée par la médecine héroïque (saignées, purges) et par l'utilisation de drogues (opium, cocaïne, alcool). Ne gagnant pas la confiance de toute la population, d'autres médecines s'installent en parallèle (annexe 8). Les rebouteux sont également présents sur ce continent, l'homéopathie séduit par ses faibles dosages, et le mesmérisme divulgue sa théorie de fluide animal<sup>16</sup>. C'est la période des pionniers Américains et les parents de Still en font partie. Vivant la plupart du temps isolés, les pionniers apprennent à se débrouiller seuls pour gérer les problèmes de santé. AT. Still s'est donc initié à la médecine auprès de son père, prêcheur méthodiste et médecin, et au contact des indiens. Il débute des études de médecine mais n'est pas satisfait de l'enseignement. Un tournant majeur le fait rejeter définitivement la médecine : la mort de trois de ses enfants. Il entame alors des recherches pour l'établissement d'un nouveau système de guérison. La première étape de sa réflexion est l'élaboration des principes généraux de la santé par rapport à la maladie. La deuxième est l'utilisation des techniques manuelles tirées du reboutement comme moyen thérapeutique. Le 22 juin 1874, après dix à vingt ans « d'étude, de recherche et d'observation », (Still, p73-74) Still atteint son but. On peut supposer que cette date est le jour où il réussit à faire le lien entre toutes ses connaissances mécaniques, anatomiques, physiologiques, et philosophiques et à en faire un système de diagnostic et de traitement. Il nomme cette nouvelle science ostéopathie en 1885, et s'oppose à la médecine allopathique dans le sens où il cherche à traiter la cause de la maladie et non ses effets [107-109].

On retrouve le travail des Suédois dans les principes de Still : définition de la maladie et unité du corps, rôle des artères et des nerfs. Cela lui sera d'ailleurs reproché. Still est fortement influencé par les travaux du philosophe Herbert Spencer [110] et, à la nuance des suédois, il donne toute son importance au rôle de la structure qui pour lui gouverne la fonction. Il ne néglige cependant pas le fait que la fonction entretient la structure par son principe de réciprocité. Le rôle du sang est également un des principes fondateur de Still, il confère au corps des capacités d'autoguérison. La pathologie, quelle qu'elle soit, possède trois caractéristiques principales : congestion, inflammation et dégénérescence. Elles sont associées à l'échec du drainage veineux en dehors du système nerveux central, ou de celui du liquide céphalo-rachidien (LCR) à l'intérieur du système nerveux central. Les causes de cet échec peuvent être une irritation, une obstruction, ou une pression au niveau du système nerveux sympathique pour le drainage veineux ou du système nerveux centrale pour le LCR. Cela s'appuie sur les expériences de Clevenger<sup>17</sup>. Le rôle du système nerveux est donc prépondérant. Pour Still, ces causes ne sont que la conséquence d'une lésion structurale : la lésion ostéopathique. Cette structure est anatomique, elle peut être un os, une articulation, un muscle, un ligament ou encore un fascia. Il utilise alors des techniques de reboutement pour « réparer » cette structure en cause. En revanche lorsque l'atteinte est trop importante, la chirurgie est préconisée. Il ne fait pas mention de son apprentissage de ces techniques et cela lui est également reproché. Ses élèves n'en disent pas plus, cependant ils ne renient pas le fait qu'elles ont une parfaite similitude avec les techniques des rebouteux décrites par Wharton Hood [108, 111-114].

Still ouvre la première école pour transmettre sa pratique en 1892. Quelques années plus tard J-M. Littlejohn, diplômé de médecine en Grande-Bretagne, suit son enseignement et intègre l'équipe

<sup>16</sup> Un fluide physique subtil emplit l'univers, servant d'intermédiaire entre l'homme, la terre et les corps célestes, et entre les hommes eux-mêmes. La maladie résulte d'une mauvaise répartition de ce fluide dans le corps humain et la guérison revient à restaurer cet équilibre perdu. Grâce à des techniques, ce fluide est susceptible d'être canalisé, emmagasiné et transmis à d'autres personnes.  
([https://fr.wikipedia.org/wiki/Magn%C3%A9tisme\\_animal#La\\_m%C3%A9decine\\_magn%C3%A9tique\\_du\\_XVIIe\\_si%C3%A8cle](https://fr.wikipedia.org/wiki/Magn%C3%A9tisme_animal#La_m%C3%A9decine_magn%C3%A9tique_du_XVIIe_si%C3%A8cle) consulté le 07/04/2020)

<sup>17</sup> Littlejohn, JM. Conférence de 1934 : « En 1898, Clevenger, nous disait que non seulement les torsions et lésions des vertèbres perturbaient « la fragile circulation de la moelle épinière, mais par les contraintes induites, produisaient une irritation plus ou moins permanente sur les racines nerveuses et les méninges et – ce qui semble avoir été totalement ignoré de tous les auteurs –, des lésions des fibrilles de communication du système sympathique, légères et peu protégées. »

enseignante. Littlejohn étudie particulièrement les relations existantes entre les différents niveaux de la colonne vertébrale et les organes du corps, ainsi que l'adaptation de l'homme à la verticalité. Suite à quelques discordances dues aux origines médicales de Littlejohn, celui-ci quitte l'école de Still et ouvre sa propre école d'ostéopathie. Il développe alors un modèle biomécanique de la colonne vertébrale où la gravité vient jouer sur certaines vertèbres clefs et crée un ensemble d'interactions complexes. Il complète ce modèle avec l'aide d'Harrisson H. Fryette afin d'ajouter une description anatomo-physiologique précise de la position des vertèbres lésionnelles. Originaire de Grande-Bretagne, Littlejohn commence à y semer la graine ostéopathique dès le début du XX<sup>e</sup> siècle lors de conférences. En 1917 il rentre s'y installer et ouvre la première école d'ostéopathie dans ce pays : la BSO [115-117].

Le Traitement Global Ostéopathique (TGO) est alors le principal outil à la BSO. Il consiste à un scan complet du corps avec traitement par mobilisations et manipulations des lésions ostéopathiques. Certains de ses élèves, dont un de ses plus fervents suiveurs J. Wernham, continue à semer ce modèle. Le nom change pour « Body Adjustment ». Il enseigne et dirige par la suite l'école de Maidstone. Il est accompagné de Tom Dummer, diplômé de la BCNO, qui hérite pendant sa formation de la vision de P. Bradbury. Ce dernier est fasciné par la technique d'ajustement en recoil des cervicales supérieures des chiropracteurs, et remet en cause le modèle de la BSO. Wernham et Dummer font de leurs différences de point de vue une force au sein de l'école de Maidstone. De nouvelles techniques sont intégrées à l'enseignement. On peut citer les techniques myotensives par l'intermédiaire de Mitchell. Celui-ci reprend les travaux de Fryette pour établir les « lois de Fryette » et une terminologie dysfonctionnelle toujours utilisée aujourd'hui au niveau mondiale, mais également les techniques de Jones. Et enfin l'ostéopathie crânienne développé par Sutherland, introduite par l'intermédiaire de John Upledger, Harold Magoun, et Viola Frymann [61,118-120].

Sutherland, élève direct de Still, est considéré avec Littlejohn comme un des principaux pionniers de la profession. Désireux de poursuivre le travail de son maître, il se plonge dans une étude approfondie du crâne. Il est fortement influencé par les travaux sur le crâne et le cerveau de Swedenborg. Ce dernier cherche à comprendre où se situe l'âme dans le corps humain par des dissections mais n'y parvient pas. Il lègue un ouvrage anatomique où il décrit la motilité du système nerveux central et de la moelle épinière, la fluctuation du LCR, les membranes de tension réciproque et la mobilité des os du crâne. Dans la démarche de Sutherland on peut mettre en évidence plusieurs phases. Une première biomécanique (1899 – 1948), où il s'attelle à une étude anatomique et biomécanique des sutures et des membranes crâniennes. Il met en évidence l'apparition de symptômes en rapport avec des compressions réalisées sur chaque os. Il décrit également des liens anatomiques entre crâne et sacrum par l'intermédiaire de la dure-mère, entraînant une mobilité dépendante et involontaire de ces deux os. Puis il observe un rythme crânien indépendant du rythme respiratoire et cardiaque. Il décrit alors son concept de Mécanisme Respiratoire Primaire (MRP), en liant ses observations avec les travaux de Swedenborg. La deuxième phase, dite biodynamique, commence en 1948 et se concentre sur le principe vital, mécanisme involontaire décrit par Still. Si pour Still et Littlejohn cette vitalité est sous contrôle des systèmes nerveux central et sympathique, pour Sutherland elle en est indépendante. La recherche dans le corps du patient d'une force intérieure capable de s'autoréguler est alors privilégiée pour le traitement plutôt que l'utilisation d'une force extérieure appliquée par le praticien. Cette force est « l'esprit de vie » décrit par Still. Sutherland en change le nom pour « souffle de vie ». Elle correspond à « l'énergie vitale » ou « chi » de la médecine traditionnelle chinoise.

Un de ses principaux successeurs et élèves, Rolin Becker, la nomme « Maître Fulcrum » pour en retirer les connotations religieuses. Si Sutherland applique ce principe au crâne, R. Becker l'élargit à l'ensemble du corps. J. Jealous et J.A Duval perpétuent ce travail ensuite en s'appuyant sur les études effectuées en embryologie. Ces travaux mettent en évidence des mouvements présents dans le développement embryonnaire humain. Pour eux, ces mouvements se traduisent après la naissance à travers la motilité respiratoire primaire [121-123].

A noter que ce terme de biodynamie est repris également par un autre successeur indirect de Sutherland, J.Updleger. Son travail reprend la thérapie cranio-sacré et la complète par les concepts de somatisation, de mémoire tissulaire. Bien que le même terme de biodynamie soit repris, la thérapie cranio-sacré somato-émotionnelle de J. Updleger est donc plus axée sur les composantes psychosomatiques des dysfonctions [123-125].

Un dernier point est à aborder, il s'agit des techniques viscérales. On les retrouve en 1901 dans les écrits de Riggs. Il y décrit notamment des techniques vibratoires qui rappellent fortement les techniques Suédoises et le réflexe dynamogénique [126]. Dans les années 1980 d'autres techniques sont intégrées par Barral et Mercier qui s'attardent sur le système viscéral. Ils développent entre autres les concepts de mobilité et motilité des organes, ainsi que les relations viscéro-émotionnelles [21].

Si aux Etats-Unis la pratique de l'ostéopathie s'intègre progressivement à la médecine et perd de son originalité [50], elle continue son chemin en Europe. Purement manipulative et biomécanique au départ, elle évolue en intégrant de nouvelles techniques et en voyant naître un nouveau courant avec l'approche biodynamique. Pour des raisons étymologiques et pour éviter des conflits avec le corps médical, le terme « lésion » ostéopathique est remplacé par celui de dysfonction somatique. Ce terme est le fruit de groupes de réflexion et des travaux d'Irvin Korr et de Cole. La lésion n'est plus caractérisée par une atteinte des structures décrite par Still mais comme une atteinte de la fonction de ces structures. Elle se caractérise par une Sensibilité, une Asymétrie, une Restriction de mouvement, et une modification de la texture des Tissus (STAR) [120,127].

### **2.3. Chiropraxie**

D.D Palmer évolue dans le même contexte qu'AT Still aux États-Unis au XIX<sup>e</sup> siècle. Il pratique en tant que magnétiseur avant d'établir sa première théorie : l'inflammation est la caractéristique essentielle de toutes les maladies, et est elle même la conséquence de structures anatomiques déplacées (artères, veines, nerf, muscles, os, ligaments, articulations...), se frottant les unes contre les autres. La structure gouverne la fonction. Il convient de traiter cette cause. Il fait évoluer sa pratique et cherche à repositionner manuellement les parties du corps afin d'éviter les frictions et le développement de tissus enflammés. Pour cela il utilise des manipulations apprises auprès d'un docteur. Il se fait alors appeler manipulateur magnétiseur quelques temps avant d'adopter le terme de chiropraxie en 1887. La première école est ouverte la même année. D.D Palmer est alors accusé de plagiat de l'ostéopathie et décide de faire évoluer sa théorie dès 1903. Il limite alors la notion de structure anatomique déplacée, subluxée, aux articulations et particulièrement à celles de la colonne vertébrale. Il suppose que le nerf est comprimé au niveau du foramen vertébral perturbant ainsi le bon fonctionnement du nerf et créant une inflammation de ce qu'il innerve. Il se réfère aux tables métamériques (annexe 9). C'est cette seconde théorie qu'il enseigne à son fils, B.J Palmer, et qui sert de base de l'enseignement chiropratique pour les années suivantes.

B.J Palmer définit le langage chiropratique en faisant attention de ne pas utiliser les termes médicaux, et ainsi éviter les procès, ou ostéopathique, et ainsi rester une profession à part entière. Ainsi le chiropracteur ne fait pas de diagnostic mais analyse. Il n'étudie pas de pathologie mais une symptomatologie. Il n'utilise pas des manipulations mais des ajustements, non pas sur des lésions mais sur des subluxations. Il ne traite pas des maladies mais ajuste des subluxations. À noter que les concepts de subluxation et d'ajustement vertébral sont retrouvés dans des écrits de docteur antérieurs à Palmer, à la fin du XVIII<sup>e</sup> et au début du XIX<sup>e</sup> siècle.

Bien qu'ils semblent avoir du mal à partager le leadership de la profession, père et fils s'opposent ensemble en 1904 à M. Langworthy, chiropracteur désireux d'intégrer à la profession l'homéopathie et l'utilisation de machines d'étirements. C'est le début de la création de deux courants dans la profession. D'un côté les « straights », ou puristes, qui restent fidèles à l'enseignement des Palmer. Focalisés sur la subluxation vertébrale et son ajustement, ils voient le reste des pratiques comme du domaine de la médecine. De l'autre les mixeurs, qui combinent

avec les ajustements d'autres approches thérapeutiques présentes dans cette liste non exhaustive : physiothérapie, conseils diététiques, traitements à base de plantes, acupuncture, massages, irrigation du côlon.

Bien qu'il s'entoure de médecins afin d'éviter les procès pour exercice illégal de la médecine et qu'il intègre la radiographie dans la pratique chiropratique afin de déterminer la vertèbre subluxée, B.J Palmer reste fermé à l'intégration des sciences de base dans l'enseignement. Cela sera cependant défendu par les successeurs de son père qui, suite à sa mort en 1913, vont petit à petit remettre en cause le leadership de B.J Palmer. En 1933, sous l'impulsion de John J. Nugent, de nombreuses écoles à but lucratif sont regroupées et deviennent à but non lucratif. Un cursus de quatre ans et une formation en science de base est adopté et le conseil d'état américain des examens chiropratiques est créé avec pour mandat de fournir des normes communes pour l'autorisation d'exercer. B.J Palmer n'y voit qu'une capitulation de la profession face à la médecine et refuse de faire suivre le programme de science de base, cela constipant l'esprit pour lui. Il oriente alors son école vers la seule manipulation des vertèbres cervicales supérieures atlas et axis (hole-in-one). Petit à petit la chiropraxie s'étend à travers le monde en prenant soin de conserver ses standards. Des conseils chargés d'accréditer les écoles sont créés.

Bien que deux courants cohabitent, puriste et mixeur, un consensus est établi entre eux : le corps est un organisme autorégulateur et autorégénérateur, il possède un pouvoir naturel de guérison ; il existe une relation entre la structure et la fonction : le système nerveux est le système maître qui régule et contrôle tous les autres organes et tissus, il relie l'individu à son environnement. Leur hypothèse est qu'un dysfonctionnement biomécanique de la colonne vertébrale sous forme de complexe de subluxation vertébrale peut nuire à la capacité du système nerveux à réguler la fonction. L'objectif principal du docteur en chiropratique est de corriger, gérer ou minimiser la subluxation vertébrale grâce à l'ajustement vertébral chiropratique. La chiropratique privilégie une prise en charge conservatrice du système neuro-musculo-squelettique et ne fait recours ni aux médicaments ni à la chirurgie [112,117,128-134].

Si au départ le Toggle Recoil semble être la technique de prédilection pour répondre à la seule cause articulaire de la pathologie et que la radiographie prend rapidement une place importante dans l'analyse, les chiropracteurs développent et intègrent de nombreuses stratégies d'évaluation et d'ajustement au cours de leur évolution (annexe 9). Les mixeurs intègrent la pratique venant initialement d'autres professions comme vu plus haut et la liste des causes possibles d'une pathologie s'agrandit.

Au milieu du XX<sup>e</sup> siècle plusieurs chiropracteurs font évoluer les pratiques. Gonstead joue un rôle important dans le développement du modèle biomécanique et des manipulations vertébrales. Major DeJarnette, formé également à l'ostéopathie, développe une approche sacro-occipital où le but est de « dévriller » les torsions de la dure-mère à l'aide de blocs et de manipulations, celle-ci influençant le bon fonctionnement du système nerveux central. George Goodheart apporte lui une vision moins centrée sur l'articulaire, ainsi la cause peut être structurelle, biochimique, et émotionnelle. Il fonde la kinésiologie appliquée. Des torsions viscérales et des perturbations des méridiens peuvent être traitées manuellement. Des perturbations biochimiques (dysbioses et dérèglements hormonaux) sont prises en charge par la nutrition.

Dans les années 1980, le concept de somatisation d'un stress psychique est également introduit par des techniques neuro-émotionnelles. Une approche énergétique et cellulaire du corps voit également le jour en se basant sur l'électromagnétisme des cellules. Enfin la perception corporelle prend également sa place et des techniques se développent [128,129,135,136].

## 2.4. MMO

S'il n'est pas le premier médecin qui s'intéresse à l'ostéopathie, R. Maigne amène un élan permettant à la médecine manuelle de se développer en tant que spécialité. Son voyage en Angleterre est décisif. Il se forme auprès de James Henry Cyriax à la médecine manuelle orthopédique, représentant une partie de la MPR. Celui-ci lui apprend une manière différente d'aborder la pathologie douloureuse mécanique ou dégénérative, de l'appareil locomoteur. Il se forme également à la médecine ostéopathique auprès d'un américain Myron C. Beal. Admiratif de la technique enseignée, il n'adhère cependant pas aux influences et principes de cette dernière. Maigne décide alors de ne garder que les techniques lorsqu'il pose les principes de la MMO [50].

JH Cyriax est le fils d'Edgard Cyriax, qui, à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle étudie ce qu'il appelle le concept Kellgren. Kellgren fait parti de la deuxième génération des étudiants de l'école Suédoise. S'il ne bouleverse pas la méthode, il la complète et y apporte quelques nouveautés comme par exemple la friction et la vibration des nerfs [137]. E. Cyriax est physiothérapeute et assiste James Menell, médecin, dans les cours de massage thérapeutique qu'il donne à l'hôpital Saint Thomas entre 1912 et 1935. J. Menell est également enseignant au sein de l'institut de Gymnastique Suédoise de Londres. Les manipulations articulaires font partie intégrante de leur pratique. J. Menell publie un livre<sup>18</sup> sur le sujet et continue par là le travail de ses prédécesseurs. Parmi eux, on peut citer James Paget qui soulève les résultats obtenus par les rebouteux (« bonesetter »). Puis Wharton Hood<sup>19</sup>, premier médecin anglais à étudier et publier sur leurs techniques. Ce travail effectué par E. Cyriax et J. Menell se fait en parallèle de l'implantation de l'ostéopathie en Grande-Bretagne par l'intermédiaire de Littlejohn à partir de 1917. Si la plupart des médecins le rejette, ces deux protagonistes vont l'accueillir à bras ouverts. Leur travail se poursuit par l'intermédiaire de leurs deux fils. J. Cyriax obtient son diplôme de médecine dans l'hôpital Saint Thomas en 1929 et se spécialise en médecine orthopédique. John McMillan Mennell quand à lui s'efforce d'apprendre à un maximum de thérapeutes possible les manipulations vertébrales orthopédiques. Tout deux enseignent aussi bien à des médecins qu'à des physiothérapeutes [117].

Fort de ces influences, Maigne pose donc les bases de la MMO. Celle-ci se concentre sur le diagnostic et le traitement de dysfonctions réversibles au sens large du terme ainsi que les douleurs projetées qui en résultent. Il s'agit d'un dérangement bénin, mécanique et/ou réflexe, d'une structure articulaire (vertébrale ou périphérique), et des tissus mous. La manipulation n'est justifiée que s'il y a un dérangement mécanique et réversible. Il faut mettre en évidence le dérangement segmentaire et en préciser le caractère. La plus connue de ces dysfonctions réversibles est le Dérangement Intervertebral Mineur (DIM). Il est mis en évidence à l'examen clinique par des signes locaux, signalant une souffrance des différentes structures anatomiques vertébrales mis en évidence par la palpation, ainsi que par des signes régionaux, principalement caractérisés par le syndrome tendino-cellulo-myalgique, et par quelques autres signes moins importants (contracture musculaire et restriction de mobilité associée à une douleur), enfin par des signes à distance qui peuvent être : soit des douleurs projetées à topographie pseudo-radicaire (d'après les expériences de Kellgren), soit des douleurs radiculaires avec leurs symptomatologies caractéristiques et un syndrome tendino-cellulo-myalgique associé ou isolé. Il faudra alors chercher les signes au niveau du dermatome, du myotome et du sclérotome. Une fois tous ces signes recherchés, l'étage vertébral en souffrance est mis en évidence. Il devra être expertisé radiologiquement et rapporté à l'examen clinique général afin d'écarter toute contre-indication. L'examen radiologique ne permet cependant pas le diagnostic de la vertèbre incriminée celle-ci pouvant être la moins touchée radiologiquement parlant [50,138,139].

Cette conception « tendance Maigne » n'est cependant pas la seule influant les médecins ostéopathes. Les écoles privées intègrent les DIU et apportent donc également leur vision.

---

<sup>18</sup> Menell, J. (1949). *The Science and the Art of Joint Manipulation* (2nd ed.). Churchill. La 1<sup>ere</sup> édition date de 1939.

<sup>19</sup> Hood WH. On the so-called bone setting, its nature and results. *Lancet* 1871;6:304–310 and 7:334–339, 372–374, 441–443

Dirigées par des médecins formés auprès de DO en Grande-Bretagne ou aux États-Unis, chacune développe son originalité. Par l'intermédiaire de groupes d'études, elles font évoluer les pratiques. Parmi elles, la Société française d'ostéopathie reste fidèle aux conceptions de Lavezzari. En 1962, Éric de Winter et ses élèves, à travers le Groupe d'Étude des Thérapeutiques Manuelles (GETM), codifient les bases scientifiques des manipulations articulaires et créent leur propre modèle<sup>20</sup>. Serge Toffaloni, fondateur de l'École Française d'Ostéopathie (à ne pas confondre avec celle créée par Paul Geny) et du DIU MMO de l'hôpital Pitié Salpêtrière, enseigne l'ostéopathie selon la conception de Littlejohn. La Société Française de Médecine Mécanique, dispense un enseignement selon les principes du Docteur Pécunia, voyant le problème comme un grippage articulaire. Les manipulations se font en décompression strictement dans l'axe sans rotation ni inflexion. De nombreuses écoles dispensent également une formation en ostéopathie crânio-sacrée et viscérale d'après les concepts de Sutherland [48,53-55,140-142].

## 2.5. **Masso-kinésithérapie**

Historiquement la kinésithérapie ne possède pas de principe central ni de concept propre, il n'y a pas de théorie unifiée. Cependant elle place le fonctionnement et le mouvement humain au cœur du concept de santé. La gymnastique thérapeutique par le mouvement rencontre celle du mouvement : la rééducation recherche à compenser ou suppléer celui qui est perturbé, la kinésithérapie doit le rétablir. Pour ce faire, elle porte son action thérapeutique sur trois catégories de mouvements. Les mouvements externes produits par le corps humain (la gestuelle). Les mouvements animant l'intérieur du corps : l'ensemble des systèmes circulants assurant les fonctions vitales. Et enfin les mouvements de la pensée, processus aboutissant à l'élaboration, l'organisation et l'intégration de ces manifestations externes et internes [24,52,143].

La kinésithérapie regroupe donc un ensemble de techniques hétéroclites empruntées au massage et à la gymnastique. Elle représente la thérapeutique de la gestuelle et s'applique dans de nombreux domaines : orthopédique, rhumatologique, neurologique, respiratoire, cardiovasculaire etc. Ainsi, par l'utilisation de techniques appropriées, elle soulage, restaure, entretient et en dernier recours adapte le geste d'abord isolément puis en le réintégrant dans la dynamique corporelle globale. Pendant de nombreuses années, les MK pratiquent en grande partie par délégations et transferts d'actes en provenance du médecin. Ses influences sont donc en grande partie calquées sur celles de la MPR. En plus de celles déjà citées plus haut, on peut rajouter la mécanothérapie de Zander, également issue de l'Institut Suédois de Stockholm. Progressivement le kinésithérapeute est passé d'un positionnement d'auxiliaire médical, à celui de paramédical. Le MK se doit donc d'adapter ses actes en fonction de l'évolution de la science et des techniques. Les conseils de Boris Dolto ne doivent cependant pas être oubliés : l'adaptation du thérapeute au vécu corporel du patient est indispensable et ne doit pas laisser la place aux traitements stéréotypés [24,26,144,145].

Si une grande partie de l'application de la masso-kinésithérapie se concentre à soigner les conséquences des pathologies sur la gestuelle ou sur les fonctions cardio-respiratoires, et diffère donc en cela des autres métiers étudiés dans ce mémoire, le traitement des causes est également de plus en plus pris en compte dans cette profession dans la prise en charge des troubles musculo-squelettiques. C'est le cas notamment dans la prise en charge des troubles de l'appareil locomoteur. Sohier, créateur de la kinésithérapie analytique au milieu du 20<sup>e</sup> siècle en Belgique, est sûrement le premier à l'intégrer. Cette recherche de la cause prend aujourd'hui toute sa place avec l'intégration dans l'enseignement initial de la « thérapie manuelle orthopédique<sup>21</sup> » (TMO) et la possibilité de poursuivre son apprentissage via diverses formations continues. En plus de ces

<sup>20</sup> E. DEWINTER avec le GETM crée un vocabulaire précis issu du grec. « La « cinexie » est l'étude des états liés au mouvement, une « cinorthèse » est une manœuvre manipulative » (Davillier, p32). Le vocabulaire est par la suite abandonné dans un esprit de cohérence avec les autres praticiens. Mais l'association défend toujours ses principes et ceux-ci peuvent être téléchargés ici : <http://www.osteosethema.com/documents-de-formation/> (consulté le 31/03/2020)

<sup>21</sup> Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute (JORF no 0204 du 4 septembre 2015)

influences tirées de la MPR et donc de la MMO, elle pioche chez les ostéopathes avec les techniques de Jones par exemple et dans les concepts de diverses physiothérapeutes étrangers tel que Maitland, et R. MacKenzie [146-150].

Bien que cette profession soit calquée sur le modèle médical et qu'elle reste attachée au diagnostic et à la prescription du médecin, elle s'en démarque progressivement et récemment un désir d'accès direct se manifeste. Pour y parvenir, les MK semblent miser sur les EBP [26,151].

Un dernier point que l'on peut soulever est la notion d'éthique. La réflexion commence à s'engager sur la pertinence des soins, leur efficacité, et leur adaptation à la demande des patients. Le MK se doit de fixer des objectifs au traitement et ne pas tomber dans le clientélisme. Pour cela il doit composer avec son désir d'efficacité, le rapport de satisfaction du patient, et la notion coût/efficacité de l'assurance maladie [24,26,152].

## 2.6. Étiopathie

Comme vu plus haut, l'étiopathie est créée par un groupe de thérapeutes pour la plupart formés dans l'école de masso-kinésithérapie du Docteur De Sambucy, école où il enseigne sa méthode de vertébrothérapie générale. Ils étudient par la suite l'ostéopathie, voire la chiropraxie pour certains d'entre eux dont Christian Trédaniel. Ils décident de faire évoluer l'ostéopathie et de « *pousser à l'extrême la systématisation des phénomènes et la rigueur de son raisonnement et de ses définitions* » (Lapertosa, p 43). Un modèle de réflexion étiopathique est donc mis en place. Celui-ci repose sur la cybernétique et sur la systémique qui en est une évolution. Les lois du déterminisme ont également aidé à formuler ce modèle en les appliquant au vivant<sup>22</sup>. Le langage employé en étiopathie est emprunté à ces sciences. En voici quelques exemples.

L'étiopathie est une médecine mécanique qui, sur un plan thérapeutique fait suite aux pratiques de soins manuels ayant traversé les âges et les continents, et sur un plan général y apporte un support de raisonnement qui se veut être une recherche fondamentale sur le fonctionnement de l'être humain. Face à une pathologie, l'étiopathie diffère elle aussi de la médecine classique par le fait qu'elle « *s'attache en priorité à en déterminer la cause plutôt que d'en supprimer directement les effets* », « *car pour l'Étiopathie, seule la suppression de la cause empêchera l'effet de se (re)produire.* » ([153]) Le but de l'étiopathie est de rechercher le pourquoi des phénomènes anormaux ou pathologiques présentés par les systèmes vivants. Bien qu'elle ne renie pas l'apport considérable de l'analyse du comment réalisé par les physiologistes, elle part du principe que les lois physiologiques ne s'appliquent que pour un organisme sain. Elles ne sont donc plus applicables en cas de maladie ou de pathologie.

L'être humain est considéré comme un système physico-chimique ouvert sur son milieu extérieur. Comme tout système il est composé de structures interagissant entre elles selon certaines règles et principes. Ces structures sont programmées génétiquement, chaque individu possède donc son propre Potentiel Génétique Originel (PGO) ou Potentiel Vital Originel (PVO) correspondant au génotype. Il représente la pleine santé, la santé parfaite. Ce PVO subit une altération au fil du temps en raison du phénomène naturel de vieillissement, et ceci jusqu'à la mort de l'individu correspondant à la réalisation totale de son génotype. Cette conception est bien sûr utopiste et nécessite un milieu parfaitement favorable. Intervient alors le Potentiel Vital Actuel (PVA) ou phénotype : somme algébrique théorique du PVO, de la somme pathologique, et du vieillissement de l'individu. Il correspond à la santé relative et représente la santé réelle de l'individu à un instant T.

---

<sup>22</sup> « *Le déterminisme est la théorie selon laquelle la succession des événements et des phénomènes est due au principe de causalité* » (définition wikipédia 18/04). Le principe de causalité original est le suivant « *Tout effet a une cause et, prises dans les mêmes conditions, les mêmes causes ont les mêmes effets.* ». Le principe de causalité adapté aux systèmes biologique par l'étiopathie : « *Tout effet a une cause et, prises dans des conditions semblables, des causes semblables produisent des effets semblables.* » [Treda 3<sup>e</sup> ed p106 et 109]

Toutes les structures du corps à partir du niveau cellulaire sont programmées génétiquement pour exprimer une fonction. Leur finalité est de l'exprimer en conservant leur pérennité. Ces structures sont composées d'éléments ayant une organisation propre déterminant leur forme et en conséquence leur fonction, ces deux notions étant indissociables, l'une sous-tendant l'autre. Ces fonctions ont la particularité de s'exprimer entre des limites d'adaptations données et sont dites autorégulées, cela leur permettant de rester dans un état d'équilibre (principe d'homéostasie) face aux sollicitations extérieures tendant à les déstabiliser. Cette capacité d'adaptation permet aux systèmes biologiques d'exprimer leur fonction malgré les évènements impactant le PVO.

L'étiopathe s'intéresse à la somme pathologique du patient dans le but de rapprocher au plus près son PVA de son PVO. Grossièrement on peut définir cette somme pathologique par l'ensemble des lésions étiopathiques qu'un individu présente et par son manquement aux règles de l'hygiène naturelle (prophylaxie, diététique, exercice physique). Bien que l'étiopathe se doive d'informer et de rediriger son patient concernant son hygiène de vie, cela n'est pas dans son champ de compétence. Le rôle principal de l'étiopathe est de traiter certaines des lésions, dites réversibles, atteignant les structures de l'individu. Cependant quelques exercices gymniques préparatoires à une reprise sportive peuvent être conseillés. Ils ont pour principe de réveiller le système articulaire et de débloquer la respiration.

La définition de base du terme « lésion » en étiopathie fait la nuance entre l'altération et la destruction des tissus. Sont mis à l'écart tout phénomène naturel de vieillissement, ainsi que les problèmes génétiques non considérés comme lésions car ils sont caractéristiques de l'individu et font donc partie intégrante de son PVO. La lésion étiopathique se définit par une dysharmonisation structurale d'un système ou de certains de ses éléments. Elle ne peut trouver son origine première que dans une cause exogène. Elle est établie dans le temps et est indépendante, c'est à dire qu'elle s'auto-entretient. Elle peut être soit réversible soit irréversible :

- La lésion étiopathique réversible : modification structurale correspondant à un nouvel état d'équilibre établi entre deux ou plusieurs systèmes, ou entre deux ou plusieurs éléments d'un système. Elle correspond à un changement d'organisation des éléments de la structure. Le potentiel génétique de la structure est respecté et elle conserve une possibilité de restauration. L'étiopathe peut agir sur ses lésions par l'intermédiaire des différentes techniques manuelles.

- La lésion étiopathique irréversible : destruction structurale importante, la rendant définitive. Elle est irréductible, et est dans le meilleur des cas compensée par la capacité d'adaptation des systèmes en relation avec elle. Elle correspond à un changement de composition de la structure. Au point de vue thérapeutique seule un appareillage ou des produits de remplacement pourront être envisagés. Une chirurgie pourra également s'imposer.

Le modèle étiopathique classe les phénomènes et les lésions dans différentes catégories ayant chacun un niveau d'action propre. Les relations entre ces différents phénomènes et lésions forment une suite étiopathique. Ce raisonnement permet d'identifier le processus causal. Le traitement manipulatif peut débuter. L'étiopathe utilise des techniques mécanistes tirées du reboutement, de la chiropraxie et de l'ostéopathie. Ces techniques s'appliquent aux systèmes articulaire, cutané, musculaire, ligamentaire, aponévrotique, organique, gynécologique, et circulatoire. Dans les techniques crâniennes le MRP ne semble pas présent, le travail des sutures et des membranes est privilégié. Elles sont intégrées par l'intermédiaire de Brookes, membre de l'AOI, qui entretient des liens avec Harold Magoun et Viola Frymann. Pour les techniques viscérales et gynécologiques, le travail des Suédois est repris. Des notions positionnelles des organes sont décrites, et se traitent par des manœuvres de réduction. Une dynamisation vasculaire est également recherchée [52,66,68,69,153-155].

Toutes ces professions sont donc nées d'un désir d'apporter une autre solution thérapeutique à la médecine allopathique et à la chirurgie. Pour cela, les techniques manuelles empruntées aux rebouteux sont complétées par des modèles se voulant scientifiques, ceci afin de tenter d'expliquer les mécanismes d'apparition et d'expression des pathologies mais également les mécanismes d'actions des techniques utilisées. Ces modèles se basent sur les connaissances anatomiques et physiologiques du moment et sont influencés par différents courants de pensées. Ils évoluent donc avec le temps. Le corps humain n'ayant pas encore révélé tout ses secrets, plusieurs théories cohabitent. Aux techniques mécaniques originelles sont ajoutées, entre autre, des techniques à visée énergétique et psychologique. Si un consensus semble exister dans la prise en charge des troubles musculo-squelettiques, les avis divergent concernant une application plus large. Dans le cadre de ce travail, une dernière question doit être soulevée avant de rentrer dans l'expérimentation : quelle est la place de l'Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes (IFSOR) dans ce paysage thérapeutique et quel modèle est transmis dans l'enseignement ?

## **2.7. Place de l'Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes**

L'IFSOR est fondé en 2007 par des ostéopathes formés et enseignant à l'école de Genève. Pour rappel cette école en Suisse présente une alternance dans la dénomination de son enseignement : ostéopathie d'abord dans les années 60, puis étiopathie dans les années 70, et enfin reprise du terme ostéopathie à l'aube de l'an 2000. En 2008 elle se voit dans l'obligation de fermer son enseignement sur cinq ans, la législation Suisse réservant la délivrance du diplôme d'ostéopathe aux écoles publiques. La structure se réorganise alors pour proposer des formations continues post-diplôme<sup>23</sup>. Certains décident de continuer un enseignement complet en France, L'IFSOR est créée.

Nous l'avons vu plus haut en 1981 deux groupes se séparent dans le courant étiopathique. Le groupe Suisse poursuit son évolution sur les bases du concept étiopathique décrit plus haut. Il développe le Modèle Fondamental de l'Ostéopathie Structurale. L'approche systémique est donc au cœur de ce modèle. « *Elle emprunte au réductionnisme le point de vue particulier qu'elle porte sur le vivant, et à l'holisme, la conscience de la globalité du vivant et des propriétés émergentes.* » (Terramorsi, p339-340). L'organisme est donc vu comme un ensemble de systèmes (ou niveaux de complexités) et de sous-systèmes en interrelations entre eux. L'organisme est également lui même en interrelation avec son environnement. Chaque niveau de complexité nécessite une approche thérapeutique spécifique. L'ostéopathie structurale se veut biomécanique et agit sur le système physique de la personne. Si le patient présente un tableau clinique où le système physique n'est pas prépondérant, alors il est réorienté vers une autre approche thérapeutique couvrant un autre niveau de complexité (psycho-émotionnel, énergétique, etc).

Concernant le terme « Ostéopathie Structurale », il convient de préciser ce choix. Il est courant en Ostéopathie d'entendre parler d'ostéopathie structurale pour définir les manipulations articulaires. Cela évoque donc des techniques qui sont mises en opposition aux techniques fonctionnelles de manipulations myotensives. Contrairement à cela, l'« Ostéopathie structurale » ne fait pas références à des techniques mais au concept de la lésion ostéopathique. Celle-ci est nommée Lésion Tissulaire Réversible (LTR) et siège dans la structure : le tissu conjonctif. Elle ne correspond pas à une perte de fonction (perte de mobilité articulaire par exemple) mais à une altération de ce tissu. Elle n'est donc pas nommée dysfonction somatique mais lésion tissulaire. L'ostéopathe ne peut agir que sur les lésions tissulaires dite réversibles, la LTR, et non sur les Lésions Tissulaires Irréversibles (LTI). Cette dénomination est une évolution du concept étiopathique de lésion étiopathique réversible alors vu comme un déséquilibre des forces auto-entretenu. Cette nouvelle vision de la lésion voit le jour juste après la séparation des groupes Français et Suisse en 1982. On l'a doit à J.F Terramorsi. Elle garde le terme de lésion étiopathique jusqu'en 1990 où le terme de LTR est introduit sous l'impulsion de G. Lapertosa et S. Pinto. En

<sup>23</sup> <https://www.osteopathie-structurelle.ch/>

ostéopathie biomécanique structurelle, il n'y a donc pas de clivage entre ostéopathie crânienne, viscérale, technique structurelle, etc. Mais un ensemble de techniques qui s'intéressent aux différentes structures du corps composés de tissu conjonctifs. En restaurant la qualité de ce tissu, la structure en lésion retrouve sa fonction.

En tant que praticien de première intention, un diagnostic d'exclusion est préalablement effectué. Si le patient relève du champ de compétence de l'ostéopathie structurelle une prise en charge est effectuée. Dans le cas contraire il est réorienté. La structure qui s'exprime, c'est à dire la structure symptomatologique, est mise en évidence par l'anamnèse et d'éventuels tests. La structure où siège la LTR est alors recherchée par la palpation. Cette LTR peut siéger localement à la structure qui s'exprime ou à distance de celle-ci. La LTR ou les LTR mises en évidence doivent être en cohérence avec la plainte du patient pour être traitées. À noter qu'il n'est pas déduit de lésion ostéopathique structurelle à partir de tests fonctionnels, mais ils peuvent cependant être utilisés en début et en fin de séance pour objectiver l'efficacité d'un traitement. La recherche se fait selon les relations inter-systémiques physiques qui peuvent être de deux types : les variables de fonction, qui correspondent aux relations entre différentes structures partageant la même fonction et les variables de régulation, qui correspondent aux relations nécessaires à une structure pour son entretien trophique. À ce jour, ces variables de régulation sont mécaniques, neurologiques, et vasculaires. Elles concernent les structures en rapport mécanique avec la structure siège de la plainte, le système de commande neurologique qui véhicule les informations supérieures et réflexes, le système végétatif orthosympathique responsable de la régulation de l'apport sanguin, et le système parasymphatique pour les systèmes viscéraux [68,156,157].

## **Deuxième partie : Étude de terrain**

### **1. Problématique**

Les premiers chapitres permettent de lever le voile sur l'implantation des thérapeutiques manuelles en France d'un point de vue législatif. Leurs origines, leurs fondements, leurs champs d'applications, et leurs évolutions respectives permettent de mettre en évidence des points communs et des différences entre elles. L'obligation à la formation continue, le partage des techniques, l'évolution des sciences et la présence de courants différents au sein même de chacune d'entre-elles, semblent expliquer les similitudes qui peuvent exister dans la pratique de deux thérapeutes titulaires d'un diplôme différent et les différences dans celle de deux thérapeutes ayant un même diplôme.

Cela permet de comprendre aisément la difficulté pour certains patients de discerner l'originalité de ces professions après une consultation. Cependant les données trouvées sur internet et rédigées par des thérapeutes (journaux, sites de santé, sites personnels), ne devraient pas apporter de réponses si disparates.

1) Existent-ils d'autres caractéristiques ou évènements marquants au sein de ces professions non mises en évidence dans cette première partie? Expliquent-ils ces disparités?

2) Les thérapeutes connaissent-ils les autres professions étudiées dans ce mémoire? Savent-ils ce qui les lie aux autres métiers et ce qui les en séparent? Cela expliquent-ils ces disparités?

3) Dans certains cas une complémentarité entre ces pratiques semble pertinente. Cette perspective semble cependant entachée par des rivalités. Malgré cela, un travail interdisciplinaire est-il mis en place?

### **2. Hypothèse**

1) Concernant les particularités et évènements de chaque profession, l'hypothèse est qu'il en existe d'autres. En revanche, on émet l'hypothèse qu'ils n'expliquent pas les informations contradictoires exprimées par les thérapeutes sur internet.

2) L'hypothèse d'un manque de connaissances des thérapeutes sur les autres professions est avancée. On émet également l'hypothèse qu'il est la cause des disparités.

3) Concernant le travail interdisciplinaire, on émet l'hypothèse que cela dépend des thérapies. MMO ou ostéopathe, et MK mettent en place un travail interdisciplinaire. Il n'y a pas de travail interdisciplinaire entre, chiropracteur ou étioathe, et masseur-kinésithérapeute. Enfin il n'y a pas de travail interdisciplinaire entre MMO, ostéopathe, chiropracteur, étioathe.

### **3. Méthodologie**

En science, de nombreux types de raisonnements sont possibles. Dans le cadre de ce travail, le choix est porté sur l'utilisation du raisonnement abductif au sens large décrit par Pierce [158]. Il s'agit d'un raisonnement de recherche expérimentale. Les hypothèses sont formulées en avance (phase d'abduction spécifique), il en découle le choix de l'outil expérimental pour tester ces hypothèses (phase de déduction) : l'entretien semi-directif. Enfin par l'analyse des résultats, les hypothèses sont testées et vérifiées (phase d'induction).

#### **3.1. Choix de la méthode et des outils**

L'objectif principal de cette étude est de comprendre pourquoi les informations disponibles sur internet pour les patients et rédigées par des thérapeutes ne s'accordent pas ? Et comment est-il possible de l'expliquer ?

Pour répondre à ces questions, le recueil d'informations est choisi. Différentes solutions sont disponibles pour réaliser celui-ci. Les questions « comment » et « pourquoi » sont des questions de recherches qualitatives plutôt que quantitatives. L'entretien se prête bien à ce type de recherche contrairement au questionnaire qui aura plus un objectif quantitatif [159-165].

Celui-ci peut être mené de manière individuelle ou collective. L'expertise des thérapeutes dans leur propre domaine et l'état de leurs connaissances sur les autres professions sont recherchés dans cette étude. L'entretien individuel est donc le plus adapté, celui-ci permettant un moment d'écoute, d'échange et de reconnaissance de l'expertise de l'interviewé [165].

Il existe trois types d'entretiens dont les caractéristiques sont résumées dans l'annexe 10. Parmi ces trois possibilités, l'entretien semi-directif est retenu. Celui-ci laisse des possibilités de relances et d'interactions dans la communication entre interviewé et intervieweur [166]. Les questions peuvent être ouvertes et laisser l'expertise du thérapeute s'exprimer librement, sans toutefois perdre de vue l'objectif initial. Il semble le plus adapté pour un entretien fluide, et permet d'adapter l'ordre des questions en fonction des réponses [167].

### **3.2. Modalités de l'entretien**

L'étude se fait donc par entretiens semi-directifs. Les entretiens sont effectués par téléphone, ce choix est motivé par la possibilité d'interroger des thérapeutes partout en France. Ils sont enregistrés par dictaphone afin d'être le plus à l'écoute possible, et de pouvoir interagir. Un accord préalable d'enregistrement est demandé.

Pendant l'entretien, l'intervieweur se doit de conserver une attitude neutre, en retrait et d'établir une relation de confiance avec son informateur [166,167]. Un guide d'entretien (annexe 11) préalablement établi permet de servir de fil conducteur à l'entretien et de répondre à la problématique posée. Des questions ouvertes correspondant aux thèmes du guide sont posées dans un premier temps. Elles sont éventuellement complétées par des questions fermées si certains sous-thèmes ne sont pas spontanément abordés par l'interviewé. Après un temps dit administratif, le premier thème est lancé. La suite de l'entretien s'adapte en fonction des réponses. À la fin, l'ensemble des questions doit être traité. Pour cela le guide d'entretien est imprimé et les questions cochées une fois abordées. Si besoin quelques notes peuvent être prises notamment pour les informations difficilement audibles (dates, noms propres, abréviations...), ou dites hors enregistrement.

### **3.3. Traitement des données**

#### **3.3.1. Transcription des entretiens**

La première étape du traitement des données est la retranscription manuelle des enregistrements audio sur un logiciel informatique de traitement de texte. Les réponses faites par les interviewés constituent les données. L'ensemble de ces données forment ce qu'on appelle un corpus. C'est ce corpus qui est analysé.

#### **3.3.2. Analyse des données**

Suite à la retranscription des entretiens, l'analyse peut commencer. Quatre approches sont possibles pour l'analyse de données qualitatives : une approche lexicale pour décrire de quoi on parle, une approche linguistique pour décrire comment on parle, la cartographie cognitive pour structurer une pensée, et enfin une approche thématique qui permet d'interpréter un contenu. Cette dernière correspond le mieux à cette étude, elle est donc choisie. Elle se décompose en trois étapes.

D'abord une phase de pré-analyse pendant laquelle une relecture des entretiens permet de s'en imprégner. À noter que tous les entretiens effectués sont conservés pour l'analyse dans le cadre de ce mémoire. Les thèmes et sous thèmes du guide d'entretien sont utilisés pour classer les données et les interpréter. Des nœuds sont créés afin de pouvoir décontextualiser les données.

Ensuite lors de la deuxième phase de ce travail, le corpus est exploité afin de répondre à la problématique sans dénaturer le contenu initial. Chaque entretien est analysé individuellement dans un premier temps. Les données sont décontextualisées, c'est à dire, des fragments d'entretiens, encore appelés unités, sont sélectionnés afin d'être placés dans un nœud qui est lui même rattaché à un sous-thème. Les sous-thèmes étant rattachés à leur thème (annexe 12). Puis une analyse transversale est effectuée : les entretiens sont comparés selon un même sous-thème. L'utilisation des nœuds permet d'identifier plus facilement les tendances communes et les différences.

Enfin la dernière étape permet de traiter les données et de les interpréter. Ceci par une analyse statistique assez simple (fréquence d'apparition, variation selon les locuteurs et les contextes, interdépendance entre les différentes catégories) en énonçant les tendances et en les appuyant sur des extraits représentatifs afin de vérifier les hypothèses répondant à la problématique [168-173].

### **3.3.3. Outils d'analyse des données**

L'analyse des données peut se faire de deux manières : manuellement ou informatiquement. La méthode manuelle peut se faire à l'aide d'un code couleur par exemple avec une couleur par nœud. Chaque unité doit ensuite être rangée dans une grille d'évaluation sous forme de tableau (feuille papier, mur, etc.). Cette technique demande de plus en plus de place au fur et à mesure que le nombre d'entretiens augmente. Pour des raisons logistiques elle n'est pas retenue.

Il est également possible d'utiliser des logiciels informatiques. Certains de ces logiciels proposent d'effectuer eux-mêmes l'analyse du texte et de classer les unités détectées dans les sous-thèmes. Les unités retenues peuvent différer selon le logiciel utilisé dans le cas de questions ouvertes. En effet la façon dont on parle d'un sujet, et les mots choisis, ne font pas forcément ressortir le sous-thème en lui même. Cette fonction n'est pas retenue.

Les logiciels permettent également une méthode manuelle, permettant une analyse précise et adapté sans les inconvénients logistiques. La recherche d'un logiciel libre et gratuit s'est avéré infructueuse, le projet à l'origine du logiciel RQTA<sup>24</sup> étant abandonné, le choix se porte sur une version d'essai du logiciel Quirkos<sup>25</sup> qui nous laisse 20 jours d'essai gratuit [168,169].

---

<sup>24</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=uFNuB7FVAll>

<sup>25</sup> <https://www.quirkos.com/index.html>

### **3.4. Échantillonnage**

#### **3.4.1. Objectif de l'échantillon en recherche qualitative**

En recherche qualitative, l'utilisation d'un échantillon non probabiliste se justifie [174]. Ces échantillons posent des problèmes inférentiels car il n'est pas possible d'estimer leur représentativité. Cependant le principe même d'une approche qualitative est de ne pas être représentatif des populations étudiées, l'objectif n'est pas la mesure mais l'identification et la compréhension de pratiques ou d'attitudes. L'échantillon doit donc être le plus diversifié possible. Il doit également être en cohérence avec le sujet traité et donc sélectionner des informateurs clés [175-177]. L'ensemble des thérapies manuelles étudiées dans ce mémoire doit donc être représenté par les thérapeutes eux mêmes. Pour une analyse globale un minimum de 10 à 20 interviews est nécessaire, pour une analyse spécifique sur certains segments il faut au moins 5 à 6 entretiens [176,177].

Le premier thème est spécifique à chaque profession et nécessite donc un minimum de 5 entretiens pour chacune d'entre elles. Les deuxième et troisième thèmes sont spécifiques à deux professions et nécessitent donc également 5 à 6 entretiens soit 3 minimum par profession afin de respecter au mieux le principe d'équité. Le dernier thème est une analyse globale et commun à toutes les professions et nécessite donc 10 à 20 interviews. Afin d'obtenir des résultats valables dans tous les thèmes l'objectif initiale de 5 entretiens par profession est retenu.

#### **3.4.2. Constitution de l'échantillon**

Afin d'obtenir un échantillon le plus diversifié possible, les critères de recherche se sont basés sur les villes d'exercices des praticiens dans un premier temps, ceci afin d'éviter d'interroger deux thérapeutes issus de la même école. Les annuaires en lignes<sup>26</sup> des institutions permettent de trouver facilement des contacts de praticiens aux quatre coins de la France. Pour les étioopathes, chiropracteurs, et MK, un seul annuaire existe par profession et ces seuls annuaires ont donc été consultés. Pour les MMO, l'annuaire le plus précis sur le mode d'exercice a été choisi afin de contacter des thérapeutes « ostéo-exclusive » ou « ostéo-dominante ». Pour les ostéopathes les annuaires des trois syndicats représentatifs de la profession ont été consultés.

Avant de démarrer cette étape, le guide d'entretien a été préalablement testé avec un thérapeute. Cela a permis de s'entraîner au jeu de ping-pong que ce type d'entretien nécessite et corriger quelques détails dans la manière de poser les questions. L'entretien a duré 12 minutes. La constitution de l'échantillonnage s'est déroulée du 20 juin au 27 Juillet. Les interviews entre le 30 juin et le 30 juillet. Lors du recrutement le sujet a été présenté ainsi que la durée de l'interview : 15 minutes. Une première phase a démarré en évitant le recrutement par « boule de neige », c'est à dire par sollicitation de son propre réseau ou du réseau des interviewés, ceci afin d'éviter des biais de résultats. Cependant après 40 appels passés, 8 par professions, seuls 3 interviews ont pu être programmés et effectués. Diverses causes à cela : manque de temps, non intérêt, départ en vacance, pas de suite après avoir laissé un message à la secrétaire. Le recrutement par boule de neige a donc été effectué en parallèle du recrutement initial. Au final après 75 appels passés, et un discours de présentation un peu plus affiné, 18 interviews ont pu être effectués dont 8 par boule de neige.

---

<sup>26</sup> [https://www.etiopathie.com/trouver\\_un\\_etiopathe\\_pres\\_de\\_chez\\_vous](https://www.etiopathie.com/trouver_un_etiopathe_pres_de_chez_vous); <https://annuaire.chiropraxie.com/>; <https://www.osteos.net/annuaire/>; <https://osteofrance.com/rechercher/>; <https://www.osteopathe-syndicat.fr/annuaire-liste-des-osteopathes>; <https://www.osteopathe-afo.com/>; <http://www.ordremk.fr/je-suis-patient/trouver-mon-kinesitherapeute/>. Consultés du 20 juin au 27 juillet 2020.

#### 4. Résultats

##### 4.1. Caractéristiques de la population étudiée

Figure 1 : Profession exercée

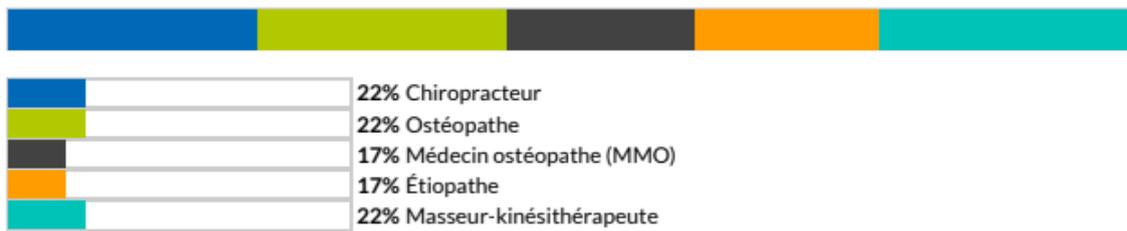


Figure 2 : Nombre d'années d'exercice

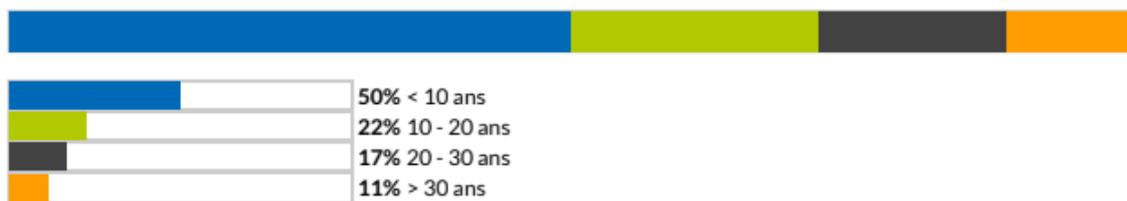
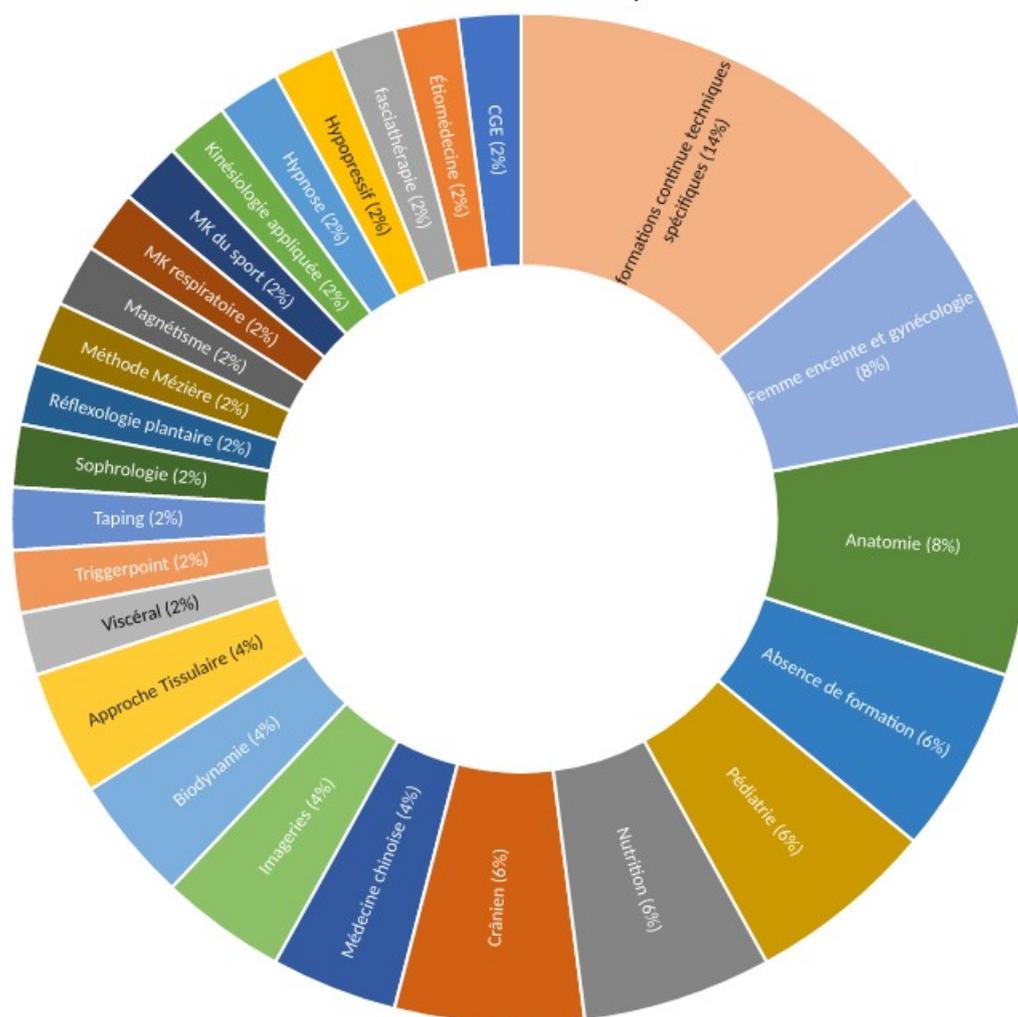


Figure 3 : Formations continues des thérapeutes interrogés



## **4.2. Caractéristiques des interviews et du corpus**

Le corpus à analyser, c'est à dire l'ensemble des 18 interviews, représente 34 445 mots. 69 % du corpus est utilisé, c'est à dire sélectionné en unités. Cela représente un total de 683 unités réparties dans les différents sous-thèmes. Les interviews sont disponibles en annexe 14. Toute information relative à l'identité des personnes interrogées est retirée. Un système de codage basique permet de traiter les données et d'y faire référence. On obtient (« C » « numéro ») pour les chiropracteurs. (« E » « numéro ») pour les étioopathes. (« K » « numéro ») pour les masseur-kinésithérapeute. (« MMO » « numéro ») pour les médecins ostéopathes. (« O » « numéro ») pour les ostéopathes.

## **4.3. Résultats des interviews**

### **4.3.1. Formation continue**

Dans la partie administrative de l'entretien, il a été demandé aux praticiens si des formations supplémentaires ont été suivies depuis l'obtention de leur diplôme.

Chez les chiropracteurs on retrouve des formations en pédiatrie, suivi de la femme enceinte, kinésiologie appliquée, organisation neurologique, taping, viscéral, crânien, et autres techniques chiropratique spécifiques.

Chez les MK on retrouve des formations en kinésithérapie du sport, en urologie et sur la gymnastique hypopressive, en kinésithérapie respiratoire, en pédiatrie, en fasciathérapie, sur les triggerpoints, sur des régions anatomiques spécifiques, en sophrologie, à certaines méthodes (Mézière, Concept Globale de l'Épaule), en réflexologie plantaire, hypnose, magnétisme.

Chez les ostéopathes on retrouve des formations en anatomie et morphologie palpatoire clinique, examen radiologique et anatomie appliqué, micro-nutrition, sur la prise en charge des nouveaux nés et des nourrissons, en étio-médecine, en haptonomie, et en médecine chinoise.

Chez les MMO, un des thérapeutes possède un DIU en plus de son DU et l'autre un diplôme obtenu sur un cursus de 5 ans à temps partiel en plus de son DIU. Ensuite s'en est suivi d'autres formations pour les deux thérapeutes comme : le cranio-sacré, la biodynamie, le tissulaire de Pierre Tricot, approche énergétique de l'ostéopathie et médecine traditionnelle chinoise, formations continues avec le GEMO.

Chez les étioopathes on retrouve des formations en nutrition, anatomie, physiologie et spécifiques en étioopathie.

### **4.3.2. Résultat des interviews des chiropracteurs**

#### **4.3.2.1. Thème 1 : Présentation de la profession**

Dans ce premier thème on retrouve le champ de compétences légal des chiropracteurs soit « *les troubles neuro-musculo-squelettiques* » de l'appareil locomoteur (C1, C3). L'ensemble des chiropracteurs interrogés s'accordent à dire que par leur travail ils agissent sur le système nerveux. Le système nerveux est un « *chef d'orchestre* » (C4) qui permet le bon fonctionnement de toutes les structures du « *corps* » (C2). Cela explique le travail effectué sur la colonne vertébrale celle-ci ayant un rapport intime avec le système nerveux (C1, C4).

Ils effectuent également un travail plus « *général* » (C2) basé sur la « *biomécanique* » (C1, C4), c'est à dire sur les dépendances « *loco-régional, ... (et les) interdépendances régionales* » (C4), ainsi que sur les phénomènes de « *compensations* » (C2). Cette idée est reprise en d'autres termes par les 3 chiropracteurs C1, C2, C4. Ils vont donc également agir sur d'autres structures du corps (C1, C2, C3, C4) telles que les articulations périphériques, les muscles, les tendons, les

fascias. La stimulation du système nerveux est cependant toujours présente via les « *mécano-récepteurs* » (C3), même si elle passe parfois en second plan, dans le cadre d'une hernie discale par exemple, où un relâchement de la compression est recherché (C3).

On retrouve les techniques manuelles mise en évidence dans l'annexe 5, avec les « *manipulations* » ou « *ajustements* » qui ressortent le plus dans le texte (C1,C2,C3,C4). Les techniques instrumentales, et les techniques déposées (annexe 9) sont également évoquées (C1, C3, C4), ainsi que les exercices donnés au patient (C2, C4).

Concernant les indications (annexe 6), rien de nouveau n'a pu être soulevé, mis à part l'utilisation du drop « *fortement contre-indiqué dans une pathologie discale* » en raison de la vibration mal supportée dans ce cas là (C3). Avant de démarrer un traitement, une anamnèse est effectuée (antécédents, motif de consultation, circonstance d'apparition...). Les chiropracteurs établissent en premier lieu un « *diagnostic d'exclusion* » (C3, C4). Celui-ci est de type médical avec des tests « *neurologiques, orthopédiques, et/ou fonctionnels* » (C4). S'en suit un diagnostic chiropratique. Ceci permet de déterminer si la prise en charge chiropratique est indiquée ou si le patient doit être « *réorienté* » (C3).

Au sujet des origines, les informations délivrées par les trois thérapeutes interrogés sur le sujet (C1, C2, C3) corroborent avec ce qui a pu être trouvé dans la première partie. L'année de création et le rôle de D. Palmer est confirmé bien que C2 soit un peu plus vague sur le prénom (confusion avec BJ Palmer) et la date (« *fin du 19e siècle* »). Un fait intéressant est soulevé par C3 « *j'ai même retrouvé des photos de cours d'école d'ostéopathie avec les Palmer en photo dessus* ».

Enfin concernant les différents courants, C4 confirme l'existence de deux courants : les « *straights* » et « *diversify* » (équivalent des mixeurs évoqués dans la première partie). Cependant celui-ci évoque la possibilité que cela soit « *obsolète* », et évoque deux autres courants « *mécaniste* » et « *vitaliste* ». Ceci semble confirmer par les trois autres chiropracteurs qui évoquent également ces courants. Aujourd'hui il semble plutôt cohabiter trois courants. Un premier courant « *biomécanique* » (C1, C2) ou « *mécanique* » (C3, C4), basé sur la « *science* » et les « *EBP* » (C1, C2). Ce courant ne pense pas travailler « *sur le système nerveux mais sur les articulations* » (C3). Un second courant « *vitaliste* », plus énergétique ayant des pratiques « *différentes* » (C3), « *plus subtiles, moins centrées sur la colonne vertébrale* » (C4), avec « *du crânien, du viscéral* ». Ce courant a pour but un « *fonctionnement optimal du système nerveux* » et ne va pas faire de « *diagnostic autre que chiropratique* » (C3). Et un dernier courant de « *mixeurs* » qui vont conserver la notion d'action sur le système nerveux et effectuer un diagnostic d'exclusion en plus du diagnostic chiropratique.

#### 4.3.2.2. Thème 2 : Connaissances des autres métiers

##### ✓ Chiropracteurs / Ostéopathes

Globalement les connaissances sont assez floues, cela « *se ressemble pas mal* » pour C1 et cela « *paraît compliqué* » de comparer les deux professions pour C2 qui évoque l'existence de nombreuses philosophies dans les deux métiers.

Concernant les origines, deux thérapeutes évoquent la possibilité que les créateurs des deux disciplines se connaissent et qu'elles sont apparues à la même époque (C2, C3). L'évolution de ce lien n'est pas vue de la même manière pour C3 qui considère qu'un « *mélange s'est fait* » entraînant une limite « *assez floue puisque la plupart des ostéopathes font des ajustements* ». Tandis que pour C1 suite à une « *histoire commune* », les deux disciplines se sont « *séparées* » avec des « *doctrines et des points de vues différents* ». On peut réévoquer les photos retrouvées par C3.

La différence de concept est évoquée. Pour cela la comparaison entre système nerveux pour les chiropracteurs et fluides pour l'ostéopathie est mise en avant par C2 (« *fluides* », « *lymphe* ») et C3 (« *fluides* », « *loi des artères* », « *LCR* »), nuancée par C3 qui pense que les ostéopathes travaillent également sur le système nerveux.

Concernant les techniques une différence est marquée pour le travail crânien et viscéral très peu utilisés chez les chiropracteurs alors qu'ils peuvent être utilisés de manière exclusive chez certains ostéopathes (C3, C4).

Concernant la formation, il « *semble* » à C3 que des « *passerelles* » existent pour certaines professions du corps médical. En revanche C1 donne des informations assez précises sur la durée des études et la fermeture/ouverture des écoles suite au décret de 2015.

Le champ de compétences est évoqué par C1, évoquant comme différence au niveau du décret « *le droit d'utiliser des outils* » pour les chiropracteurs, ainsi que la nécessité d'une prescription médicale « *pour les manipulations cervicales et les nourrissons de moins de 6 mois* » pour les ostéopathes.

Enfin pour C4 c'est la notion de « *suivi* » et de « *continuité* » qui va distinguer les chiropracteurs.

#### ✓ Chiropracteurs / Étiopathes

Sur les étiopathes, deux des thérapeutes (C2, C3) n'ont aucune notion. Pour C1 « *ça ressemble pas mal* ». C4, bien qu'il ne connaisse « *pas assez* » pour comparer, évoque le fait que le fondateur « *piochait et chez les chiropracteurs et chez les ostéopathes aux États-Unis les différents raisonnements et techniques* », sans être « *diplômé* » des deux disciplines.

#### ✓ Chiropracteurs / MK

Deux différences principales sont avancées. D'abord la notion de thérapeute de premier contact (chiropracteur) et de second contact (MK) par C1, C3, C4. Cela entraînant la réalisation d'un diagnostic pour le chiropracteur contrairement au kinésithérapeute (C3, C4).

Ensuite le fait que le kinésithérapeute est axé sur la « *rééducation* » fonctionnelle et musculaire (C1, C2, C3).

Deux différences discutables ressortent. D'abord, contrairement au chiropracteur, le kinésithérapeute ne va travailler que sur la « *conséquence* » (C3) du problème, et sur le « *loco-régional* » (C4). Par exemple pour une tendinite du supra-épineux il ne travaille que sur le muscle mais pas sur « *la coordination entre la scapula et la gléno-humérale* » et la « *fonction vertébrale associée* » (C4). Ensuite, l'interdiction des manipulations articulaires pour les kinésithérapeutes est avancée par C1 et C3.

#### ✓ Chiropracteurs / MMO

Pour C1, C3 et C4, lorsque les médecins sont formés à l'ostéopathie, il n'y a aucune différence avec un ostéopathe et donc pas plus de points communs et différences avec les chiropracteurs. C4 évoque le fait que les MMO sont « *les premiers à avoir eu accès à la formation* ».

#### 4.3.2.3. Thème 3 : Travail interdisciplinaire

L'ensemble des chiropracteurs interrogés est amené à travailler avec des masseur-kinésithérapeutes. Une "collaboration" est établie avec un échange des patients dans la prise en charge pour un travail en "complémentarité" (C1,C2,C4) ou de manière plus spécifique pour des "blessures musculaires" par exemple (C3).

Une collaboration avec des ostéopathes est également évoquée par C1, C3 et C4. En cherchant "à comprendre ce qui a marché et pas marché" (C1). Pour C3 c'est "principalement pour le travail crânien et pour des troubles fonctionnels digestifs", mais l'absence de contact d'ostéopathe dans sa nouvelle région entrave cette collaboration interdisciplinaire. Pour C4, une collaboration est effectuée au sein du même cabinet.

Aucun travail interdisciplinaire avec des étioopathes ou des MMO n'est ressorti.

À noter qu'un travail intradisciplinaire existe également. Il est mentionné des échanges verbaux et physiques pour C1, seulement verbaux pour C2.

Un travail interdisciplinaire avec d'autres thérapeutes ressort aussi. Avec les médecins généraliste (C2, C4), les orthophonistes (C3, C4), les psychomotriciens et les radiologues (C3), les psychologues et naturopathes (C4)

#### 4.3.2.4. Thème 4 : Ressenti par rapport à une éventuelle limitation des connaissances

Seul C4 estime n'avoir senti aucune limite, mais nuance toutefois par le fait que c'est son « *rapport personnel* ».

C1 ne s'est « *pas senti limité* » mais « *ne connais pas tout exactement* ». Les nouveautés, que ce soit au niveau des décrets ou des avancées, en sont une des raisons. Concernant l'histoire, bien qu'il existe des « *bouquins* », elle reste « *assez floue* », chacun apportant « *des détails* ».

C2 n'a pas ressenti de limite sur son métier en lui même mais sur les différents courants de celui-ci, ainsi que sur les autres métiers.

C3 exprime une limitation sur « *certaines choses* » non regardées depuis longtemps et donc par « *oubli* » avec le temps.

### 4.3.3. Résultat des interviews des ostéopathes

#### 4.3.3.1. Thème 1 : Présentation de la profession

On retrouve chez O1 le champ d'application de l'ostéopathie soit le traitement des troubles « *fonctionnels* ». Le symptôme est pris en compte pour comprendre le mécanisme d'installation de la douleur (O2, O3, O4) et en trouver la cause (O1, O2, O3, O4). On retrouve chez tous les thérapeutes une idée du fondateur de l'ostéopathie qui est que cette cause se trouve dans les différentes structures anatomiques du corps, les différents systèmes : articulaire, musculaire, viscérale, crânien, osseux, neurologique, vasculaire. O2 nous donne les caractéristiques STAR de la lésion ostéopathique. A noter qu'aucun thérapeute ne fait mention du terme « *lésion* » ou « *dysfonction somatique* ».

La palpation et des tests permettent de trouver des « *restrictions de mobilités* » (O2, O4), une « *rigidité mais pas l'amplitude* » (O3) dans les différents tissus. O2 évoque le fait que les tests se référant aux lois de Fryette sont de moins en moins utilisés, car cela est « *prouvé* » qu'elles ne sont pas valables. Si O3 évoque « *une approche systémique* » pour poser le diagnostic, la palpation est au cœur de son diagnostic. O2 alerte sur le fait que dans son enseignement initial on apprend à choisir son traitement « *avant de toucher le patient* », ce qui lui paraît dangereux.

Le diagnostic ostéopathique est ensuite ramené à la plainte du patient et la zone à traiter doit être en cohérence avec celle-ci (O3, O4). Elle peut être locale ou à distance en se référant aux liens anatomique du corps, aux « *réseaux de communications du corps* » (O3).

Concernant les techniques (annexe 5) on retrouve les techniques structurelles de manipulations articulaires (O1, O2, O4), les techniques sur la trame osseuse (O2, O3, O4), les techniques « *tissulaires* » c'est à dire agissant sur les tissus « *myo-fasciaux* » des muscles, tendons, viscères : « *méso* » (O4), du décordage type « *Moneyron* » (O1), le « *recoil* » (O3), les mobilisations (O1), voir quelques techniques de « *kinésithérapie* » (O3).

O2 et O4 évoquent également un fait non mis en avant dans la première partie : l'éducation au patient qui prend une place de plus en plus importante suite aux dernières recherches sur les mécanismes de la douleur en neuroscience.

Concernant les indications, on retrouve celles vues en annexe 6. La recherche de « *feux rouges* » est évoquée par O3. Cela ne remet pas en cause sa prise en charge mais permet « *une priorisation de la mise en œuvre* » (O3) du traitement, entraînant une redirection rapide du patient vers le médical et une adaptation des techniques. O4 reprend cette notion de choix des techniques en fonction des « *contre-indications, des facteurs de risques* ».

Au sujet des origines de l'ostéopathie O1, O2, et O4 évoquent Still. Avec O3, c'est l'époque de Maidstone qui est abordée avec la confirmation du poste de directeur pour T. Dummer.

O2 et O4 nous donnent une version assez détaillée et évoquent l'aspect philosophique de l'ostéopathie et les influences spirituelles de la « *culture amérindienne* », que Still lègue à travers ses livres et certains de ses successeurs. O4 déplore que cette partie ait tendance à être délaissée pour une approche purement « *scientifique* ».

Cela évoque l'existence de plusieurs courants, ou « *approches* » (O3, O4). O1, qui vient d'une école créé par des ostéopathes formés à Genève lors de l'époque étio-pathique, se dit d'un courant « *biomécanique* » et pense ne pas pratiquer « *le même mode d'ostéopathie* » que ce que Still a créé. O4 et O2 évoquent les approches structurelle, tissulaire, et biodynamique. Ils utilisent préférentiellement l'approche tissulaire. O2 évoque également l'approche fonctionnelle.

On retrouve la fasciathérapie et la biodynamie chez O2 et O4 pour qui cette dernière reste floue. O3 ne comprend pas comment il est possible de séparer ostéopathie viscérale, crânienne, structurelle, la personne étant indivisible. O3 pratique selon le « *Lien Mécanique Ostéopathique* », cette approche n'est pas évoquée en première partie.

#### 4.3.3.2. Thème 2 : Connaissances des autres métiers

##### ✓ Ostéopathe / MK

La différence qui ressort le plus est l'aspect rééducation de la kinésithérapie (O1, O2, O4). O2 et O4 y voit un intérêt particulier par rapport aux travaux des neurosciences cités plus haut. Si O2 se dit limitée, elle est toutefois au courant que les manipulations articulaires sont enseignées lors de la formation initiale des MK et que certains se forment à l'ostéopathie et donc pour elle « *la frontière est assez mince finalement* » et c'est plus le « *concept* » qui doit différer. Cette frontière O4 la voit sur la différence de prise en charge plus ponctuelle, contrairement à la prise en charge à long terme du MK et sur des « *restrictions, (...), spécifiques* » lorsque le MK se sent limité dans ses techniques. Une notion de complémentarité ressort donc et est d'ailleurs évoquée par O2.

L'accès de première intention pour les ostéopathes contrairement au MK est évoqué par O1 et O3. O1 voit les MK comme « *limité* » par la prescription et à la « *zone* » anatomique indiquée dessus. O3 compare une position de maître et esclave vis à vis du diagnostic. Elle tempère toutefois ces propos : « *peut-être un peu moins aujourd'hui* ». Il en est de même pour l'approche « *segmentaire* » de la kinésithérapie mis en opposition avec l'approche « *systémique* » de l'ostéopathie.

##### ✓ Ostéopathe / Étiopathe

O1, O2, O4 disent ne pas trop connaître. Pour O1 et O4 se sont des échos obtenus par des patients ou des confrères, ainsi qu'une consultation personnelle pour O1.

O1 nous donne des informations sur des pratiques très différentes allant d'une approche biomécanique avec des techniques de manipulations, associées à de l'émotionnel, des crèmes à base de plantes et des lampes infrarouges, jusqu'à des pratiques avec une approche « *de l'ordre de l'esotérisme, presque ne pas touché et avec utilisation de plantes* ».

De ce que O4 en connaît, il voit des similitudes dans les techniques et dans un des concepts de base qui est « *d'aller chercher la cause et de ne pas se cantonner aux symptômes douloureux* ».

Pour O3 « *l'étiopathie c'est de l'ostéopathie* », les étiopathes ayant choisi ce terme pour échapper aux procès à l'époque.

##### ✓ Ostéopathe / Chiropracteur

O1, O2, et O4 expriment également leur manque de connaissances sur la chiropraxie. Ils font tous les trois référence à l'intérêt que les chiropracteurs portent au rachis et à l'utilisation des manipulations articulaires.

O1 note que certains chiropracteurs utilisent également des techniques sur les articulations périphériques et qu'elle « *n'était pas au courant de ça* ».

O2 évoque que certains chiropracteurs utilisent « *apparemment* » des techniques viscérales.

O3 voit des similitudes dans les techniques structurelles ostéopathiques et les techniques chiropratiques mais à sa « *connaissance* » ce sont plutôt des techniques « *à grand levier* ». Elle évoque l'utilisation des « *drops* » et des « *angles* » (références aux cales de De Jarnett), non utilisés ou très peu en ostéopathie.

Pour O3 la différence principale vient du fait qu'en chiropraxie le nerf ne peut être « *lésé* » qu'au niveau du foramen vertébral, la colonne est donc leur « *guide* ». Contrairement à l'ostéopathie qui considère que le nerf peut être lésé sur tout son trajet.

Le nombre de séances qui « *à l'air plus régulier* » est également avancé par O2.

#### ✓ Ostéopathes / MMO

Ici seule la formation est mise en avant par O1, O3 et O4.

Ils évoquent l'existence de formations plus ou moins « courtes » (O1), plus ou moins « complètes » bien que cela ait tendance à être « un peu atténué » aujourd'hui (O4), de « très bonne » qualité (O3), cela entraînant une différence plus ou moins importante entre un ostéopathe non médecin et un MMO.

##### 4.3.3.3. Thème 3 : Travail interdisciplinaire

O1, O3 et O4 effectuent ou ont effectué un travail interdisciplinaire avec des MK. O4 collabore avec des MK. O3 réadresse les patients. O1 a collaboré avec des MK dans un ancien cabinet mais moins suite à un déménagement car les MK qu'elle connaît sont également ostéopathes, cela entraînant une difficulté pour partager. O2, malgré la présence d'un MK dans son ancien cabinet, évoque un problème de communication pour réaliser un travail interdisciplinaire.

Aucun travail interdisciplinaire avec des chiropracteurs, des MMO, des étioopathes n'a pu être mis en évidence.

Concernant le travail intradisciplinaire seul O4 évoque des échanges verbaux, notamment par l'intermédiaire d'un groupe de réflexion local, et physiques.

Au sujet d'autres professions, O1 collabore avec des médecins généralistes. O3 avec des acupuncteurs et des psychologues et O4 avec des psychologues, sages-femmes, orthophonistes.

##### 4.3.3.4. Thème 4 : Ressenti par rapport à une éventuelle limitation des connaissances

Parmi les quatre thérapeutes seul O3 ne s'est pas senti limité pour répondre à l'entretien.

O2 exprime des limites sur la connaissance de « la biographie du fondateur de l'ostéopathie » malgré des examens sur le sujet lors de ses études, ainsi que sur les « autres praticiens de santé », O1 d'une manière globale par manque de temps passé à s'informer, O4 plus précisément sur les autres professions « non pas par dédain ou désintérêt » mais parce qu'il n'a « jamais eu vraiment l'occasion de (s'y) intéresser ».

#### **4.3.4. Résultat des interviews des étioopathes**

##### 4.3.4.1. Thème 1 : Présentation de la profession

L'étioopathie apparaît comme un « raisonnement » (E3). Elle a une approche mécanique (E2, E3). On retrouve l'idée de la recherche de la « cause » du symptôme et des relations entre les différents « systèmes du corps » chez tous les praticiens. Une anamnèse est effectuée (E1) permettant de cibler la structure concernée par une approche « déterministe » (E2) et éventuellement réorienter le patient si le cas n'est pas de leur ressort (E1, E3), ceci à l'aide de « tous les diagnostics d'exclusions, ..., identiques à toutes les professions » (E2). Cette anamnèse peut être éventuellement complétée par des tests palpatoires (E3), ou de mobilité non « diagnostic » mais à titre de repère avant/après intervention selon les thérapeutes (E2). La structure concernée peut être locale par rapport à la plainte du patient (E1, E3), mais également à distance en prenant en compte le métamère correspondant (E1, E2, E3). Le terme de lésion étioopathique est repris, elle siège préférentiellement au niveau des articulations, le plus souvent vertébrales (E1, E2, E3). Selon les thérapeutes, seule la lésion en cause est traitée ou un traitement symptomatique peut être ajouté (E3).

On retrouve les champs d'applications vu en annexe 6 (E1,E2,E3), la *"lésion irréversible"* (E1) mentionnée dans la première partie du mémoire étant la limite de leur compétence.

Les techniques manuelles utilisées (annexe 5) ne sont pas *"propre à l'étiopathie"* (E3), E3 rappelle que l'étiopathie est un *"raisonnement pas une technique magique"* (E3). On retrouve des techniques de manipulations articulaires : *"manipulations vertébrales"* (E2), *"lumbarol"* (E1), *"compression de poitrine"* (E3). Des techniques de *"mise en tension contrariée"* peuvent également être utilisées (E1).

Concernant le traitement du système viscéral, les manipulations consistent en un travail vibratoire (E3) dans le but d'une relance du *"système vasculaire"* (E3), du *"réflexe circulatoire"* (E2). Cela fait bien référence aux techniques Suédoises. D'après E3 certains praticiens considèrent que la cause peut venir du système vertébral et vont donc traiter ce système, d'autres non.

Concernant le travail sur le système crânien : *"Nous on ne va pas du tout travailler sur du crânien. On ne considère pas qu'on puisse avoir de lésions qui s'installent sur les os qui sont soudés."* (E3) Toutefois E2 évoque des techniques spécifiques sur le système ORL.

Au sujet des origines de l'étiopathie, les trois thérapeutes évoquent le parcours de Trédaniel décrit en première partie et les influences de la chiropraxie, de l'ostéopathie et du Docteur de Sambucy. Il est également fait référence de rebouteux de la part de E1. Seul E2 fait référence à l'existence d'un groupe de réflexion à l'initiative de l'étiopathie. Il évoque les contributions de « Michel Sala » et « Jean-François Terramorsi » dans ce groupe, une petite confusion au niveau de l'espace temps semble donc faite.

Aucun courant différent n'apparaît (E1,E2). La période de séparation entre la Suisse et la France n'est pas évoquée. Il s'agit plus de légères différences de pratiques notamment dans la réalisation de tests après l'anamnèse (E2, E3). Certains praticiens déduisant de leur anamnèse et des liens entre les systèmes, le lieu de la manipulation à effectuer.

#### 4.3.4.2. Thème 2 : Connaissances des autres métiers

##### ✓ Étiopathe / Ostéopathe

E1 et E3 évoquent le fait que leur connaissance de l'ostéopathie vient de discussions avec des *« amis ostéopathes »* (E1) ou *« des patients et collègues »* (E3). E3 estime ne pas connaître *« du tout l'ostéopathie »*.

Pour E1 et E3 on retrouve les mêmes techniques de manipulations dans les deux métiers. E1 précise que ce sont des techniques issues de celles des rebouteux, mais que les deux professions ne les utilisent pas *« pour la même chose »*, sans toutefois aller plus loin dans l'explication. L'existence de *« courants différents »* (E2) est mentionnée par E2 et E1 : *« crânien »*, *« énergétique »*, *« sans, ..., manipulations »*, et enfin ceux faisant des manipulations qui sont ceux se rapprochant *« un peu plus, ..., (de) l'étiopathie »* (E1).

Les origines sont également évoquées. E3 *« n'est pas sûr que l'ostéopathie existait déjà en France »* lors de la création de l'étiopathie. E2 évoque les fondements de la profession à l'origine pour comparer les deux professions. Il met en opposition les philosophies *« moniste » « purement mécaniste »* de l'étiopathie, avec celle de l'ostéopathie qui est *« dualiste »* avec *« la séparation entre le corps et l'âme »* et les *« croyance(s) religieuse(s),..., imprégnée(s) dans les racines »* de l'ostéopathie. Cette information est discutable.

E2 évoque une *« porosité »* entre les deux professions. Certains étiopathes ont obtenu leur *« diplôme d'ostéopathe »* par l'intermédiaire de passerelles à *« Béziers avant que l'école ne ferme »*, et certains double diplômés *« ont monté des écoles d'ostéopathies »*.

Enfin pour E2 une autre différence vient dans l'établissement du diagnostic par « *l'interrogatoire* » chez les étioopathes et par « *la palpation* » chez les ostéopathes. Cela est cependant remis en cause par les « *test palpatoires* » évoquées par E3 en première partie.

#### ✓ Étiopathe / Chiropracteur

Deux des thérapeutes « *ne connais(sent)* » pas la chiropraxie (E1, E3). E3 demande si ce n'est que « *vertébral* » et E1 « *n'est pas sûr à 100 %* » concernant les troubles viscéraux et gynécologiques. E2 « *ne sait pas trop comment ils ont évolué* » en France.

E2 fait une nouvelle fois référence aux origines en marquant comme pour l'ostéopathie l'approche « *dualiste* » de la chiropraxie, venant du « *concept de base* » : « *l'innate intelligence* ». L'approche « *mécanique* » de l'étiopathie est également mise en avant, tandis que ce n'était pas le cas « *à l'origine* » de la chiropraxie. Cela est également discutable.

#### ✓ Étiopathe / MK

Pour les trois thérapeutes la kinésithérapie est avant tout un métier de « *rééducation* » (E1, E2, E3).

E3 n'en connaît pas plus n'ayant « *pas fait ces études* ».

E1 évoque une frontière assez limitée entre les kinésithérapeutes formés en « *thérapie manuelle* » et les autres métiers étudiés dans ce mémoire.

Pour E2 de ce qu'il « *peu(t) en voir* », c'est un métier de « *bien-être* » qui ne traite pas la « *cause* ». Un « *massage ou un travail de rééducation musculaire* » est insuffisant, la contracture musculaire étant causée par « *quelque chose (non) abordée en kinésithérapie* ».

#### ✓ Étiopathe / MMO

Concernant les MMO, les différences supplémentaires avec les ostéopathes sont les suivantes. Une formation « *courte* », « *non complète* » (E3), de « *deux trois stages d'une semaine* » (E2) est évoquée, cela entraînant une situation « *compliquée, ..., pour commencer à prendre les patients* » en charge (E2) et une prise en charge parcellaire où les médecins essaient « *un petit truc* » (E3). E3 précise que « *c'est ce (qu'elle) a pu comprendre* ».

L'autre différence est l'absence de limitation vis à vis des restrictions du décret : « *manipulations cervicales* » et « *nourrissons* » (E2).

#### 4.3.4.3. Thème 3 : Travail interdisciplinaire

Il n'y a pas de collaboration avec les ostéopathes pour les trois thérapeutes. E1 n'en « *connaît pas* » ou sont « *trop loin* ». E2 n'est pas contre l'idée mais évoque la « *tendance à être dans des cabinets seuls* ». E1 et E3 évoquent des échanges verbaux avec des « *amis* » ostéopathes (E3) ou « *d'autres thérapeutes manuels* » (E1).

Concernant les kinésithérapeutes, seul E1 sollicite ses patients à aller voir des kinésithérapeutes car ils « *vont se focaliser sur la rééducation* ». Il n'y a cependant pas de collaboration réelle qui semble exister.

Aucune collaboration avec des chiropracteurs ou des MMO n'est ressortie.

Un travail intradisciplinaire est également présent oralement chez E1 et E3, à titre d'échange de réflexion sur certains cas. Il arrive également à E1 de rediriger ses patients vers d'autres étiopathes.

En dehors des professions étudiées dans ce mémoire, E1 et E3 redirigent leurs patients vers des spécialistes de la nutrition bien qu'ils donnent quelques « *conseils* » nutritionnels. E2 collabore dans son local avec une personne réalisant du « massage Amma » (massage traditionnel asiatique thérapeutique considéré comme bien-être en France).

#### 4.3.4.4. Thème 4 : Ressenti par rapport à une éventuelle limitation des connaissances

Tous les thérapeutes expriment des limites au sujet des autres professions.

E1, vis à vis des chiropracteurs, car il sait qu'ils travaillent au niveau vertébral mais « *sur le reste, ..., ne sais pas du tout* ».

E2, vis à vis de l'ostéopathie, car c'est très « vaste » et qu'il « *paraît difficile de définir précisément ce qu'est l'ostéopathie* ».

E3, vis à vis de toutes les autres professions, car ces seules sources sont « *des on dit et des on a entendu parlé de* ».

### 4.3.5. **Résultat des interviews des MK**

#### 4.3.5.1. Thème 1 : Présentation de la profession

Les kinésithérapeutes prennent en charge des patients, qui viennent pour des dysfonctions dans un ou plusieurs mouvements (K1, K2, K3, K4), dans le but de les soigner (K1, K2, K3). Elles peuvent être dues à des « *douleurs* » (K1, K2), des « *déficits, ..., articulaires, musculaires* » (K3), à des « *zones de blocages* » (K4), un mauvais schéma moteur (K2, K4). On retrouve la notion de « *rééducation* » chez tous les thérapeutes, pendant laquelle ils cherchent à diminuer ses déficits, et la notion de « *réadaptation* » quand cela n'est pas possible, et que des solutions de compensations doivent être trouvées.

Bien qu'il puisse arriver que d'anciens patients viennent en première intention dans des cas aigus, « *torticolis* », « *lumbago* » (K2), les MK agissent la majorité du temps sous prescription médicale (K1, K2). Les kinésithérapeutes réalisent un « *bilan* » (K1, K2, K3) oral et manuel afin de « *comprendre* » ce que le patient a (K2), « *l'origine du problème* » (K1), en s'intéressant à « *l'ensemble du corps* » (K3). Ce bilan peut amener parfois à rediriger le patient (K1) bien que normalement les contre-indications éventuelles sont écartées préalablement par le médecin. Les contre-indications sont spécifiques à certaines techniques dans le cadre notamment de « *délai de consolidation* » (K2), de matériel chirurgical (K3) ou de pathologies spécifiques : « *étirement facial* » dans le cas d'une « *trachéomalacie en pédiatrie* » (K3). « *L'état général* » de la personne même dans le cas d'un « *problème de genoux* » est pris en compte et peut révéler des contre-indications (K2).

La notion d'implication du patient est soulignée par les quatre thérapeutes. K4 la voyant comme une « *contre-indication* » en cas de non coopération du patient. Tous les thérapeutes reprennent les notions de rééducation et de réadaptation. Les indications vu en annexe 6 sont évoquées. L'adaptation des techniques se fait en fonction du patient et de sa pathologie. Elles sont manuelles et réalisées par le MK à titre de massage, mobilisation, mobilisation spécifique articulaire et capsulaire, manipulations, étirements ou bien à titre d'exercices réalisés par le patient de type étirement, renforcement, rééducation posturale, de prise de conscience. On retrouve également les machines de renforcement musculaire et de physiothérapie (annexe 5).

La notion de spécialité ressort chez tous les thérapeutes avec notamment la pédiatrie, la gynécologie, la neurologie, l'orthopédie, la kinésithérapie du sport. Cela entraîne une variation dans les pratiques qui vont être plus ou moins axées sur le manuel ou les exercices en fonction du domaine de spécialisation.

L'utilisation de méthodes est également évoqué : « Mézières » (K2, K4), « micro-kinésithérapie » (K3, K4), « biokinergie » (K3), « kinésiologie » (K3).

Concernant d'éventuels courants K3 évoque une différenciation entre ceux qui vont chercher la justification scientifique et ceux qui ne s'y arrêtent pas. K1 évoque une démarche expérimentale qui va orienter le praticien dans le choix de ses techniques en fonction de ses capacités et des résultats obtenus.

Les origines de la masso-kinésithérapie sont inconnues pour K1 et K3. K4 fait mention de la réunion des masseurs et des gymnastes médicaux dans les années 40.

#### 4.3.5.2. Thème 2 : Connaissances des autres métiers

##### ✓ MK / ostéopathe

La similitude des champs d'action et des techniques ressort chez tous les thérapeutes, notamment par l'intermédiaire de la « *thérapie manuelle* » et surtout avec « *l'ostéopathie purement biomécanique* » (K3). La différence étant marquée par la pratique des ostéopathes de technique sur les systèmes viscérale (K2, K4) et crânien (K2, K3). K2 mentionne toutefois l'existence de formations post-grade dans ces deux domaines pour les MK. Il lui semble également qu'un ostéopathe « *ne va pas faire de pneumologie* ». Pour K1, la différence dans les techniques de manipulations articulaires s'exprime surtout dans la précision du « *geste par manque de formation et d'expérience* ».

Au delà de la technique, la différence de raisonnement est mise en avant par K1 et K2. K2 l'explique par l'établissement du diagnostic initial par l'ostéopathe contrairement au kinésithérapeute qui, bien qu'il fasse un bilan, est influencé par la prescription médicale. K4 évoque la période où les masseurs-kinésithérapeutes se formaient à l'ostéopathie, celle-ci consistant à « *revenir au toucher et aller au cœur du corps* ». Il lui semble que l'ostéopathie « *rejoint un peu la médecine chinoise* », et a « *l'impression* » que plusieurs courants existent : « *viscéraux* », « *mécanique, ..., crac* », « *et d'autres qui vont à peine toucher* ».

Enfin la prise en charge du patient est évoquée par K1 et K2 qui voient l'ostéopathie comme une prise en charge à court terme et la kinésithérapie à long terme.

##### ✓ MK / MMO

Les connaissances sur les médecins ostéopathes sont assez réduites. K1 sait juste que certains médecins de ses patients sont ostéopathes. Pour K2 « *chacun son métier. Pour être ostéopathe il faut avoir fait des études* », cependant K2 ne connaît pas la durée de formation des médecins en ostéopathies.

Pour K4, ce sont les MK qui se sont formé en ostéopathie en premier, puis les médecins se la sont réappropriées. K3 donne une version contraire : « *à la base l'ostéopathie c'était médical* » et fait référence à l'exercice illégal de la médecine jusqu'au « *décret* ».

#### ✓ MK / Chiropracteur

Les quatre thérapeutes disent ne pas connaître la chiropraxie. Pour eux c'est beaucoup de manipulations (K3, K4), cela fait « *crac* » (K1, K2, K4). La source de ces informations vient d'« *échos* » (K1) ou de « *retour d'expérience* » d'une amie pour K4. K2 préfère ne pas donner d'avis sur la question si un patient lui demande.

#### ✓ MK / Étiopathe

Aucun des thérapeutes ne connaît l'étiopathie. C'est un « *non* » catégorique pour K3. K1 connaît l'étymologie du terme « *etio* ». Pour K2 « *c'est encore plus mystérieux* » que la chiropraxie. Pour K4 il lui semble qu'on lui en a « *déjà parlé mais, ..., (il) ne pourrai(t) pas donner de définition* ».

#### 4.3.5.3. Thème 3 : travail interdisciplinaire

Seul un travail interdisciplinaire avec des ostéopathes semble présent. On le retrouve chez K1, K2 et K4.

Pour K1 un échange mutuel de patient est fait avec un ostéopathe travaillant dans sa ville bien qu'ils ne se connaissent pas directement mais seulement par l'intermédiaire des patients et qu'il ne semble pas y avoir de communication entre les deux. Seul « *un courrier* » a été échangé. K1 renvoie également certains de ses patients vers une amie ostéopathe avec qui un échange verbal est fait mais « *sans aller plus loin* ». Un aspect « *complémentaire* » des deux professions est évoqué. Les raisons qui peuvent l'amener à réorienter sont premièrement, si l'ostéopathe ira plus vite pour « *débloquer* » quelque chose, ou deuxièmement, si des « *dysfonctions, ..., en chaînes* » sont présentes chez le patient.

K2 échange des patients avec une ostéopathe, sa compagne, lorsqu'il se sent « *limité dans (sa) pratique* » et qu'il pense que cela apportera quelque chose au patient. Inversement si une prise en charge plus longue est nécessaire, celle-ci lui renvoie des patients.

K4 indique avoir réorienté ces patients vers des ostéopathes dans le passé, mais ne réalise plus ce type d'échange depuis son déménagement par manque de connaissance de thérapeutes.

Un échange de connaissances intraprofessionnel est évoqué par K2 et K4.

K2 évoque également la recherche de solution lorsqu'il se sent limité par « *un échange de connaissances interprofessionnelles* ». K3 lui ne se souvient pas avoir échangé avec d'autres thérapeutes manuels.

#### 4.3.5.4. Thème 4 : Ressenti par rapport à une éventuelle limitation des connaissances

Seul K4 ne s'est pas senti limité dans l'entretien.

K1 exprime des limites sur les autres professions, et ne « *sai(t) pas exactement ce qu'ils font* ». Deux raisons sont soulevées : « *Personne* » n'est venu lui présenter, et son « *intérêt* » n'est pas assez important pour se « *plonger dans ce qu'ils font* ».

K2 estime ne pas avoir la « *science infuse* » ce qui entraîne naturellement des limites. Cela est majoré par « *toutes les mouvances qui existent* ». Pour les autres professions, la chiropraxie et l'étiopathie, K2 n'a aucune connaissance, ce qui n'est pas le cas pour l'ostéopathie.

K3 exprime les mêmes limites concernant l'étiopathie, dont il a « *vaguement entendu parler* », la chiropraxie, pour laquelle il n'est « *pas rentré dans les détails* » et « *les thérapies manuelles en général* », qu'il ne connaît « *pas autant que ça* ».

### 4.3.6. Résultat des interviews des MMO

#### 4.3.6.1. Thème 1 : Présentation de la profession

Les MMO combinent leurs compétences en médecine et en ostéopathie. M1 fait de « l'ostéopathie » et se dit « *médecin généraliste avec deux, trois compétences en plus* ». On retrouve cette notion de « *médecin* » chez M3 qui complète le traitement ostéopathique en fonction du besoin par des « *médicaments* » ou par des traitements d'autres professionnels (« *kinésithérapeute* », « *orthodontiste, orthophoniste, podologue* »). Il définit son métier comme « *guérir parfois, soigner toujours, accompagner toujours* ». M2 « *redonne de la mobilité partout où elle est perdue* ».

Le traitement est initié par un « *diagnostic médical* » en premier lieu (M3) afin de choisir « *l'outil adéquat* » en fonction de la pathologie du patient (M1). Si « *l'ostéopathie peut quelque chose* » alors elle est utilisée (M3). Un interrogatoire type « *médecine de sport* » (M3) peut également être utilisé afin de préciser la structure en souffrance. Des examens complémentaires peuvent être demandés (M1, M3).

Pour les trois thérapeutes, il n'y a pas de contre-indication à l'ostéopathie mais plutôt une priorisation dans le traitement et une influence sur le choix des techniques : « *infections pulmonaires* » et « *contre-indications cervicales* » (M1), « *fractures* » (M2), « *ostéoporose* » (M3). On retrouve les indications classiques (annexe 6).

Les tests ostéopathiques utilisés sont purement palpatoires chez les trois thérapeutes. Aucun test de mobilité n'est décrit. M1 rejette catégoriquement les lois de Fryette. On retrouve les « *signes sémiologiques* » décrits dans la première partie par le Docteur Maigne dans le concept de « *DIM* » ou « *dysfonction vertébrale* » (M1). M2 recherche des « *zones de restrictions* » sur lesquelles sa main est attirée comme elle le serait « *par les cicatrices* ». M3 utilise ses mains pour affiner le diagnostic.

Dans la phase de traitement, différents outils vont être utilisés (annexe 5). Si M1 ne semble travailler que sur les articulations, M2 et M3 complètent avec un travail sur les « *fascia(s)* » (M2,M3), sur « *l'os, ..., le système crânien* » (M2), « *les muscles, ..., les nerfs, les artères, les veines, les cartilages* » (M3).

On retrouve trois pratiques distinctes : M1 utilise les manipulations articulaires. M2 utilise des techniques de fascia et l'approche tissulaire de Pierre Tricot où il « *rentre dans le tissu, (il) n'est pas du tout superficiel. Il y a une pression importante* » contrairement à ce qui est enseigné dans sa formation initiale pour le crânien. M3 utilise un ensemble de techniques « *structurelles* », « *myotensif* », « *recoil* », « *Moneyron* », « *Niromathé* », « *palpé-roulé* » et également des techniques de « *biodynamie* ».

La notion de dépendance interrégionale est reprise par les trois thérapeutes de différentes manières. Dans le cas d'une épicondylalgie « *mixte* » par exemple où un traitement local et un traitement à distance sur l'étage vertébrale correspondant est effectué par M1. M2 décrit « *une globalité* » par des liens anatomiques. M3 prend en compte « *toute, ..., la zone* » et ses alentours et favorise un raisonnement en « *fasciathérapie, ou de chaîne musculaire, musculo-ligamentaire* ». Il rappelle les notions de médecine classique ou les articulations sus et sous-jacentes sont investiguées ainsi que les notions de chaînes ouvertes et fermées en kinésithérapie.

Concernant les origines, les trois thérapeutes font référence à AT Still. Si M1 dit ne pas les connaître, ni comment cela est arrivé en France, il mentionne comme pionniers dans notre pays de nouveaux noms chez les MMO non cités en première partie : « *De Porter* » et Lucien « *Krumholz* ». Il confirme le fait que Maigne est à l'origine de l'intégration de l'ostéopathie « *dans le domaine médical, ce qui n'est pas facile* ». M3 évoque en plus les techniques des rebouteux de Bretagne récupérées par certains médecins ostéopathes et fait référence à Dominique Bonneau

hors enregistrement. M2 nous donne une version plus détaillée en résumant le cheminement de Still.

M1 et M2 évoquent des courants principalement par rapport au type de pratique. M1 se dit pratiquer de « *l'ostéopathie mécanique* » et se détache « *d'une certaine philosophie* ». Il ne comprend pas bien l'ostéopathie « *crânienne* » et « *viscérale* » donc ne les pratique pas. Pour M2 pratiquer ces dernières de manière exclusive est « *invraisemblable car l'ostéopathie est une approche globale* ». M2 fait également mention du courant Suisse qui a donné naissance aux étioopathes.

#### 4.3.6.2. Thème 2 : Connaissances des autres métiers

##### ✓ MMO / Ostéopathe

M1 et M3 font référence au diagnostic comme différence entre les MMO et les ostéopathes.

M3 estime qu'en « *théorie* », pratique et philosophie devraient être les mêmes. Tandis que M1 n'adhère pas à la même philosophie que les ostéopathes.

M1 évoque la différence de formation comme point principal entre les médecins, les kinésithérapeutes, et « *surtout pour les nini* » qui « *ont des diplômes un peu différents* » et pour qui « *on ne sait pas à qui on a affaire* ».

Enfin M2 estime qu'il n'existe aucune différence si « *une approche globale* » est pratiquée.

##### ✓ MMO / MK

Les trois thérapeutes évoquent le fait que le MK travaille sur prescription et donc ne réalise pas de diagnostic. Le MK « *n'a pas tous les outils* » (M1).

Pour M2 le « *kinésithérapeute reste très superficiel* » par rapport à l'approche de la MMO. Cette notion mérite d'être précisée.

Pour M3, il y a la « *kinésithérapie classique* » qu'il décrit principalement par la rééducation. Il fait mention également des MK formés à l'ostéopathie et souligne l'importance de « *la main et de l'expérience* ». Cette main « *d'écoute* », il l'a retrouvée chez des kinésithérapeutes qui pratiquaient similairement à l'ostéopathie « *type cranio-sacrée ou tissulaire* » sans être formés. M3 pense que les manipulations articulaires ne font pas partie de la pratique du kinésithérapeute.

##### ✓ MMO / Chiropracteur

Le diagnostic médical est également mentionné pour les chiropracteurs par M1, qui semble placer les chiropracteurs et les rebouteux au même niveau. Professions qu'il « *ne reconnaît pas* », bien qu'il « *y (ait) des bons quand même* ». Le chiropracteur ayant encore moins d'outils que le MK pour le diagnostic.

M2 n'a que quelques notions venues principalement de ce que « *racontent les patients* ». Il mentionne toutefois le fait qu'à ses débuts la « *chiropraxie, ..., c'était manipuler toute la colonne d'une façon structurelle* » mais que les chiropracteurs ont « *complètement dévié de leur approche initiale* » et traitent d'autres choses comme « *une entorse de cheville* ».

M3 nous parle « *de médecin chiropracteur* » et nous fournit donc un élément nouveau qui n'a pas pu être mis en évidence dans la première partie. Les techniques en « *trust direct* » d'une « *grande habilité* » sont évoquées comme différences.

#### ✓ MMO / Étiopathe

Les trois thérapeutes connaissent vaguement l'étiopathie. Pour M2, d'après le retour de ses patients c'est la « *même chose que l'ostéopathie* » et il souligne le fait que ce sont des ostéopathes qui ont créé l'étiopathie. M3, qui a vu travailler des étiopathes, confirme que les techniques sont similaires mais ne comprend pas la différence avancée de « travail holistique global ». Pour lui ils font « craquer partout ». Enfin M1 évoque également pour les étiopathes la différence de philosophie.

#### 4.3.6.3. Thème 3 : travail interdisciplinaire

M1 et M3 travaillent avec des MK dans le cas de rééducation. M1 insiste sur le fait qu'il renvoie vers des kinésithérapeutes qui ne manipulent pas par manque de communication sur ce qui est manipulé et mentionne une concurrence comme « *problème* ». Il n'est toutefois pas contre une collaboration entre médecin non ostéopathe, et des MK ou autres thérapeutes qui possèdent « *un diplôme validant* », pour manipuler sous prescription médicale une fois le diagnostic posé.

M2 échange avec des MMO, des ostéopathes, mais pas avec les autres professions. S'il ne donne pas de détail concernant les MK et les chiropracteurs, pour les étiopathes c'est tout simplement parce qu'il n'y en a pas autour de lui.

Un travail intradisciplinaire est mentionné par tous les thérapeutes sous forme d'échange verbal ou d'échange de patients. Certains confrères MMO leur renvoient des patients lorsqu'ils atteignent leur limite. Cela s'explique par le fait que M1 « *commence à être un vieux* » et que M3 pratique « *à temps plein* ».

M3 évoque également la collaboration avec d'autres professions : orthodontiste, orthophoniste, podologue.

#### 4.3.6.4. Thème 4 : Ressenti par rapport à une éventuelle limitation des connaissances

M1 n'exprime pas de limite dans ses connaissances.

La chiropraxie et l'étiopathie sont des pratiques méconnues pour M2, dont les informations sont tirées de ce que lui racontent ses patients, et M3, qui n'a pas rediscuté avec des personnes exerçant ces professions depuis « *longtemps* ».

## **5. Discussion**

### **5.1. Synthèse des résultats et confrontation avec l'hypothèse**

#### **5.1.1. Profil des interviewés**

##### 5.1.1.1. Professions exercées

On obtient des interviews pour : 4 chiropracteurs, 3 étioopathes, 4 MK, 3 MMO, et 4 ostéopathes. Cela est donc inférieur aux objectifs initiaux fixés, et entraîne un biais pour une partie de l'étude (voir plus bas).

##### 5.1.1.2. Années d'expériences

On obtient ici un grand panel de thérapeutes, leur expérience professionnelle va de 1 an à 33 ans. Elle est inférieure à 10 ans pour 50 % d'entre eux, comprise entre 10 et 20 ans pour 22 %, entre 20 et 30 ans pour 17 %, et supérieure à 30 ans pour 11 %.

##### 5.1.1.3. Formation continue

Ici aussi on obtient des profils très diversifiés.

14 sur 17 des thérapeutes ont continué à se former après le diplôme. Cela entraîne inévitablement des différences dans les pratiques. Au delà des formations spécifiques à chaque profession, on observe également un mélange interdisciplinaire. On peut citer à titre d'exemple des formations : en viscéral chez les chiropracteurs, et en fasciathérapie chez les MK. Ces techniques étant classiquement assimilées à l'ostéopathie.

Seulement trois thérapeutes n'ont donc pas complété l'enseignement initial diplômant. Ils sont de trois professions différentes.

#### **5.1.2. Première hypothèse**

Au sujet des caractéristiques et des événements marquants, l'hypothèse de départ se vérifie en partie. En effet de nouvelles informations sont ressorties à la suite des ces entretiens. Elles complètent ou corrigent quelques détails mais n'expliquent pas les différences d'explications avancées par les thérapeutes sur internet. Exceptions faites pour l'éducation thérapeutique en ostéopathie et la prise en charge en accès direct pour la masso-kinésithérapie. Ces notions étant relativement récentes. En voici la synthèse.

##### 5.1.2.1. Analyse intraprofessionnelle

Chez les chiropracteurs on nous rapporte la présence des fondateurs de la chiropraxie sur des photos de cours d'ostéopathie (C3). Cela renforce l'idée que ostéopathe et chiropracteur étaient très proches dès la création des deux disciplines. Une refonte des courants dans la profession apparaît également avec les chiropracteurs « EBP » ou « mécaniste(s) ». Les « puristes » sont les « vitalistes » et restent fidèles aux concepts des Palmer. Et les « mixeurs » associent les deux [178]. Concernant le champ de compétence une erreur se glisse chez un des thérapeutes qui pense ne pas être soumis à la prescription médicale pour les nourrissons de moins de 6 mois. Le décret régissant la profession indique le contraire.

Enfin un médecin (M3) nous apporte une nouvelle information par l'existence de médecin chiropracteur en France.

Chez les étioopathes, on obtient un peu plus de précisions sur leur mode opératoire de recherche de la lésion étioopathique réversible. Celui-ci diffère selon les praticiens et peut être purement tiré de l'anamnèse ou associé à des tests palpatoires. Concernant les techniques crâniennes une information obtenue infirme ce qui est indiqué en première partie : les techniques visant les sutures crâniennes ne sont pas appliquées car ils ne considèrent pas qu'une lésion puisse s'installer sur

des os soudés (E3). Après vérifications des sources consultées dans ce mémoire les publications se référant au système crânien n'apparaissent pas dans les livres du groupe Français [66,154]. Elles apparaissent dans le livre du groupe Suisse [68] et leur date de publication, 1981<sup>27</sup> et 1983<sup>28</sup>, interviennent juste après la scission entre les deux groupes. Cela peut donc expliquer l'absence des techniques crâniennes dans le groupe Français, porteur actuel de l'étiopathie. Des techniques spécifiques ORL sont cependant effectuées (E2) et semblent principalement consister, en dehors des techniques manipulatives du rachis provoquant une redynamisation de la circulation locale, à des stimulations des ganglions ([66], p87) et des cryptes amygdaliennes ([66], p89), ainsi qu'à des techniques de normalisation de l'articulation fronto-nasale ([66], p92 et 172).

Chez les kinésithérapeutes quelques nouvelles informations apparaissent. L'implication du patient dans son traitement est au cœur de la prise en charge. Il est également fait mention de patient consultant sans prescription dans des cas aigus. Quelques recherches supplémentaires font ressortir que le MK est autorisé depuis 2016 à accomplir les premiers actes de masso-kinésithérapie sans prescription en cas d'urgence et d'absence de médecin. La notion d'urgence reste très libre d'appréciation. Plus récemment, en mars 2020, deux décrets autorisent dans le cadre d'exercice en structure pluri-professionnelle, la prise en charge sans prescription des entorses de cheville et des lombalgies [179,180].

Chez les MMO, de nouveaux noms ressortent : De Porter, L. Krumholz et D. Bonneau. Après quelques recherches quelques informations sont obtenues pour L. Krumholz qui est à l'origine du GEM.MO Normandie fondé en 1984. Il s'agit d'un des groupes d'études et de recherches en médecine ostéopathe évoqués en première partie. Il est également co-fondateur de la FEMMO et est co-auteur d'un livre sur l'ostéopathie et l'acupuncture<sup>29</sup> [181]. D. Bonneau quant à lui est l'auteur de nombreux ouvrages sur les thérapies manuelles. Il est également directeur d'un institut de formation en thérapie manuelle [182].

Chez les ostéopathes l'intégration de l'éducation thérapeutique apparaît comme nouvelle. Cela fait suite aux travaux de recherches sur la douleur en neurosciences. En résumé des études montrent que l'intensité de la douleur n'est pas corrélée à la gravité des lésions (au sens médical). Dans la douleur, un mécanisme de protection du système nerveux se met en place suite à un stimulus extérieur. Parfois celui-ci ne se relâche pas automatiquement et une stratégie thérapeutique doit être mise en place. Cela va de l'éducation du patient sur les mécanismes de la douleur, en passant par la prise de conscience d'une mobilité active possible de cette zone, à un geste thérapeutique effectué par le praticien pour aider la zone à se libérer si nécessaire. Deux vidéos<sup>30</sup> peuvent être consultées pour une introduction, plusieurs références sont données dedans [183,184]. Des études commencent à se mettre en place [185].

Une nouvelle approche apparaît également : le « Lien Mécanique Ostéopathe ». Paul Chauffour en fonde les principes en 1978 quelques années après l'obtention de son diplôme à Maidstone. Dans cette approche, la lésion ostéopathe est vue comme une perte d'élasticité d'un tissu. Une stratégie de diagnostic permet de hiérarchiser les restrictions tissulaires mises en évidence par des tests palpatoires s'intéressant aux différentes structures du corps. Le traitement se fait par la technique du recoil [186].

---

<sup>27</sup> Gehin, A. (1981). Techniques manipulatives des os du crâne et de la face. Édition Maisonneuve. De nombreuses informations concernant ce sujet sont disponibles sur son site internet : <http://www.alaingehin-osteopractic.fr/language/fr/category/mon-enseignement/techniques-craniennes-et-applications-associees/>

<sup>28</sup> Altieri, M (1983). Biomécanique et pathologie crânienne en étiopathie. Genève : Édition Étiosciences S.A.

<sup>29</sup> Krumholz, L., & Borsarello, J. (2008). Ostéopathie et acupuncture. M. Pietteur.

<sup>30</sup> [https://youtu.be/CJXWIPJS\\_mQ](https://youtu.be/CJXWIPJS_mQ) et <https://youtu.be/hhUJodeBkRo> consultées le 23/08/2020

### 5.1.2.2. Analyse interprofessionnelle

#### ✓ Sous-thèmes pressentis

Pour toutes les professions des précisions sont obtenues sur le déroulement du traitement, et on retrouve les similitudes observées en première partie : établissement d'un diagnostic d'exclusion retrouvé également chez les MK (K1), suivi d'un diagnostic propre à la profession. Il est oral et manuel chez les MK. Pour les autres professions, selon les thérapeutes, il peut-être exclusivement oral ou associé à des tests palpatoires et/ou de mobilité. On retrouve ensuite une similitude dans les techniques utilisées entre les professions, chaque thérapeute ayant ses préférences.

Concernant les origines de leur propre profession, la question n'est pas traitée dans trois entretiens : 1 kinésithérapeute, 1 chiropracteur, et 1 ostéopathe. Ceci est un oubli de la part de l'auteur, qui n'a pas toujours pu avoir le guide d'entretien sous les yeux lors d'interviews « spontanés ». Sur les 15 thérapeutes interrogés sur le sujet on remarque un défaut de connaissance dans la majorité des cas. Au total seul 4 thérapeutes sur 15, soit 27 %, présentent de bonnes connaissances sur les origines de leur métier.

Pour 2/3 des MK elles sont nulles, et pour 1/3 moyenne. Pour la totalité des étioopathes les origines se résument à Trédaniel, une confusion dans le temps est faite pour 2/3 d'entre eux. Pour les chiropracteurs c'est flou pour 1/3, une confusion est faite pour 1/3 entre père et fils Palmer, et apparaissent bonne pour le dernier thérapeute. Chez les MMO elles sont nulles pour 1/3, moyenne pour 1/3, et bonne pour 1/3. Elles sont bonnes chez 2/3 des ostéopathes et faible pour 1/3. Ce dernier thérapeute estime ne pas pratiquer la même ostéopathie que Still qui est rattaché au crania-sacré, au tissulaire, et au fluïdique. Cela est donc discutable notamment pour les techniques crania-sacrées développées après la mort de Still.

Bien qu'elles soient toujours présentes dans le glossaire international [120], les lois de Fryette ne semblent plus prises en compte aussi bien chez les MMO (M1) que chez les ostéopathes (O2).

Enfin le développement des techniques d'éducatons thérapeutiques chez les ostéopathes suite aux travaux des neurosciences sur la douleur semble apporter un nouvel élément commun dans la pratique de ces derniers avec les MK.

#### ✓ Sous-thème non pressenti : versant psychologique

9 thérapeutes sur les 18 interviewés, soit 50 %, évoquent le versant psychologique qui peut influencer voir être la cause de la plainte d'un patient. Parmi ces thérapeutes on retrouve trois ostéopathes sur quatre (O2, O3, O4), deux chiropracteurs sur quatre (C1 et C2), deux MK sur quatre (K3 et K4), et deux médecins sur trois (M2 et M3). Les étioopathes n'évoquent pas le sujet, cependant O1 relate une expérience personnelle de consultation chez un étioopathe avec une partie émotionnelle dans la prise en charge. Cela renforce un peu plus la similitude de prise en charge entre les professions.

Cette notion entre dans le modèle « bio-psychosociale » de la santé (O2). Elle est soulevée dans le cas de douleurs à priori mécaniques mais qui ont tendance à revenir (C1, O4, K4). C1 et O3 évoquent la nécessité de formation pour prendre en charge ce type de patients et les redirige donc. O3 voit cette part psychologique comme une limite de l'approche systémique et insiste sur la dangerosité d'une prise en charge parcellaire par des thérapeutes qui s'improvisent psychologue. O4 reprend cette dernière notion et travaille en partenariat avec une psychologue bien qu'il note que parfois si la technique est « juste » quelque chose peut se libérer « presque automatiquement ». Pour M2 l'ostéopathie peut y « répondre parfois ». K4 est formé en sophrologie et intègre donc cela à sa pratique si le patient est demandeur. Pour K3 il est possible de soulever des montagnes avec la partie « psychologique » et « psychiatrique » de la

rééducation. Ces troubles entraînent une prise en charge plus longue difficile à vendre au patient pour M3. C2 ne l'intègre pas dans sa pratique car cela lui « parle moins ».

### 5.1.3. Deuxième hypothèse

La deuxième hypothèse se vérifie. Lorsqu'on leur demande s'ils se sont sentis limités pendant l'entretien pour répondre aux questions, 14 des 18 thérapeutes interrogés, soit 78 %, expriment un manque de connaissances vis à vis des autres professions étudiées dans ce travail. La source des connaissances étant la plupart du temps des discussions entre amis ou des retours d'expériences de patients. Concernant les quatre thérapeutes qui ne se sont pas sentis limités, C4 nuance toutefois en précisant qu'il nous donne son « rapport personnel ». K4 n'exprime pas de limite spontanément à la fin de l'entretien mais en présente lors des questions sur les autres métiers. M1 et O3 n'expriment pas de limites. Voici une synthèse de la vision de chaque profession vu par les autres thérapeutes.

#### 5.1.3.1. Vision des autres professions sur les ostéopathes

Les connaissances sur les ostéopathes sont globalement assez floues. L'existence de nombreux courants pouvant rendre la tâche difficile pour 3 thérapeutes (C2, E1, E2). On ressort tout de même les informations suivantes.

Concernant les techniques, les similitudes sont explicites pour tous les thérapeutes (4 chiro, 3 étio, 4 kiné, 3MMO), et les différences (viscéral, crânien, énergétique) sont relevées par huit d'entre eux (C3, C4, E1, K2, K3, K4, MMO1, MMO2). Un seul thérapeute (C2) évoque la nécessité de prescription pour les manipulations cervicales et les nourrissons de moins de six mois.

La différence de concept entre les professions est avancée par 4 thérapeutes (C2, C3, E2, K1) mais pas forcément détaillée. La vision chiropratique du système nerveux est mise en opposition à la « loi de l'artère » montrant un manque de connaissances des fondements ostéopathiques, notamment sur le rôle du nerf dans la maladie<sup>31</sup> et le principe de réciprocité<sup>32</sup> (C2). L'ostéopathie est vue à tort [187] par un des thérapeutes (E2) comme ayant une philosophie dualiste et non moniste<sup>33</sup>. Il semble y avoir une confusion entre monisme et mécanisme<sup>34</sup> qui sont deux modes de pensées différents.

Pour les origines, 3 thérapeutes (C1, C2, C3) situent correctement l'ostéopathie dans le temps, mais des erreurs sont faites au sujet de son arrivée en France par 2 thérapeutes (E3, K4). La notion de traitement à court terme de l'ostéopathie est mise en opposition à la continuité et le suivi à long terme chez 3 thérapeutes (C4, K1, K2).

Concernant la formation, elle est évoquée par deux médecins, dont un qui voit les thérapeutes non médecins avec une formation incomplète, notamment pour les « nini ». Si cela peut se discuter avant la réglementation de l'ostéopathie en France bien que le CAF réglementait déjà une partie des écoles ouvertes, ce n'est plus d'actualité depuis les décrets de 2002 et 2007.

---

<sup>31</sup> En ce qui concerne l'étiologie de la maladie, nous avons ceci : « La cause peut en être trouvée et existe réellement dans l'action d'excitation limitée des nerfs qui contrôlent les fluides du corps. Toutes les maladies ne sont que des effets, la cause étant un échec total ou partiel des nerfs à diriger correctement les fluides de la vie. » (Still, autobiographie p163)

<sup>32</sup> « J'ai proclamé ici ou là que les nerfs dépendent tous entièrement du système artériel pour leurs qualités telles que sensation, nutrition et mouvement, alors même que, par loi de réciprocité, ils fournissent force, nutrition et sensation à l'artère elle-même. » (Still, autobiographie p163-164)

<sup>33</sup> Le monisme est la position philosophique qui affirme l'unité indivisible de l'être.

<sup>34</sup> Le mécanisme est une philosophie de la nature selon laquelle l'Univers et tout phénomène qui s'y produit peuvent et doivent s'expliquer d'après les lois des mouvements matériels.

### 5.1.3.2. Vision des autres professions sur les étioopathes

Bien qu'ils la connaissent de nom, l'étiopathie est quasiment inconnue de la plupart des thérapeutes. Les notions suivantes sont relevées.

Pour trois thérapeutes (M2, M3, O3) ostéopathie et étiopathie sont deux choses similaires, deux d'entre eux ont connaissance de l'origine ostéopathique du groupe fondateur.

Un thérapeute a conscience que l'étiopathie s'est inspirée de la chiropraxie et de l'ostéopathie (C4) et pense que le fondateur n'était diplômé ni de l'une, ni de l'autre. Cette information rentre en contradiction avec celle donnée par (E2) qui le dit diplômé d'ostéopathie. Si l'on se réfère à l'autobiographie du concerné (Trédaniel, histoire du reboutement, chap 7) [28], en premier il obtient un diplôme de masso-kinésithérapie au sein de l'école du Docteur De Sambucy, auprès duquel il apprend la médecine manuelle. Puis il devient son assistant et affine les techniques de manipulations pour enfin se former aux États-Unis et obtenir son diplôme de chiropracteur. Ce statut de chiropracteur est confirmé dans le travail de Messeguer [52].

Pour un (O3), seuls la loi et les procès ont motivé la création de l'étiopathie. Cette vision est donc incomplète. Une différence de philosophie est également avancée par un des thérapeutes (M1) qui sous-entend que l'étiopathie n'a pas une vision purement mécanique. Ceci semble erroné au vu des informations obtenues en première partie et lors des interviews (E2).

Enfin une thérapeute (O1) relate l'expérience d'un patient ayant consulté un étioopathe qui a une pratique différente (ésotérique, apposition des mains). Aucune des informations trouvées ne peut confirmer ces pratiques qui semblent à l'opposé de ce qui a pu être mis en évidence dans ce travail.

### 5.1.3.3. Vision des autres professions sur les MK

La masso-kinésithérapie est essentiellement limitée à la rééducation par 12 thérapeutes, soit pour 86 % d'entre eux. (C1, C3, C4, E1, E2, E3, M1, M2, M3, O1, O2, O4).

La notion de second contact est évoquée par 6 thérapeutes (C1, C3, C4, O1, O3, 3M), cela entraînant une absence de diagnostic chez le MK pour 5 thérapeutes (C3, C4, 3M). Cette notion est discutable, bien que de deuxième intention le MK réalise depuis 1996 un bilan diagnostic kinésithérapique. S'il reste influencé par le diagnostic médical (K2), celui-ci lui permet d'établir son plan de traitement voire même parfois de réorienter (K1). Plus récemment (arrêté du 2 septembre 2015), le MK est habilité à prendre en charge des patients en urgence, et se doit pour se faire d'être capable de repérer des critères de non prise en charge en masso-kinésithérapie et de réorientation.

Le MK ne traite que les conséquences (C3, E2) et ne se concentre que sur la zone symptomatique (C4, O3). Ces deux notions sont fausses. En première partie nous avons également vu que le MK s'intéresse aux causes. Cela est confirmé par les interviews des concernés. Pour le travail local, l'exemple donné d'une tendinopathie du supra-épineux où le travail de l'articulation scapulo-thoracique n'est pas investigué par le MK montre un manque de connaissances. Celui-ci est vu dans la formation de base et approfondi dans différentes techniques comme le concept CGE.

Trois thérapeutes (C1, C3, M3) pensent à tort que les manipulations articulaires ne leur sont pas autorisées [84]. Quatre thérapeutes (M3, E1, O2, O4) évoquent une limite de pratique faible avec l'ostéopathie ou l'étiopathie selon les thérapeutes (main d'écoute, thérapie manuelle). La différence pouvant être dans la précision du geste pour un thérapeute (O4) cela fait écho à l'avis donné par un des MK interrogés (K1). À l'inverse, une pratique différente avec une approche très superficielle est mise en avant pour un thérapeute (M2).

Une différence de concept (O2) est également évoquée et fait écho à l'avis d'un des MK interrogés (K1), sans toutefois que des précisions soient données.

#### 5.1.3.4. Vision des autres professions sur les MMO

Peu d'informations ressortent concernant les MMO. Pour 7 thérapeutes, les MMO ont une pratique équivalente aux ostéopathes. (C1, C3, C4, 3 E, O1, O3, O4).

La formation est remise en cause par 7 thérapeutes (3 E, K2, O1, O3, O4) qui pensent qu'elle est trop courte et incomplète bien que certains mentionnent en parallèle l'existence de formations plus longues et de qualité. Les premiers DU délivrant le diplôme d'ostéopathe ont débuté en 1969. La formation est donc standardisée au niveau du nombre d'heures depuis cette date. La vision d'une prise en charge parcellaire est également présente. Ces reproches ne sont pas en concordance avec le parcours des MMO interrogés, cependant, M1 fait remarquer que certains médecins se forment mais ne pratiquent pas « aussitôt » et donc perdent « la main ». Ceci peut donc en être une raison. Cela peut également s'expliquer par l'utilisation des techniques de manipulations par certains médecins non diplômés d'ostéopathie. En effet certaines formations ne leur délivrent pas le diplôme mais leur permettent de « coter » (facturer) un acte de manipulation [55]. Les informations délivrées par les thérapeutes venant principalement de leurs patients, il est tout à fait probable que certains d'entre eux se soient fait manipuler par des médecins non MMO et aient assimilé la manipulation au diplôme.

Un des thérapeutes voit en la MMO une récupération de l'ostéopathie par les médecins, cependant au vu des informations obtenues en première partie, c'est bien eux qui l'ont introduite en premier. Deux thérapeutes (K3, C4) en ont conscience.

#### 5.1.3.5. Vision des autres professions sur les chiropracteurs

Les connaissances sur les chiropracteurs sont très faibles. Seul un thérapeute a quelques réelles notions de la chiropraxie.

Parmi les thérapeutes qui ne connaissent pas la chiropraxie, l'information qui ressort le plus, et qui est presque la seule information, est l'utilisation des manipulations articulaires principalement sur la colonne vertébrale (11 thérapeutes : 4K, 3M, 3O, E3). Seulement deux thérapeutes ont la notion des manipulations articulaires périphériques (O1, M2). Pour l'un d'entre eux il s'agit d'une déviance de leur approche initiale. S'il est vrai que les Palmer se concentrent sur la colonne vertébrale au départ, les informations obtenues en première partie nous montrent que très rapidement et donc bien avant que la chiropraxie arrive en France, des chiropracteurs ont diversifié la pratique.

Un des thérapeutes remet en cause l'aspect mécanique de la chiropraxie à l'origine. Cela est discutable car si le principe philosophique vitaliste est présent à la création de la chiropraxie, la cause recherchée (subluxation) et l'outil utilisé (ajustement) sont purement mécanique. La justification (utilisation des tables métamériques) est quant à elle purement anatomique.

Un des thérapeutes évoque des outils diagnostics plus faibles chez le chiropracteur que chez les autres professions. S'ils ne sont pas habilités au diagnostic médical, il est important de noter ici que le décret régissant leur profession leur donne accès au diagnostic des troubles neuro-musculo-squelettique et au diagnostic d'exclusion.

Enfin pour un des thérapeutes (O2), il semble que le nombre de séances est plus important chez les chiropracteurs. Cela peut s'expliquer par la notion de « suivi » énoncé par C4.

Concernant le thérapeute ayant un peu plus de notions (O3), les techniques articulaires à grand bras de levier sont prédominantes. Cela est discutable car l'utilisation des techniques « High Velocity Low Amplitude » (HVLA) est également présente dans leur pratique. L'utilisation de drop

et de bloc est également connue de ce thérapeute, pour qui, la différence vient dans le fait qu'en chiropraxie le nerf ne peut être lésé qu'au niveau de la colonne et non tout le long de son trajet.

#### **5.1.4. Troisième Hypothèse**

Cette hypothèse se confirme à moitié. En effet un travail interdisciplinaire existe bien entre MMO ou ostéopathe et MK. Entre ostéopathe et MK, il existe ou a existé dans 75 % des cas. MMO et MK collaborent dans 29 % des cas. Si la proportion est élevée pour les premiers, elle reste faible pour les seconds. Entre étiopathe, chiropracteur, et MMO aucun travail interdisciplinaire n'a pu être mis en évidence.

L'hypothèse est en revanche infirmée dans les cas suivants. Le travail interdisciplinaire entre chiropracteur et MK est retrouvé dans 50 % des cas. Entre chiropracteur et ostéopathe à hauteur de 38 %. Entre ostéopathe et étiopathe il existe dans 29 % des cas, de façon exclusivement verbal. C'est également le cas pour celui entre étiopathe et MK, ainsi que entre MMO et ostéopathe où il est présent dans 14 % des cas mais reste donc très faible.

Certains thérapeutes n'effectuant pas de travail interdisciplinaire ont spontanément exprimé la raison. Elle peut être dûe à un manque de communication, ou à des difficultés liées à une différence de langage entre les professions, mais également, à un manque de relations avec des thérapeutes exerçant dans le même secteur, et vers qui réorienter les patients.

### **5.2. Limites et biais de la méthode**

#### **5.2.1. Caractéristiques de l'échantillonnage**

Comme expliqué dans la méthodologie, en recherche qualitative l'objectif est d'obtenir un échantillon le plus diversifié possible et en cohérence avec le sujet.

La méthode de variation maximale permet d'obtenir un échantillon diversifié : celle-ci consiste à faire varier le profil des interviewés selon deux à trois critères et permet de généraliser ou de trouver des cas déviants [188,189].

L'échantillon étudié fait ressortir des profils variés selon deux critères : années d'expérience, formation continue. Il respecte donc la méthode de variation maximale.

Concernant la cohérence avec le sujet, chaque profession est représentée. Cependant le principe d'équité n'est pas respecté. Un MMO et un étiopathe manquent pour cela. Ceci s'explique par la difficulté à recruter des thérapeutes dans ses deux professions dans le temps imparti à la phase de recrutement et d'interview.

Pour les MMO, le fait d'avoir choisi des thérapeutes « ostéo-exclusive » ou « ostéo-dominante » peut s'avérer être un biais également dans la représentativité de cette profession. Ce choix a été motivé par l'objectif de qualité d'expert des sujets.

#### **5.2.2. Biais de sélection et biais affectif**

En recherche qualitative, le recrutement « boule de neige » est normalement à éviter. 8 des sujets ont été recrutés par cette méthode. Il constitue donc ici un biais pour l'étude. Il entraîne un second biais, un biais affectif, pour deux des sujets qui sont des connaissances de l'auteur.

#### **5.2.3. A propos de la formulation des questions**

Bien qu'un ensemble de questions ouvertes et fermées aient préparées à l'avance, l'entretien semi-directif possède une grande liberté. C'est à l'intervieweur de jongler entre ces questions et les thèmes naturellement abordés par l'interviewé. Ce travail est une première expérience dans ce domaine pour l'auteur, qui présente évidemment des lacunes dans ce domaine. Certains thèmes ont été abordés trop longuement laissant peu de temps pour les autres dans certains cas.

#### **5.2.4. Biais de désirabilité sociable**

L'étude demandant au sujet de présenter sa profession et par la suite de la comparer avec les autres concernées dans ce travail, favorise chez lui un biais de désirabilité sociable. Toutefois globalement ce sentiment n'a été que très peu ressenti.

#### **5.2.5. Biais de neutralité et d'interprétation**

L'ensemble de l'étude a été réalisé par la même personne qui présente un double cursus de MK et d'ostéopathe, soit deux des professions étudiées dans ce travail. Bien que l'auteur ait tenté de respecter le principe de neutralité au maximum, l'inconscient ne peut être contrôlé. Les préjugés ont pu être retirés en partie grâce aux recherches préalables sur chaque profession, puis au fur et à mesure des interviews. Le biais de subjectivité lors de l'interprétation reste cependant inséparable de la recherche qualitative. Cependant cela ne doit pas entraîner le risque de « se perdre ou de démissionner dans le désir de décortiquer tous les sens que les sujets peuvent donner à leur discours versus la persévérance essentielle pour faire émerger ce qui nous apparaît comme des vérités. » [190].

#### **5.2.6. Puissance de l'étude**

Afin d'obtenir des résultats valables dans le premier thème, l'objectif initial de l'échantillon était de 5 sujets par profession. Cela n'a donc pas pu être respecté avec 3 sujets pour les MMO et les étioopathes et 4 sujets pour les chiropracteurs, les MK, et les ostéopathes.

Concernant les thèmes deux et trois faisant intervenir deux professions l'échantillon minimum de 6 est respecté. Selon les cas il est composé de 6, 7, ou 8 thérapeutes. Le principe d'équité n'est donc pas respecté dans les cas regroupant d'un côté étioopathes ou MMO, et de l'autre chiropracteur, MK, ou ostéopathe. C'est à dire dans 60 % des cas. Il est respecté dans tous les autres cas, représentant 40 %.

Pour le thème quatre, un échantillon de 10 à 20 sujets au total était souhaité. Avec 18 thérapeutes interviewés il est donc également respecté.

### **5.3. Réflexions nées de ce travail**

Il s'agit ici d'un auto-jugement personnel de la part de l'auteur. De ce travail ressortent trois sentiments, tout d'abord de l'ignorance, puis de l'incompréhension, et enfin de l'ouverture.

#### **5.3.1. Ignorances**

Le travail de recherche effectué en première partie fait surgir une indéniable ignorance préalable chez l'auteur concernant l'histoire et les fondements d'origine de la masso-kinésithérapie et de l'ostéopathie, alors que celui-ci est issu des deux cursus ainsi qu'une ignorance également sur les différents courants présents en ostéopathie. Cela permet aujourd'hui de retirer bon nombre de préjugés. Le regard porté sur le courant biomécanique fonctionnel n'est plus le même. Et le courant biodynamique n'est maintenant plus un mystère : les influences énergétiques orientales évoquées en première partie sont longuement détaillées dans le livre de G. Charles (G. Charles p 85-94). On retrouve les principes de ce courant chez les taoïstes avec la « respiration embryonnaire » qu'il est possible de ressentir au niveau « des poulx sacrés » palpable entre autre sur le sacrum et l'occiput. On retrouve également d'autres similitudes avec les autres courants ostéopathiques. Ce travail comble également l'ignorance de l'auteur sur les chiropracteurs et les MMO.

### 5.3.2. Incompréhensions

Suite à ces recherches, plusieurs incompréhensions ressortent. Le débat sur les concepts artère et ostéopathes versus nerf et chiropracteurs n'a pas duré longtemps, voire n'a pas existé. Et pourtant, lors de discussions « de comptoir », ou dans des articles plus sérieux, cela est toujours véhiculé de nos jours. Le temps et les échanges n'ont pas arrangé les choses puisque les similitudes des concepts et des pratiques ne fait qu'augmenter. Gonstead reprend d'ailleurs une citation bien connue de Still : « Find the subluxation, accept it where you find it, correct it and leave it alone. » (gonstead, The Gonstead Adjustment). Bien que l'ostéopathie ait une leçon de communication et d'organisation à prendre de la part des chiropracteurs, il n'en demeure pas moins que des courants différents et aussi variés qu'en ostéopathie existent également chez ces derniers. Les concepts fondateurs de chaque profession étudiée dans ce travail trouvent une origine commune avec les Suédois (annexe 13), les techniques aussi, auxquelles s'ajoutent celles des rebouteux. Si l'on pousse un peu plus loin on remonte facilement aux techniques traditionnelles chinoises avec le massage Tuina [67] et le reboutement Zheng gu [191]. La philosophie aussi y trouve des similitudes.

Une autre incompréhension surgit quant aux interventions du CNOMK envers les chiropracteurs [94]. Un des arguments est de reprendre la théorie initiale de D. Palmer sur la subluxation vertébrale. Cependant, il est bon de rappeler que cette théorie est fondée à une époque où les connaissances anatomiques ne sont pas les mêmes qu'aujourd'hui. Cette théorie est d'ailleurs reprise pendant de nombreuses années par des médecins français [192]. Mais aujourd'hui, « la notion du nerf pincé par la vertèbre, ça on ne l'a plus et plus personne ne l'a, tout simplement parce qu'elle est fautive » (C3).

Une dernière incompréhension vient d'un argument souvent avancé dans les documents consultés et parfois également dans les entretiens : le traitement de « LA » cause. Comme-ci une profession détenait la vérité, les bonnes techniques, la bonne façon de faire. Bien que nous passions de nombreuses heures à étudier le corps humain avec entre autre l'anatomie et la sémiologie, il paraît important de ne pas oublier que nos connaissances sur celui-ci sont encore limitées. Chaque profession se met au diapason des études scientifiques afin de prouver l'efficacité de leurs techniques par l'EBP. Cependant de nombreux biais rentrent en compte dans les méthodes manuelles et des stratégies différentes commencent à être proposées [193]. Dans les deux cas il faudra de nombreuses années avant d'obtenir des résultats significatifs. De plus, une fois obtenus ces résultats risquent d'être remis en cause par des études contradictoires. Alors pendant tout ce temps là, ne devrions-nous pas laisser un peu de place à notre partie instinctive ? Et ne devrions nous pas tout simplement faire confiance à cette « fautive » science qui a traversé les âges et les continents ?

### 5.3.3. Ouvertures

Un sentiment d'ouverture vient conclure ce travail. Ouverture vers les autres professionnels partageant une approche biomécanique d'une part, peu importe leurs diplômes, mais également avec ceux ayant une approche biodynamique ou psycho-émotionnel. Une autre profession peut d'ailleurs être évoquée ici, la psychologie biodynamique. Ces thérapeutes utilisent le massage pour traiter les somatisations du corps. Ainsi ce travail ouvre un peu plus les yeux de l'auteur sur une partie du Modèle Fondamental de l'Ostéopathie Structurale : la théorie des plots (Terramorsi, p339-347). Du point de vue de l'auteur, cette théorie rejoint le modèle biopsychosocial. Elle reprend le fait que l'individu est un ensemble de systèmes (Physique, Psycho-émotionnel, Énergétique, etc.). Une pathologie chez un individu est composée d'un plot de chacun de ces systèmes. L'ensemble de ces plots représente « l'édifice lésionnel ». Chaque plot est lui même composé de sous-plots correspondant à des sous-systèmes. Et ainsi de suite. Ces plots sont à proportion plus ou moins importante selon les cas. La pathologie s'exprime lorsque le seuil de sensibilité de l'individu est dépassé par l'édifice lésionnel. Si ce dernier n'est pas trop important, retirez un plot, et l'individu repasse sous son seuil de sensibilité. Mais si cet édifice est plus important, retirer un seul plot peut ne pas suffire. Le patient cherche alors des solutions à droite et

à gauche, se fait retirer des plots par chaque thérapeute consulté, jusqu'au jour où le «BON» thérapeute trouve «LA» cause, à moins que ce ne soit seulement le jour où l'édifice lésionnel est enfin passé sous le seuil de sensibilité. Ci-dessous plusieurs schémas explicatifs de ce paragraphe ainsi qu'une proposition personnelle de classification de niveau d'action de chaque thérapeute d'après l'approche systémique de l'ostéopathie structurale. Bien entendu, selon les patients le seuil de sensibilité et l'importance de chaque plot différent.

Figure 4 : Théorie des plots

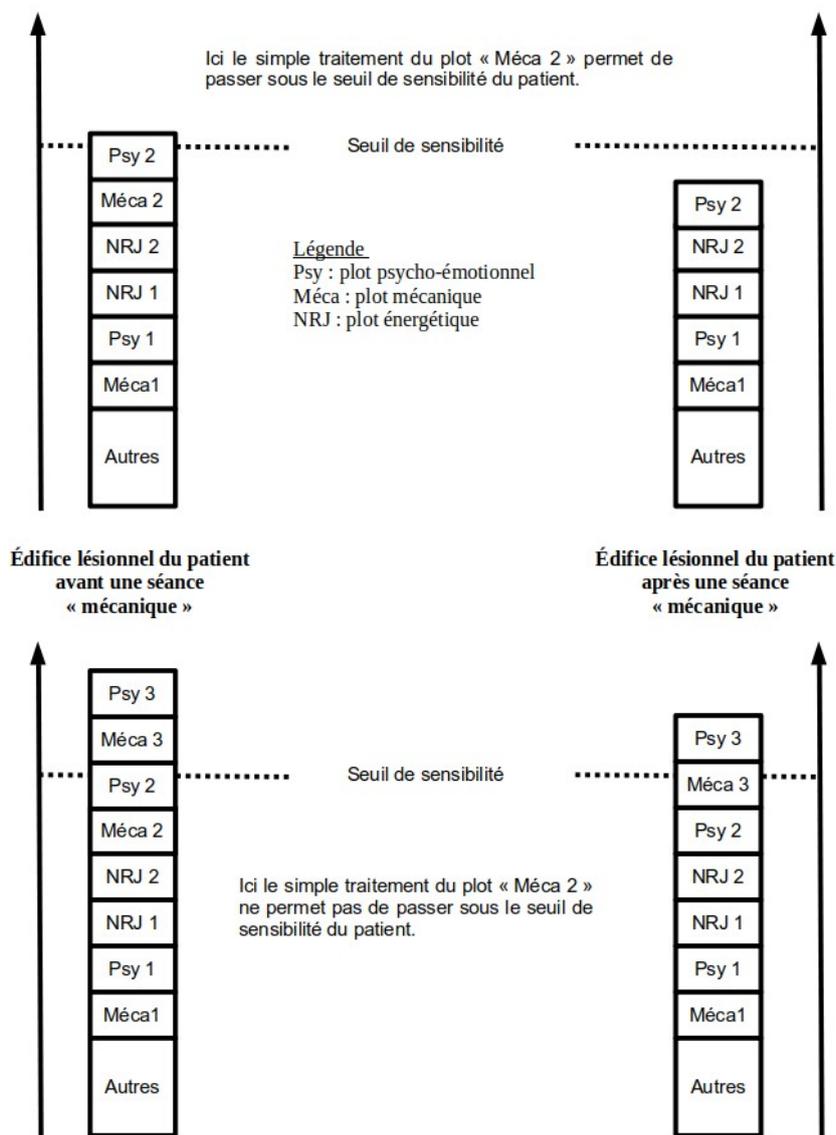


Figure 5 : Tableau classifiant le niveau d'action de chaque thérapeute des professions étudiés dans ce mémoire

Physique (mécanique)	Psycho-émotionnel	Énergétique
Ostéopathie biomécanique, Chiropraxie, Étiopathie, Masso-kinésithérapie	Ostéopathie somato-émotionnelle, Chiropraxie techniques somato-émotionnelles, MK relaxation neuro-musculaire.	Ostéopathie biodynamique, Chiropraxie techniques énergétiques

## **Conclusion**

Cette étude montre un défaut de connaissances chez les thérapeutes des autres professions utilisant la thérapie manuelle. La masso-kinésithérapie n'est vu que par son versant de rééducation. La chiropraxie est stigmatisée au traitement de la colonne vertébrale et au « crac ». Les courants et concepts ostéopathiques sont mal connus et mal interprétés. La formation et la pratique des médecins ostéopathes sont la plupart du temps dénigrées. Enfin l'étiopathie, lorsqu'elle est connue, a du mal à convaincre de son originalité. Toutefois, bien que des rivalités existent, cette étude montre également que dans certains cas un travail interdisciplinaire est présent. La complémentarité des approches et/ou des traitements est alors mise en valeur. Si l'on reprend les principes suivants : la structure gouverne la fonction et la fonction entretient la structure, cela ne devrait-il pas être la norme ? Tous se marchent un peu sur les pieds alors, dans la formation initiale, ne devrions nous pas former des spécialistes de la fonction et des spécialistes de la structure ? Cela éviterait que le travail ne soit effectué qu'à moitié, voir mal effectué, dans chacun de ces deux paramètres. Bien entendu cela ne doit pas séparer les deux pratiques mais au contraire les rapprocher avec un travail en coordination afin de prendre en charge au mieux les patients. Et pour ceux qui souhaitent apprendre à utiliser le deuxième outil, des passerelles cohérentes commencent déjà à se mettre en place.

## Références bibliographiques

### 1. Bibliographie

- [1] Sambucy, A. (1968). Les deux sources de la médecine européenne. Paris: Dangles.
- [20] CORTECS. (2015). Rapport CORTECS : L'ostéopathie crânienne. Grenoble : CNOMK.
- [21] CORTECS. (2016). Rapport CORTECS : L'ostéopathie viscérale. Grenoble : CNOMK.
- [22] CNOMK.(2018). Avis – CNO n° 2018-05 : Déontologie: avis du conseil national de l'ordre des 12-13 décembre 2018 modifiant l'avis du 23-24 mars 2016 relatif aux dérives thérapeutiques. Paris.
- [24] Pinsault, N., & Monvoisin, R. (2014). Tout ce que vous n'avez jamais voulu savoir sur les thérapies manuelles. Presses universitaires de Grenoble.
- [28] Trédaniel, C., & Tulard, J. (1998). Histoire du reboutement (pp. 59 - 78). Paris: Guy Trédaniel.
- [32] Rongières, M. Ambroise paré et l'orthopédie pédiatrique (toulouse). <http://www.sofop.org/Data/ModuleGestionDeContenu/application/283.pdf> (consulté le 11/0120)
- [34] Sicard, A. (1994). Histoire des sciences médicales, tome 28, Vol 2. <https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1994x028x002/HSMx1994x028x002x0093.pdf>
- [35] Le Goff, A. (2005). ÉCOLES DE SANTÉ (1794-1802). Répertoire numérique détaillé des cotes F/17/1065/A, F/17/1065/B, F/17/1144, F/17/1146-1147 (1st ed.). Pierrefite-sur-seine: Archives Nationales.
- [36] Prunelle, M. (1816). Des études du médecin, de leurs connexions et de leur méthodologie (p100-112). Paris: Méquignon-Marvis.
- [38] Stofft, H.(1990). Introduction de l'antiseptie listérienne à la Maternité de Paris en 1876. Histoire des Sciences Médicales, 24 (3-4), p 229-238. Paris. [http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1990x024x003\\_4/HSMx1990x024x003\\_4x0229.pdf](http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1990x024x003_4/HSMx1990x024x003_4x0229.pdf)
- [39] Berche P, Lefrère J-J. (2011). Ignaz Semmelweiss. La Presse Médicale, 40 (1P1), p 94-101. Doi : 10.1016/j.lpm.2010.04.023
- [40] Quin, G. (2009). A Professor of Gymnastics in Hospital. Napoléon Laisné (1810-1896) introduce Gymnastics at the « Hôpital des Enfants malades ». Staps, 86(4), 79-91. doi:10.3917/sta.086.0079. (<https://www.cairn.info/revue-staps-2009-4-page-79.htm>)
- [42] [http://www.midipyrenees.paps.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/PAPS/INFO\\_PRATIQUES/PARTENAIRES/HISTORIQUE\\_MK\\_-\\_page\\_web\\_PRAPS\\_1\\_.pdf](http://www.midipyrenees.paps.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/PAPS/INFO_PRATIQUES/PARTENAIRES/HISTORIQUE_MK_-_page_web_PRAPS_1_.pdf) (consulté le 25/04/2020)
- [43] Moutin, L., & Mann, G. (1913). Manuel d'ostéopathie pratique, théorie et procédés, par le Dr L. Moutin, et G.-A. Mann, d'après les ouvrages du Dr Andrew Taylor Smith, et du Dr Wilfred L. Riggs, à l'usage des élèves de l'École d'ostéopathie. Paris : G.-A. Mann.
- [45] Remondière, R. (1994). L'institution de la kinésithérapie en France (1840-1946). Les Cahiers Du Centre De Recherches Historiques, (12). doi: 10.4000/ccrh.2753
- [47] La chronique Médicale. (1931). Revue mensuelle de médecine historique, littéraire & anecdotique. 38, p279. Paris.
- [49] Sambucy, A., & Laubry, J. (1971). Nouveau traitement du rhumatisme par la vertébrothérapie générale et l'acupuncture chinoise. Dangles.
- [50] <https://www.maitrise-orthopedique.com/entretiens/robert-maigne-154> (consulté le 31/07/2020)
- [51] Sambucy, A. (1960). Nouvelle médecine vertébrale de toutes les maladies chroniques (5e ed.). Dangles.
- [58] Monet J. (2011) La kinésithérapie, une spécialité médicale impossible ? Le métier de kinésithérapeute : une approche socio-historique. Le livre vers... de la masso-kinésithérapie, CNOMK: 4-35.
- [61] Brousseau, P. (2000). Specific Adjustment Technic/S.A.T. Hommage à Thomas George Dummer, DO. Apostill, 5.
- [63] Mémeteau, G. (2007). La reconnaissance de la profession de chiropracteur. Droit, Déontologie & Soin, 7(3), 328-337. <https://doi.org/10.1016/j.ddes.2007.09.001>
- [66] Gautier, J., & Trédaniel, C. (1989). L'Ethiopathie, médecine du XXIe siècle. Paris: Ed. de la Maisnie.

- [67]Sambucy, A. (1972). *Traité pratique de massage vertébral familial* (p. 245). Ed. Dangles.
- [68] Lapertosa, G. (1987). *La médecine manipulative : Structure, forme, fonction*. Genève: Éditions Etiosciences SA.
- [69]INSERM 1178. (2018). *Évaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'étiopathie*. Institut National de la Santé Et de la Recherche médicale. France
- [70]<https://www.afosteo.org/wp-content/uploads/2019/06/XB-1%C3%A8re-Contribution-de-IAFO-9-sept-03.pdf> (consulté le 15/04/2020)
- [84]AVIS – CNO n° 2014-06. *Déontologie : avis du conseil national de l'ordre du 18 décembre 2014 relatif aux « manipulations articulaires »*.
- [98]Georgii, A. (1847). *Kinésithérapie, ou Traitement des maladies par le mouvement selon la méthode de Ling, par A. Georgii. Suivi d'un abrégé des applications de Ling à l'éducation physique*. Paris: G. Baillière.
- [100]Dally, N. (1857). *Cinésiologie, ou Science du mouvement dans ses rapports avec l'éducation, l'hygiène et la thérapie, études historiques, théoriques et pratiques*. p141-158. Paris: Librairie centrale des sciences.
- [101]Amiot, J., Bourgeois, F., Cibot, P., Gao Leisi, Poirot, A., & Batteux, C. et al. (1776). *Mémoires concernant l'histoire, les sciences, les arts, les mœurs, les usages, &c. des Chinois, par les missionnaires de Pekin. Tome quatrième* (pp. 441-451). A Paris,: Nyon l'ainé.
- [102]Schreiber, J. (1884). *Traité pratique de massage et de gymnastique médicale. Histoire de la thérapeutique mécanique* : p1-19 Paris: O. Doin.
- [103]Georges Charles. (2019). *Traité d'énergie vitale - Qigong et taoïsme*. Éditions Ellébore
- [105]Stapfer, H. (1897). *Étude expérimentale et raisonnée du système de Thure Brandt. Traité de kinésithérapie gynécologique (massage et gymnastique). Nouvelle méthode de diagnostic et de traitement des maladies des femmes* (p 441-450). Paris: A. Maloine.
- [106]Stapfer, H. (1899). *La kinésithérapie gynécologique, traitement des maladies des femmes par le massage et la gymnastique (Système de Brandt). L'oeuvre médico-chirurgicale n°16, p 3 (553) note bas de page*. Paris: Masson et Cie éditeurs.
- [107]STILL, Andrew Taylor. *Autobiographie*. Vannes : Editions Sully, 1998.
- [112]Tasker, D.L. (1916). *Principles of Osteopathy. 4e Edition. Chapitres 18 et 20*. Los Angeles, Californie : Bireley and Elson printing co.
- [117]Pettman, E. (2007). *A History of Manipulative Therapy. Journal Of Manual & Manipulative Therapy, 15(3), 165-174*. <https://doi.org/10.1179/106698107790819873>
- [119]Leever, R. (2013). *At the Still Point of the Turning World. The Art and Philosophy of osteopathy. Chapitre 1. Handsporing publishing* : Edimbourg. (ISBN 9781909141414).
- [120]AACOM. (2017). *Glossary of Osteopathic terminology. 3e edition*. <https://www.aacom.org/docs/default-source/default-document-library/glossary2017.pdf> (consulté le 07/04/2020)
- [126]Riggs, W L. (1901). *A manual of osteopathic manipulations and treatment*. Elkhart, Indiana : New science publishing company.
- [128]Keating, J. Et Al. (2004). *Chiropractic History : a Primer*. Association for the History of Chiropractic. Montezuma, Iowa : Sutherland Companies.
- [129]Audo, Y. (2015). *Chiropraxie : Science, art, Philosophie*. Chironews, les nouvelles de l'IFEC.
- [133] Organisation mondiale de la Santé. (2005). *Principes directeurs de l'OMS pour la formation de base et la sécurité en chiropratique*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/104193>
- [134]INSERM U669. (2011). *Évaluation de l'efficacité de la pratique de la chiropratique*. Institut National de la Santé Et de la Recherche médicale. France
- [137]Cyriax, E.F. (1903). *The elements of kellgren's manual treatment. Préface et chapitre 1 : Introduction*. London : John Bale, Sons & Danielsson, LTD.
- [145]Petitdant, B. (2015). *Les appareils de mécanothérapie de Zander. Numéro 36 : 13-33. Clystère : erevue*.
- [147]Barette, G., Dufour, X., & Cerioli, A. (2012). *Place des techniques de « strain-counterstrain » dans l'arsenal du thérapeute manuel en pratique quotidienne*. EMC - Kinésithérapie - Médecine Physique - Réadaptation, 8(4), 1-13. [https://doi.org/10.1016/s1283-0887\(12\)48299-8](https://doi.org/10.1016/s1283-0887(12)48299-8)

- [149]Farrell JP, Jensen GM. (1992) Manual therapy: a critical assessment of role in the profession of physical therapy. *Phys Ther.* 72(12):843-52.
- [151]Remondière, R. & Durafourg, M. (2014). L'accès libre à la kinésithérapie : un processus à inventer pour la France. *Santé Publique*, vol. 26(5), 669-677. doi:10.3917/spub.145.0669.
- [152]Remondière, R. & Durafourg, M. (2018). Regards sur la kinésithérapie en 2018. *Santé Publique*, vol. 30(6), 869-876. doi:10.3917/spub.187.0869.
- [154]Trédaniel, C. (1986). *Principes fondamentaux pour une médecine étiopathique* (3e édition). Editions de la Maisnie.
- [156]Terramorsi, J-F. (2013). *Ostéopathie structurale : lésion structurée ; concepts structurants*. Éditions Éoliennes.
- [158]Hallée, Y. & Garneau, J. M. É. (2019). L'abduction comme mode d'inférence et méthode de recherche : de l'origine à aujourd'hui. *Recherches qualitatives*, 38 (1), 124–140. <https://doi.org/10.7202/1059651ar>
- [159]Chabal, S. Panisse, G. (2013). Modes de recueil d'information : Un tableau comparatif . La lettre du CEDIP – les fiches en ligne. Fiche technique n°58. CEDIP
- [160]Denjean, M. (2004). Les fondamentaux du recueil d'informations. La lettre du CEDIP – les fiches en ligne. Fiche technique n°31. CEDIP
- [165]Duchesne, S. Haegel, F. (2004). L'enquête et ses méthodes : les entretiens collectifs. Nathan, pp.126, 2-09-191309-X br. ?halshs-00841629?. (page 38)
- [167]Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34. doi:10.3917/rsi.102.0023. (<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm#>)
- [168]Fallery, B. Rodhain, F. (2007). Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive, thématique.. XVI ème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique AIMS, Montréal, Canada. pp 1-16. hal-00821448
- [169]Wanlin, P. (2007). L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Recherches Qualitatives*, Hors Série, n°3, p. 243-272. [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors\\_serie/hors\\_serie\\_v3/Wanlin2.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v3/Wanlin2.pdf) (consulté le 22/03/2020)
- [170]Deslauriers, J.-P. (1987). L'analyse en recherche qualitative. *Cahiers de recherche sociologique*, 5 (2), 145–152. <https://doi.org/10.7202/1002031ar> : maximise les ressemblance (tendance centrale, similitudes, constantes)
- [171]Krief, N. & Zardet, V. (2013). Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. *Recherches en Sciences de Gestion*, 95(2), 211-237. doi:10.3917/resg.095.0211.
- [172]Savoie-Zajc, L. L'analyse de données qualitatives:pratiques traditionnelle et assistée par le logiciel NUD•IST. *Recherches qualitatives*, Vol. 21, 2000, pp.99-123. ([http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition\\_reguliere/numero21/21SavoieZajc.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero21/21SavoieZajc.pdf))
- [173]Berthou, B. & Marchand, C. (2010). Les cartes cognitives : quelles utilisations en soins infirmiers ?. *Recherche en soins infirmiers*, 101(2), 29-41. doi:10.3917/rsi.101.0029.
- [174]Slimani, I. Fiche pratique : constitution d'un échantillon. Comité d'harmonisation de l'audit interne. [https://www.economie.gouv.fr/files/fiche\\_pratique\\_constitution\\_echantillonv1.pdf](https://www.economie.gouv.fr/files/fiche_pratique_constitution_echantillonv1.pdf) (consulté le 20/03/2020)
- [175]Gumuchian, H., & Marois, C. 2000. Chapitre 6. Les méthodes d'échantillonnage et la détermination de la taille de l'échantillon. In *Initiation à la recherche en géographie : Aménagement, développement territorial, environnement*. Presses de l'Université de Montréal. doi :10.4000/books.pum.14800
- [185]Guessoum, S. Boyer, J. Wagner, A. (2018). Prise en charge ostéopathique et neurosciences éducatives : effets sur la triade croyances-peur-évitement dans la lombalgie chronique. *Étude pilote. La Revue de l'Ostéopathie*. 2015-24.
- [189]Schneider, D K. (2007). *Méthodes qualitatives en sciences sociales*. Petite introduction aux méthodes qualitatives. Version 0.9, p32. <http://tecfa.unige.ch/guides/methodo/quali/>
- [190]St-Cyr Tribble, D. Saintonge, L. (1999). Réalité, subjectivité et crédibilité en recherche qualitative : quelques questionnements. *Recherches qualitatives*, 20, 113-125.
- [192]Sambucy, A. (1985). *Pour comprendre les déplacements de vertèbres*. Éditions Person.

[193]Donoso, F., & Donoso, M. (2016). Évolutions de la médecine, révolutions de l'ostéopathie. Édition Favre SA, Lausanne.

## 2. Mémoires / Thèses

[3]Daviller, C. (2001). Réflexions sur les échecs des manipulations vertébrales : à propos de 50 observations. Sciences du Vivant [q-bio]. hal-01731872

[23]Le Groumellec, E. (2019). Analyse des conditions juridiques des pratiques d'un masseur-kinésithérapeute-ostéopathe.

[27]MONET, J. (2003). Emergence de la kinésithérapie en France à la fin du XIX<sup>ème</sup> et au début du XX<sup>ème</sup> siècle: une spécialité médicale impossible. Genèse, Thèse pour le doctorat en sociologie, Paris, 1-176.

[41]Alain Macron. (2015). La profession de masseur-kinésithérapeute instituée par la loi n° 46-857 du 30 avril 1946 : genèse et évolutions d'une profession de santé réglementée. Droit. Université Montpellier.

[52]Messeguer, L. (2001). "Les ostéopathes D.O.MROF dans le panorama ostéopathique français en 2001". Chapitre III : historique de l'ostéopathie en France.

[57]Masse A. (2016). L'évolution des compétences en masso-kinésithérapie. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de masso-kinésithérapie. Institut Lorrain de formation en masso-kinésithérapie de Nancy.

[104]Estradère, J. (1884). Du Massage, son historique, ses manipulations, ses effets physiologiques et thérapeutiques, par J. Estradère, 2<sup>e</sup> édition. Paris: A. Delahaye et E. Lecrosnier.

[114]Dubocquet, K. (2010). Ostéopathie d'Andrew Taylor Still et Ostéopathie contemporaine. Mémoire de fin d'étude : Collège Ostéopathique Sutherland. Gennevilliers. [https://approche-tissulaire.fr/images/stories/fichiers\\_pdf/Memoires/memoire\\_Dubocquet.pdf](https://approche-tissulaire.fr/images/stories/fichiers_pdf/Memoires/memoire_Dubocquet.pdf) (consulté le 21/03/2020)

[118]Lefevre, A. (2013). Ostéopathie, croyance ou neuroscience ?. Institut Dauphine d'ostéopathie.

[121]Boualem, S. (2014). Le mécanisme respiratoire primaire en danger ? Revue de littérature. Institut Dauphine d'ostéopathie.

[122]Bel, A. (2014). Le Mécanisme Respiratoire Primaire de Sutherland à aujourd'hui. Institut supérieur d'ostéopathie de Paris.

[123]Loussouarn, S. (2014). Histoire de « l'approche biodynamique » en ostéopathie. Naissance et évolution du concept biodynamique, d'A.T. Still à nos jours. Institut Privé d'Enseignement Ostéopathique.

[144]Zajec, B. (2008). De la kinésithérapie à l'ostéopathie : identification des différences et identités différentes. Institut supérieur d'ostéopathie. Paris.

[187]Hetroy, R. (2012). Existe-t-il une philosophie ostéopathique. Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes.

## 3. Textes de lois

[64][https://www.journal-officiel.gouv.fr/associations/detail-annonce/associations\\_b\\_archive/19720020/0050](https://www.journal-officiel.gouv.fr/associations/detail-annonce/associations_b_archive/19720020/0050) (consulté le 15/04/2020)

[65][https://www.journal-officiel.gouv.fr/associations/detail-annonce/associations\\_b\\_archive/19780061/0094](https://www.journal-officiel.gouv.fr/associations/detail-annonce/associations_b_archive/19780061/0094) (consulté le 15/04/2020)

[74]Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000462001&categorieLien=id)

cidTexte=JORFTEXT000000462001&categorieLien=id

[75]Décret n° 2007-437 [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000644998&categorieLien=id)

cidTexte=JORFTEXT000000644998&categorieLien=id

[76]Loi n° 2009-879 article 64 (II) <http://fedeo.eu/profession/reglementation/>

[77] Décret n° 2011-32 du 7 janvier 2011 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de la chiropraxie. [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023387301&categorieLien=cid)

cidTexte=JORFTEXT000023387301&categorieLien=cid

[78]<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2014/12/12/AFSH1427626D/jo/texte>  
[79]<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029894273>  
[80]<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2014/3/24/AFSH1325189A/jo/texte>  
[81]<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2014/3/24/AFSH1325173D/jo/texte>  
[82]<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2018/2/13/SSAH1717554D/jo/texte>  
[83]Code de la santé publique article R4321-1 à R4321-13  
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=8DFD3A29391E9120CBA70CC799586E74.tplgfr31s\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000006190616&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20060803](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=8DFD3A29391E9120CBA70CC799586E74.tplgfr31s_2?idSectionTA=LEGISCTA000006190616&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20060803)  
[143]Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute (JORF no 0204 du 4 septembre 2015) <http://www.fnek.fr/wp-content/uploads/2019/12/BO.pdf> (consulté le 07/04/2020)

#### 4. Sitographie

[2]<https://sites.google.com/view/ciermmo/histoire-de-la-mmo> (consulté le 31/03/2020)  
[4]<https://www.catanyc.com/traditional-american-indian-bodywork-origin-osteopathy-polarity-craniosacral-therapy/> (consulté le 31/03/2020)  
[5]<http://www.rebouteux.org/rebouteux.org/Rebouteux.html> (consulté le 28/04/2020)  
[6]<https://www.webrankinfo.com/dossiers/etudes/parts-marche-moteurs#france> (consulté le 20/08/2020)  
[7]<https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-sante-du-quotidien/2538084-que-fait-un-etiopathe/> (consulté le 20/08/2020)  
[8][https://www.lepoint.fr/sante/kine/quelle-difference-entre-un-kinesitherapeute-et-un-osteopathe-04-05-2015-1925945\\_2467.php](https://www.lepoint.fr/sante/kine/quelle-difference-entre-un-kinesitherapeute-et-un-osteopathe-04-05-2015-1925945_2467.php) (consulté le 20/08/2020)  
[9]<https://madame.lefigaro.fr/bien-etre/osteopathie-chiropractie-etioopathie-quelles-differences-010115-2359> (consulté le 20/08/2020)  
[10]<https://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=chiropracteur-en-quoi-differe-t-il-de-losteopathe> (consulté le 20/08/2020)  
[11]<https://www.doctissimo.fr/sante/medecines-douces/chiropractie/chiropracteur>  
[12][https://www.osteopathe-masson.fr/quelles-differences-entre-un-osteopathe-et-un-kinesitherapeute-----\\_ad43.html](https://www.osteopathe-masson.fr/quelles-differences-entre-un-osteopathe-et-un-kinesitherapeute-----_ad43.html) (consulté le 20/08/2020)  
[13]<https://osteoparis.fr/osteopathe-vs-kinesitherapeute> (consulté le 20/08/2020)  
[14]<https://www.cabinet-etioopathie.com/difference-osteopathe-etioopathie/> (consulté le 20/08/2020)  
[15]<https://www.osteop-auteuil.com/chiropracteur-ou-osteopathe/> (consulté le 20/08/2020)  
[18]<https://www.ifec.net/la-chiopraxie-therapie-manuelle/differences-chiopraxie-osteopathie/> (consulté le 20/08/2020)  
[19]<https://www.osteopathe-syndicat.fr/medias/actualite/507-Analyse-du-decret-relatif-la-chiopraxie-2011.pdf> (consulté le 20/08/2020)  
[25]<https://www.monde-diplomatique.fr/2015/12/MONVOISIN/54379> (consulté le 20/08/2020)  
[26]<http://www.ordremk.fr/actualites/patients/kinesitherapie-une-evidence-based-practice/> (consulté le 20/08/2020)  
[29][https://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire\\_de\\_l'h%C3%B4pital](https://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire_de_l'h%C3%B4pital) (consulté le 28/04/2020)  
[30][https://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Mondino\\_dei\\_Liucci/182128](https://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Mondino_dei_Liucci/182128) (consulté le 04.01.2020)  
[31][https://fr.wikipedia.org/wiki/Andr%C3%A9\\_V%C3%A9sale](https://fr.wikipedia.org/wiki/Andr%C3%A9_V%C3%A9sale) (consulté 04/01/2020)  
[33] [https://fr.wikipedia.org/wiki/Ambroise\\_Par%C3%A9](https://fr.wikipedia.org/wiki/Ambroise_Par%C3%A9) (consulté le 04/01/2020)  
[37][https://fr.wikipedia.org/wiki/Louis\\_Pasteur#Antiseptie\\_et\\_aseptie](https://fr.wikipedia.org/wiki/Louis_Pasteur#Antiseptie_et_aseptie) (consulté le 16/01/2020)  
[44]<http://www.revue3emillenaire.com/blog/une-medecine-de-la-mecanique-humaine-la-vertebrotherapie-par-andre-mahe/#Y7> (consulté le 30/07/2020)  
[46][http://rouychiro.blogspot.com/2013/03/lettre-dinformations-chiopratiques\\_4292.html](http://rouychiro.blogspot.com/2013/03/lettre-dinformations-chiopratiques_4292.html) (consulté le 31/07/2020)  
[48]<http://sf.osteopathie.free.fr/historique.htm> (consulté le 31/03/2020)

- [53] <https://www.em-consulte.com/es/article/298666/resume/avant-propos-a-la-1-re-edition> (consulté le 31/07/2020)
- [54] <https://geops.fr/content/une-m%C3%A9decine-devenue-incontournable> (consulté le 31/07/2020)
- [55] <http://www.gemobpl.com/MMO-DIU-IU.php> (consulté le 31/07/2020)
- [56] <http://association.gemac.free.fr/news/news.php> (consulté le 31/07/2020)
- [59] <https://www.eso.ac.uk/about/about-the-eso/> (consulté le 10/04)
- [60] <https://www.johnwernhamclassicalosteopathy.com/about-the-john-wernham-college-of-classical-osteopathy/> (consulté le 10/04)
- [62] <https://www.ifec.net/historique-institut-ifec/> (consulté le 02/08/20)
- [71] [www.etiopathie.com](http://www.etiopathie.com) (consulté le 15/04/2020)
- [72] <https://www.pseudo-sciences.org/Qu-est-ce-que-l-etiopathie-2> (consulté le 18/04/2020)
- [73] [https://vannes.maville.com/actu/actudet\\_-les-medecins-rappellent-l-etiopathe-a-l-ordre\\_12-385177\\_actu.Htm](https://vannes.maville.com/actu/actudet_-les-medecins-rappellent-l-etiopathe-a-l-ordre_12-385177_actu.Htm) (consulté le 18/04/2020)
- [85] [https://www.lemonde.fr/sante/article/2013/10/11/trop-d-ecoles-trop-de-professionnels-l-osteopathie-fait-figure-d-exception-francaise\\_3492520\\_1651302.html](https://www.lemonde.fr/sante/article/2013/10/11/trop-d-ecoles-trop-de-professionnels-l-osteopathie-fait-figure-d-exception-francaise_3492520_1651302.html) (consulté le 09/08)
- [86] <https://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathie-france> (consulté le 09/08/2020)
- [87] <https://cejoe.org/demographie-janvier-2019/> (consulté le 09/08/2020)
- [88] <https://www.ifec.net/historique-institut-ifec/agrements-accreditations/> (consulté le 09/08/2020)
- [89] [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-05/ste\\_20130005\\_0000\\_0054.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-05/ste_20130005_0000_0054.pdf) (consulté le 09/08/2020)
- [90] [http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport\\_demographie\\_2017.pdf](http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport_demographie_2017.pdf) (consulté le 09/08/2020)
- [91] [http://savoie.ordremk.fr/files/2018/06/CNOMK\\_20180601\\_Actes-de-kin%C3%A9sith%C3%A9rapie-et-chiropraxie.pdf](http://savoie.ordremk.fr/files/2018/06/CNOMK_20180601_Actes-de-kin%C3%A9sith%C3%A9rapie-et-chiropraxie.pdf) (consulté le 09/08/2020)
- [92] <http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2018/05/courrier-ministere-competence-formation-et-activite-chiropracteurs.pdf> (consulté le 09/08/2020)
- [93] <https://www.senat.fr/questions/base/2018/qSEQ180706225.html> (consulté le 09/08/2020)
- [94] <https://www.capital.fr/economie-politique/attaquee-par-les-kinesitherapeutes-l-association-francaise-de-chiropraxie-defend-sa-profession-1330161> (consulté le 09/08/2020)
- [95] <https://paris-chiropratique.com/coup-de-poignard-dans-le-dos-des-kinesitherapeutes-reponse/> (consulté le 09/08/2020)
- [96] <https://www.osteopathe-syndicat.fr/medias/actualite/507-Analyse-du-decret-relatif-la-chiropraxie-2011.pdf> (consulté le 09/08/2020)
- [97] <https://www.etiopathie.com/actualites/miviludes-repare-son-erreur> (consulté le 09/08/2020)
- [99] <http://www.inrp.fr/edition-electronique/lodel/dictionnaire-ferdinand-buisson/document.php?id=3065> (consulté le 29/04/2020)
- [108] [https://www.approche-tissulaire.fr/images/stories/fichiers\\_pdf/pt\\_22juin.pdf](https://www.approche-tissulaire.fr/images/stories/fichiers_pdf/pt_22juin.pdf) (consulté le 21/03/2020)
- [109] Littlejohn, JM. (1934). Évolution et futur de l'ostéopathie. [https://www.approche-tissulaire.fr/images/stories/fichiers\\_pdf/JMLConf1934.pdf](https://www.approche-tissulaire.fr/images/stories/fichiers_pdf/JMLConf1934.pdf) (consulté le 21/03/2020)
- [110] <https://www.approche-tissulaire.fr/137-osteopathie/philosophieosteo/philosophieosteo-fr/208-spencer-fr> (consulté le 21/03/2020)
- [111] Littlejohn, JM. (1900). Principes de l'ostéopathie. [https://www.approche-tissulaire.fr/images/stories/fichiers\\_pdf/JMLPrincipOsteo.pdf](https://www.approche-tissulaire.fr/images/stories/fichiers_pdf/JMLPrincipOsteo.pdf) (consulté le 21/03/2020)
- [113] [https://www.approche-tissulaire.fr/images/stories/fichiers\\_pdf/pt\\_historique.pdf](https://www.approche-tissulaire.fr/images/stories/fichiers_pdf/pt_historique.pdf) (consulté le 21/03/2020)
- [115] <https://osteopathe-alsace-humain-equin.com/quest-que-est-l-osteopathie> (consulté le 07/04/2020)
- [116] <https://www.approche-tissulaire.fr/les-premiers/50-osteopathie/les-fondateurs/les-pionniers/56-source-jml-fr.html> (consulté le 07/04/2020)
- [124] <https://craniosacree.be/therapie-cst/> (consulté le 20/08/2020)
- [125] <https://www.revue.sdo.osteo4pattes.eu/spip.php?article502> (consulté le 20/08/2020)

[127]<https://www.revue.sdo.osteo4pattes.eu/spip.php?article2359> (consulté le 07/04/2020)

[130] [https://www.wfc.org/website/index.php?option=com\\_content&view=article&id=46&Itemid=109&lang=fr](https://www.wfc.org/website/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=109&lang=fr) (consulté le : 28/03/2020)

[131] [https://www.wfc.org/website/index.php?option=com\\_content&view=article&id=122&Itemid=138&lang=fr](https://www.wfc.org/website/index.php?option=com_content&view=article&id=122&Itemid=138&lang=fr) (consulté le : 28/03/2020)

[132] <https://www.chiropraxie.com/techniques-de-soin> (consulté le : 28/03/2020)

[135]<https://www.chiropatique-france.net/chiropracteur-toulouse/> (consulté le 07/04/2020)

[136]<https://www.gonstead.com/> (consulté le 07/04/2020)

[138][https://www.sofmmoo.org/semiologie\\_dim.htm](https://www.sofmmoo.org/semiologie_dim.htm) (consulté le 31/03/2020)

[139][https://www.sofmmoo.org/dg\\_mecanisme\\_dim.htm](https://www.sofmmoo.org/dg_mecanisme_dim.htm) (consulté le 31/03/2020)

[140]<http://sfmm.fr/accueil-de-sfmm/medecine-mecanique/osteopathie-medicale/> (consulté le 31/03/2020)

[141]<http://www.gemobpl.com/Ind-HistoriqueBPL.php> (consulté le 31/03/2020)

[142]<https://geops.fr/content/formations-propos%C3%A9es> (consulté le 31/03/2020)

[146]<https://kinesitherapie-analytique-sohier.com/index.php?page=fondements> (consulté le 04/04/2020)

[148]<https://www.itmp.fr/un-peu-dhistoire-pour-un-avenir-meilleur/> (consulté le 04/04/2020)

[150][https://www.omt-france.fr/Place-de-la-therapie-manuelle-orthopedique-en-reeducation\\_a39.html](https://www.omt-france.fr/Place-de-la-therapie-manuelle-orthopedique-en-reeducation_a39.html) (consulté le 04/04/2020)

[153]<https://www.etiopathie.com/etiopathie/pourquoi-la-medecine-de-demain> (consulté le 18/04/2020)

[155]<https://www.yann-ollivier.fr/2015/02/15/etiopathie-sant%C3%A9-activit%C3%A9-physique-et-m%C3%A9thode-lafay-premi%C3%A8re-partie/> (consulté le 18/04/2020)

[157]<https://www.osteopathie-structurelle.ch/informations/pour-les-connaisseurs.html> (consulté le 10/08/2020)

[161]:<https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-ou-questionnaire> (consulté le 20/03/2020)

[162]<https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative-et-quantitative/> (consulté le 20/03/2020)

[163]<http://www.ih2ef.education.fr/conseils/recueil-de-donnees/operations/construction-des-outils-de-recueil/> (consulté le 20/03/2020)

[164]<http://www.ih2ef.education.fr/conseils/recueil-de-donnees/operations/construction-des-outils-de-recueil/entretien/> (consulté le 20/03/2020)

[166][https://fr.wikipedia.org/wiki/Entretien\\_semi-directif](https://fr.wikipedia.org/wiki/Entretien_semi-directif) (consulté le 20/03/2020)

[176]<https://www.1min30.com/inbound-marketing/etudes-qualitatives-par-entretiens-individuels-construire-un-echantillon-124577> (consulté le 22/03/2020)

[177][http://ressources.aunege.fr/nuxeo/site/esupversions/83e876d5-3c45-45cb-a888-2af03045ca8e/co/L2\\_1\\_2\\_methodologie\\_etude\\_qualitative.html](http://ressources.aunege.fr/nuxeo/site/esupversions/83e876d5-3c45-45cb-a888-2af03045ca8e/co/L2_1_2_methodologie_etude_qualitative.html) (consulté le 22/03/2020)

[178]<https://www.mainchiro.net/fr/la-methode/la-philosophie> (consulté le 24/08/2020)

[179][http://publications.ordremk.fr/2017/79/Urgence\\_kinesitherapie.pdf](http://publications.ordremk.fr/2017/79/Urgence_kinesitherapie.pdf) (consulté le 24/08/2020)

[180]<https://www.ffmkr.org/zoom-sur/acces-direct-en-kinesitherapie-br-lombalgie-aigue-et-entorse-de-cheville-br-acte-1> (consulté le 24/08/2020)

[181]<https://fr.linkedin.com/in/lucien-krumholz-a2616a77> (consulté le 24/08/2020)

[182]<https://fr.linkedin.com/in/dominique-bonneau-md-phd-24812a6a> (consulté le 24/08/2020)

[186]<https://lmosteo.com/qu-est-ce-que-le-lmo> (consulté le 24/08/2020)

[188]<https://business.critizr.com/blog/etude-qualitative-tout-savoir-sur-entretien-individuel> (consulté le 21/03/2020)

[191]<https://lishan.fr/zheng-gu-lart-reboutement-chinois/> (consulté le 09/02/2020)

## 5. Vidéos

[16]<https://youtu.be/dEO6RQ2Q4As> (consulté le 20/08/2020)

[17]<https://youtu.be/fwSyDLSUqTo> (consulté le 20/08/2020)

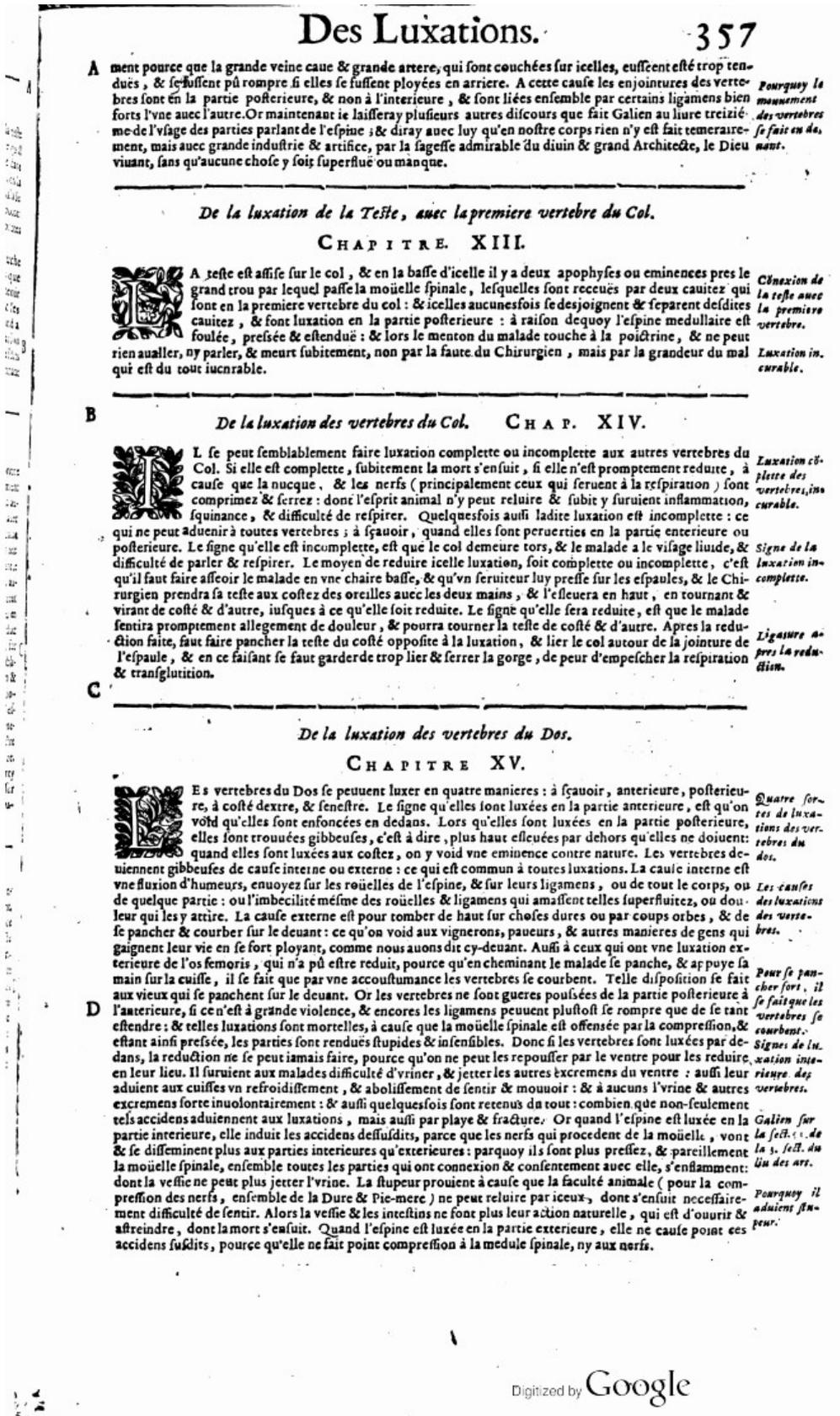
[183][https://youtu.be/CJXWIPJS\\_mQ](https://youtu.be/CJXWIPJS_mQ) (consulté le 24/08/2020)

[184]<https://youtu.be/hhUJodeBkRo> (consulté le 24/08/2020)

## Sommaire des annexes

<b>Annexe 1 : Ambroise Paré, traité des luxations .....</b>	<b>67</b>
<b>Annexe 2 : Sambucy méthode 9 temps et 8 points de bases .....</b>	<b>68</b>
<b>Annexe 3 : Heures de formation par professionnel .....</b>	<b>69</b>
<b>Annexe 4 : Intégration de la formation des MK dans le système universitaire .....</b>	<b>70</b>
<b>Annexe 5 : Techniques utilisées dans chaque professionnel .....</b>	<b>71</b>
<b>Annexe 6 : Champs d'applications de chaque profession .....</b>	<b>73</b>
<b>Annexe 7 : comparatif des référentiels d'activité des chiropracteurs et des MK .....</b>	<b>75</b>
<b>Annexe 8 : Influences suédoises et médecine aux États-Unis au XIXe siècle .....</b>	<b>76</b>
<b>Annexe 9 : Tables métamériques et techniques en chiropraxie .....</b>	<b>77</b>
<b>Annexe 10 : Les caractéristiques des trois types d'entretiens possible .....</b>	<b>78</b>
<b>Annexe 11 : Guide d'entretien de l'étude .....</b>	<b>79</b>
<b>Annexe 12 : Exemples d'unités / nœuds / sous thèmes / thèmes .....</b>	<b>80</b>
<b>Annexe 13 : Liens entre les différentes professions .....</b>	<b>81</b>
<b>Annexe 14 : Retranscription des interviews .....</b>	<b>82</b>

Figure 6 : Extrait du traité des luxations d'Ambroise Paré



## Annexe 2 : Sambucy méthode 9 temps et 8 points de bases

Figure 7 : plaquette de la méthode en neuf temps

*"Hb" ne veulent pas installer cela dans les Hôpitaux ou voudraient trop de ces*

**LES NEUF TEMPS**

METHODE SYNTHETIQUE COMBINATOIRE RAYMOND LULLE-SAMBUCY DES 9 TEMPS OU ACTIONS BIENFAISANTES POUR LA COLONNE  
SYNTHESE ET COMBINAISON DE CINQ OU SIX METIERS CLASSIQUES.

<p><b>1 MASSER</b></p> <p>Calmer - Décontracter Divers massages Action horizontale CLIENT PASSIF</p> <p>CHINE SUEDE EGYPTE</p>	<p><b>2 DÉBLOQUER</b></p> <p>Manipuler - Craquer Chiropracteur - Ostéopathe Couples sur table Action horizontale CLIENT PASSIF</p> <p>CHINE SUEDE U. S. A.</p>	<p><b>3 ALLONGER</b></p> <p>Sous tension légère et massage Action horizontale CLIENT PASSIF</p> <p>GRECE ROME IRAN</p>
<p><b>4 SOUTENIR</b></p> <p>Corseter - Ceinturer Coucher - Fretter Lits - Matelas - Sièges CLIENT PASSIF</p> <p>TOUS PAYS</p>	<p><b>5 RECALCIFIER</b></p> <p>Désenflammer Désinfecter (chimie) Travail médical (à réduire au minimum) CLIENT PASSIF</p> <p>TOUS PAYS</p>	<p><b>6 SE REDRESSER</b></p> <p>Déblocage thorax Auto-redressement Action verticale CLIENT ACTIF</p> <p>LING EN SUEDE TISSIE EN FRANCE</p> <p><i>Pour se faire</i></p>
<p><b>7 SE SUSPENDRE</b></p> <p>Espalier Suédois Action verticale CLIENT ACTIF</p> <p>LING EN SUEDE GRECE</p>	<p><b>8 RÉCHAUFFER</b></p> <p>Remuscler Bains de boue 42° et Travail à plat ventre CLIENT ACTIF OU PASSIF</p> <p>ORIENT SUEDE KNEIPP FRANCE</p>	<p><b>9 YOGAS</b></p> <p>Respiration Nasale Maîtrise du schéma postural Travail de parquet CLIENT ACTIF</p> <p>INDE CHINE ARABES Pharaons</p>

Source : [https://laquetedekiaz.files.wordpress.com/2012/11/9\\_temps\\_a\\_4\\_r.jpg](https://laquetedekiaz.files.wordpress.com/2012/11/9_temps_a_4_r.jpg) (consulté le 20/08/2020)

À noter que dans une version plus récente, le Docteur de Sambucy intègre également les étioopathes et les rebouteux dans le temps numéro 2 « débloquent ».

Sambucy, A. (1985). Pour comprendre les déplacements de vertèbres. p245-246. Éditions Person.

### Les huit points de bases de la méthode de Sambucy<sup>35</sup>

- 1) Le sympathique a son origine dans la moelle. Il sort par des vertèbres et s'allonge le long de la colonne. Il commande les organes (Bichat, Dastre, Cannon, A. Thomas, Reilly, Leriche, etc.).
- 2) Toute bande de peau, tout muscle, tout organe, est en relation avec une vertèbre (Déjerine).
- 3) Le nerf est tout (Ranvier, Vulpian).
- 4) Le trou de conjugaison commande le nerf, la vertèbre en est la clé (Still, Palmer).
- 5) Le ligament est le maître de l'articulation (Leriche).
- 6) La vie du système nerveux central dépend de sa circulation, de sa minéralisation, de son oxygénation (la neurologie).
- 7) Le frisson vertébral inconnu de la médecine officielle, « la réponse du sympathique prouve que l'on a agi sur les organes » (Dr Gachet).
- 8) L'allongement doit être spontané chez le serpent dorsal autonome, d'où la stupidité des tractions violentes. Massage+autotorsion entre des points fixes = allongement (Sambucy).

<sup>35</sup> Sambucy, A. (1960). Nouvelle médecine vertébrale de toutes les maladies chroniques (5e ed.). Dangles.

### Annexe 3 : Heures de formation par professionnel<sup>36</sup>

Figure 8 : nombre d'heures de formation par profession

Formation (heures)	Chiropraxie	Étiopathie	Masso-kinésithérapie	Ostéopathie	MMO
PASS			530		Voir dispenses de formation ci-dessous
Cours Magistraux	2150	?	895	1546	
Travaux dirigés	1460	?	1085	1814	
Stages	1350	?	1470	1500	
Total	4960	3260	3450 (+530)	4860	

Figure 9 : Dispenses d'enseignement pour le diplôme d'ostéopathie

Unités d'enseignement	Volume horaire total	Volume horaire à effectuer pour les bénéficiaires de dispenses visés dans l'arrêté							
		médecin	sage femme	masseur kinésithérapeute (MK)	MK + 1ère année scientifique	pédicure podologue	infirmier	chiropracteur	
<b>1 - Sciences fondamentales</b>									
TOTAL	760	0	80	90	52	248	268	0	
<b>2 - Sémiologie des altérations de l'état de santé</b>									
TOTAL	632	0	94	194	174	244	202	0	
<b>3 - Sciences humaines, sciences sociales, gestion et droit</b>									
TOTAL	160	16	16	16	16	16	16	16	
<b>4 - Ostéopathie : fondements et modèles</b>									
TOTAL	160	92	104	120	120	120	120	120	
<b>5 - Pratique ostéopathique</b>									
TOTAL	1266	306	809	738	738	876	933	690	
<b>6 - Méthodes et outils de travail</b>									
TOTAL	168	0	12	12	12	12	12	12	
<b>7 - Développement des compétences de l'ostéopathe</b>									
TOTAL	194	38	110	110	110	110	110	110	
<b>Mémoire</b>									
Mémoire (guidance)	20	12	12	12	12	12	12	12	
Total hors formation pratique clinique	3360	464	1237	1292	1234	1638	1673	960	
Formation pratique clinique: stage	120								
Formation pratique clinique: stage	210		400	300	300	400	400	300	
Formation pratique clinique: stage	450								
Formation pratique clinique: stage	720		150 consultations complètes et validées (temps estimé à 300 heures)						
Formation pratique clinique: stage	1500	300	700	600	600	700	700	600	
TOTAL	4860	764	1937	1892	1834	2338	2373	1560	

Figure 10 : Dispenses d'enseignement pour le diplôme de chiropraxie

#### Article 20

ELI: [https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/2/13/SSAH1717550A/jo/article\\_20](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/2/13/SSAH1717550A/jo/article_20)

Des dispenses de suivi et de validation d'une partie des unités d'enseignement peuvent être accordées par le directeur de l'établissement, après consultation du conseil pédagogique, en fonction de la formation antérieure validée, des certifications, titres et diplômes obtenus par le candidat et de son parcours professionnel. Les dispenses d'enseignement théoriques ou de stages sont examinées au regard du contenu des unités d'enseignement composant le programme de formation en chiropraxie en vigueur.

<sup>36</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2018/18-02/ste\\_20180002\\_0000\\_0099.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2018/18-02/ste_20180002_0000_0099.pdf)  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/xlsm/osteopathie\\_annexe\\_2\\_maquette\\_formation.xlsm](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/xlsm/osteopathie_annexe_2_maquette_formation.xlsm)  
<http://www.fnek.fr/wp-content/uploads/2019/12/BO.pdf> (Annexe 2)  
[https://www.univ-rennes1.fr/sites/www.univ-rennes1.fr/files/asset/document/fiche\\_pass\\_2019-v2\\_bd.pdf](https://www.univ-rennes1.fr/sites/www.univ-rennes1.fr/files/asset/document/fiche_pass_2019-v2_bd.pdf)  
<https://www.etiopathie.com/enseignement/organisation-contenus>  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/xls/osteopathie\\_annexe\\_arrete\\_dispenses\\_osteopathie.xls](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/xls/osteopathie_annexe_arrete_dispenses_osteopathie.xls)  
[https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/2/13/SSAH1717550A/jo/article\\_20](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/2/13/SSAH1717550A/jo/article_20)

## Annexe 4 : Intégration de la formation des MK dans le système universitaire

Figure 11 : Schéma global d'accès à la formation<sup>37</sup>

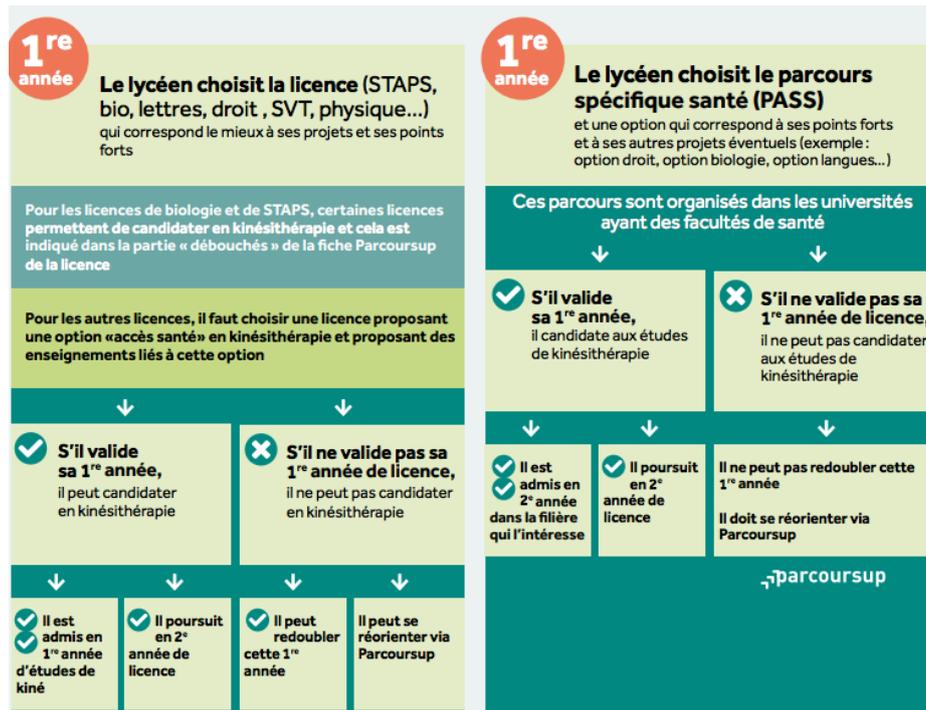
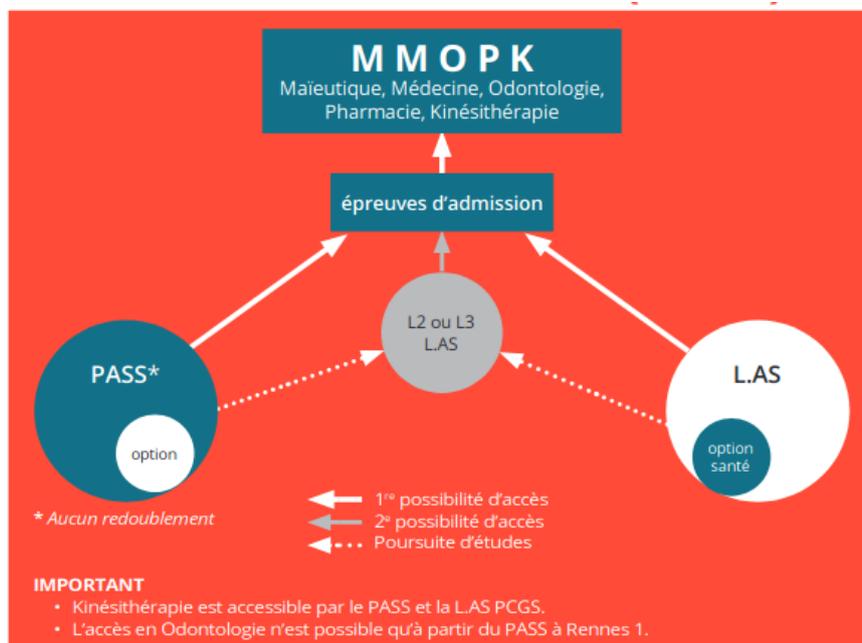


Figure 12 : Exemple à l'université de Rennes<sup>38</sup>



L'accès aux filières de santé peut s'effectuer par deux voies différentes :

- > Parcours d'accès spécifique santé (PASS)
- > Portails de licences option accès santé (L.AS)

<sup>37</sup> <https://www.parcoursup.fr/documentspdf/KINE-comment-ca-marche.pdf> (consulté le 09/08/2020)

<sup>38</sup> [https://www.univ-rennes1.fr/sites/www.univ-rennes1.fr/files/asset/document/fiche\\_acces\\_filiere\\_sante-2019\\_v2\\_bd.pdf](https://www.univ-rennes1.fr/sites/www.univ-rennes1.fr/files/asset/document/fiche_acces_filiere_sante-2019_v2_bd.pdf) (consulté le 09/08/2020)

## Annexe 5 : Techniques utilisées dans chaque professionnel p70

<b>Chiropraxie<sup>39</sup></b>	
<b>Manipulation Vertébrale ou ajustement (dont manœuvres avec vecteur de force)</b>	Toggle Recoil, HVLA, Drop de Thomson, Techniques discales de Cox, etc...
<b>Mobilisations articulaire</b>	
<b>Techniques sur les tissus mous</b>	Étirement, contracté relâché, Trigger points, technique réflexes
<b>Exercices de rééducation et de réadaptation</b>	Prévention et traitement par établissement de programme d'exercices thérapeutiques.
<b>Éducation du patient</b>	Conseils posturaux et d'hygiène de vie
<b>Éléments de soutien</b>	Support dorsaux, orthèses
<b>Outils</b>	Activator, thermothérapie, cryothérapie, ultrasons, électrostimulation des muscles, laser, etc.

<b>Étiopathie<sup>40</sup></b>	
Types	Techniques mécanistes empruntées aux autres professions : manipulations, étirement, massage, Trigger points, etc...
Systèmes cibles	Organique et circulatoire. Cutané, musculaire, et ligamentaire. Articulaire vertébrale et périphérique. Gynécologique.

<b>Masso-kinésithérapie<sup>41</sup></b>	
<b>Massage, drainage lymphatique manuel</b>	Manuel ou à l'aide d'appareils
<b>Gymnastique médicale (manuelle ou à l'aide d'appareils)</b>	Postures. Étirements musculo-tendineux. Renforcement musculaire. Réentraînement à l'effort.
<b>Mobilisation manuelle</b>	Mobilisations manuelles articulaires, manipulations à l'exception des manœuvres de force
<b>Orthèse</b>	contentions souples, adhésives ou non, d'appareils temporaires de rééducation et d'appareils de postures
<b>Relaxation neuromusculaire</b>	Méthode Jacobson
<b>Électro-physiothérapie</b>	courants électriques (antalgique et excito-moteur), ondes mécaniques (infrasons, vibrations sonores, ultrasons) ; ondes électromagnétiques (ondes courtes, ondes centimétriques, infrarouges, ultraviolets)
<b>Physiothérapie</b>	thermothérapie et cryothérapie, kiné-balnéothérapie et hydrothérapie ; pressothérapie.
<b>Éducation – Prévention</b>	Du patient et en entreprise. Pratique de la gymnastique hygiénique

<sup>39</sup> [INSERM chiro] INSERM U669. (2011). Évaluation de l'efficacité de la pratique de la chiropratique. Institut National de la Santé Et de la Recherche médicale. France

<sup>40</sup> [INSERM Etio] INSERM 1178. (2018). Évaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'étiopathie. Institut National de la Santé Et de la Recherche médicale. France

<sup>41</sup> Code de la santé publique - Article R4321-1 à R4321-13. Et <https://www.ffmkr.org/pratique-professionnelle/exercice-liberal/exercice-professionnel-ref232/champs-de-competence-du-mk> (consulté le 02/04/2020)

<b>Ostéopathie et Médecine Manuelle Ostéopathie<sup>42</sup></b>	
<b>Techniques articulaires (souvent appelé « structurelles »)</b>	Techniques avec thrust (HVLA), Techniques fonctionnelles directs et indirects, techniques myotensives.
<b>Techniques de mobilisation</b>	Mobilisations articulaires
<b>Tissus mous</b>	Technique musculaire, ligamentaire (massage transversaux), cutané (massage), drainage lymphatique, myo-fascial, strain-counterstrain (Jones), Trigger point, etc.
<b>Techniques crâniennes</b>	Structurelles (sutures et membranes) et fonctionnelles (mobilité). Cranio-sacré.
<b>Techniques viscérale</b>	Structurelles (tissus conjonctif) et fonctionnelles (mobilité).
<b>Techniques biodynamique</b>	Appelée également liquidiennes ou énergétiques
<b>Technique somato-émotionnelles</b>	Techniques de John Upledger.

<sup>42</sup> INSERM U669. (2012). Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. Institut National de la Santé Et de la Recherche médicale. France

## Annexe 6 : Champs d'applications de chaque profession

<b>Chiropraxie<sup>43</sup></b>	
<b>Troubles de l'appareil locomoteur</b>	
<b>Indications scientifiquement évaluées</b>	Cervicalgie, Lombalgie, Sciatique, cruralgie, Lumbago, Torticolis, Dorsalgie, Dysfonctionnement du bassin, Névralgies intercostales, Névralgies cervico-brachiales, Douleurs en relation avec des troubles de statiques rachidiennes, Certaines douleurs du coccyx, Céphalées d'origine cervicale, Douleurs projetées de la face d'origine cervicale, Vertiges, Douleur ou dysfonctionnement de la mâchoire ou de l'articulation temporo-mandibulaire
<b>Autres indications où la chiropraxie soulage</b>	Épaule ou omoplate douloureuse, Épicondylite du joueur de tennis (tennis elbow), Épitrôchléite du golfeur (golfer's elbow), Tendinite, Genoux douloureux, Syndrome du canal carpien, Douleurs aux talons ou aux chevilles
<b>Troubles fonctionnels Viscéraux</b>	
<b>Non évalué scientifiquement mais rapporté de manière empirique par thérapeutes et patients</b>	modification du transit intestinal, une sensation d'amélioration respiratoire, une modification du cycle menstruel, une amélioration des coliques infantiles, etc

<b>Étiopathie<sup>44</sup></b>	
<b>Pathologies soignées par l'étiopathie</b>	
<b>Troubles O.R.L</b>	Sinusites, rhinites, rhinopharyngites, otites séreuses, vertiges bénins paroxystiques...
<b>Troubles d'origine vertébrale</b>	Névralgies d'Arnold, névralgies cervico-brachiales, torticolis, cervicalgies, dorsalgies, douleurs intercostales, lumbagos, lombalgies chroniques, cruralgies, sciatalgies, pubalgies...
<b>Troubles de l'appareil locomoteur</b>	Entorses, foulures, tendinites (tennis et golf-elbows), canal carpien, canal tarsien, douleurs articulaires (épaules, hanches, genoux, etc.), épines calcanéennes, algodystrophies...
<b>Troubles de la grossesse</b>	Nausées, vomissements, lombosciatiques... et aussi préparation à l'accouchement.
<b>Troubles respiratoires</b>	Trachéites, bronchites, asthme...
<b>Troubles digestifs</b>	Ballonnements, aérophagie, digestion lente, reflux gastro-oesophagiens (hernies hiatales), colopathies fonctionnelles (constipations, diarrhées), troubles hépatobiliaires, hémorroïdes...
<b>Troubles urinaires</b>	Cystites, troubles de la prostate, incontinences, énurésies...
<b>Troubles gynécologiques</b>	Normalisation du cycle, règles douloureuses, infertilité, troubles de la ménopause, descente d'organes...
<b>Troubles circulatoires</b>	Palpitations, oppressions thoraciques, jambes lourdes, maladie de Raynaud...
<b>Troubles généraux</b>	Céphalées, migraines, insomnies, anxiétés, zona...

<sup>43</sup> <https://www.chiropraxie.com/pourquoi> (consulté le 02/04/2020)

<sup>44</sup> <https://www.etiopathie.com/etiopathie/traitement/que-soigne-l-etiopathie> (consulté le 02/04/2020)

<b>Masso-kinésithérapie<sup>45</sup></b>	
<b>Rééducation sous prescription médicale</b>	
<b>Système ou appareil</b>	Orthopédique et affections traumatiques ou non de l'appareil locomoteur (arthrose, entorse, instabilité d'épaule, plagiocéphalie, torticolis congénitales, scoliose, capsulite rétractile, fibromyalgie, Syndrome de la traversé thoraco-brachiale, tendinopathie, rachialgies etc). Neurologique (parkinson, AVC). Respiratoire (BPCO, mucoviscidose), cardio-vasculaire
<b>Séquelles</b>	amputation, abdominale et périnéo-sphinctérienne y compris en post-partum (endométriose), de brûlures, cutanées
<b>fonctions particulière</b>	Dysfonctions temporo-mandibulaires, mobilité faciale et mastication, déglutition, troubles de l'équilibre
<b>Prise en charge en accès direct dans le cadre d'une structure pluridisciplinaire</b>	
<b>Troubles de l'appareil locomoteur</b>	Lombalgie, entorse
<b>Autres</b>	
Bilan d'aptitude physique et suivi en milieu sportif, bilan et recherche ergonomie, participation à différentes action d'éducation et de prévention.	

<b>Ostéopathie et Médecine Manuelle Ostéopathie<sup>46</sup></b>	
<b>Soulager des troubles fonctionnels</b>	
<b>Appareil locomoteur</b>	cervicalgies, torticolis, dorsalgies, douleurs intercostales, lumbago, névralgies, entorses, accidents musculaires, tendinites, conséquences des coups du lapin, maux de tête d'origine mécanique
<b>Système neurovégétatif</b>	dystonie neurovégétative
<b>Système digestif</b>	dysphagie, gastralgie, reflux gastro-oesophagien, dyspepsies, dyspéristaltisme intestinal, régurgitations, nausées
<b>Système génito-urinaire</b>	dysménorrhées fonctionnelles, dyspareunies mécaniques, dysurie, prévention des infections urinaires
<b>Système respiratoire</b>	dysphrénie fonctionnelle, prévention des bronchites répétitives
<b>Nouveau né et nourrisson</b>	troubles du sommeil, agitation, régurgitations, coliques, plagiocéphalies
<b>Apporte un bénéfice</b>	
<b>Accompagnement</b>	Grossesse et post-partum
	Suites d'intervention chirurgicale notamment en cas de thoracotomie et laparotomie
	traitements orthodontiques
	traitements des pathologies orthopédiques de l'enfance et de l'adolescence (pied bot, torticolis congénital, scoliose, cyphose...)

<sup>45</sup> <http://www.ordremk.fr/je-suis-patient/mon-kine-et-moi/> et <http://www.ordremk.fr/je-suis-etudiant/decouvrir-le-metier/> (consultés le 02/04/2020)

<sup>46</sup> <https://www.osteopathie.org/100-pourquoi-consulter--champs-d-application-de-l-osteopathie.html> (consulté le 02/04/2020)

## Annexe 7 : comparatif des référentiels d'activité des chiropracteurs et des MK

Figure 13 : Référentiels d'activités des chiropracteurs (à gauche) et des MK (à droite)<sup>47</sup>



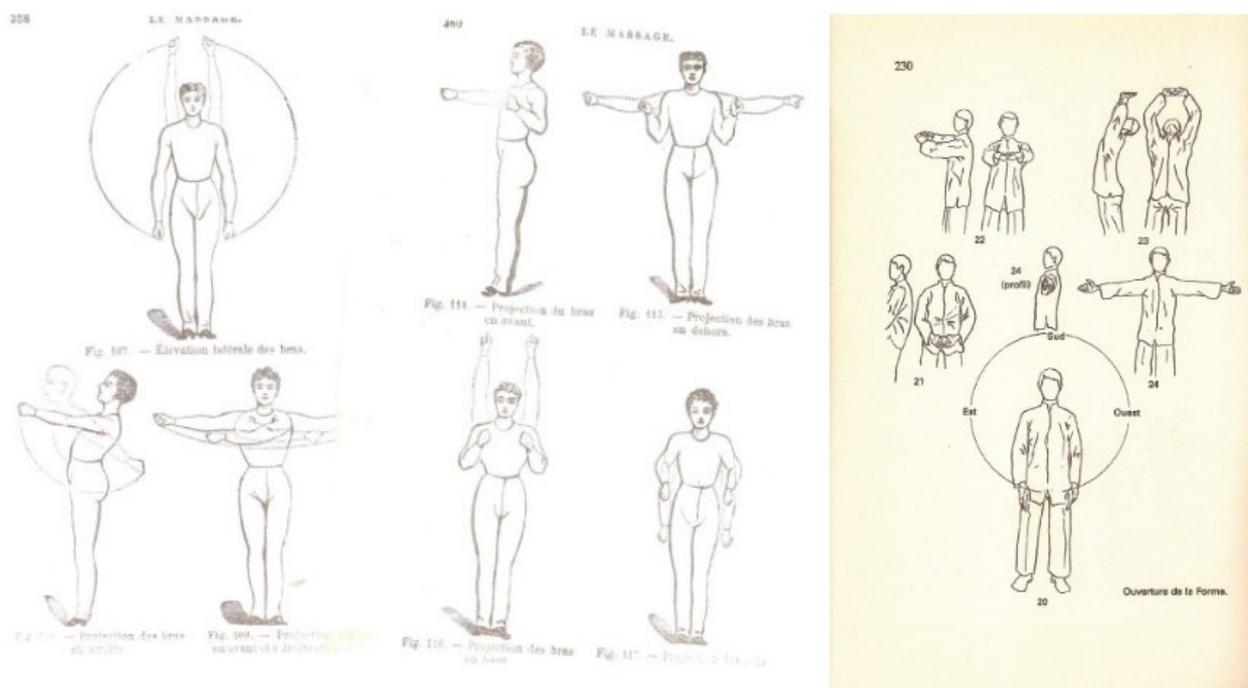
Ordre des  
masseurs-kinésithérapeutes

ANNEXE – EXTRAIT DE L'ARRÊTÉ MINISTÉRIEL	
<p>2. – RÉFÉRENTIEL ACTIVITÉS</p> <p>Activité 3</p> <p>Intervention et traitement en chiropraxie</p> <p>3.1 Mobilisations articulaires générales ou spécifiques</p> <p>3.3 Application de techniques sur les tissus mous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Techniques musculaires réflexes manuelles ( De type « Trigger point » appelés « zone gâchette » en français) ou instrumentales</li> <li>- Techniques musculo aponévrotiques instrumentales</li> <li>- Étirements musculo-aponévrotiques</li> <li>- Contraction/relâchement</li> <li>- Frictions ligamentaires</li> </ul> <p>3.5. – Techniques de réhabilitation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Techniques et conseils de reprogrammation neuromusculaire</li> </ul> <p>3.6. – Application d'agents physiques complémentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation du chaud et froid</li> <li>- Physiothérapie</li> <li>- Electrothérapie</li> <li>- Réflexothérapie</li> <li>- Ondes de choc</li> </ul> <p>3.7. – Application de techniques de contention et d'orthèses standards, taping, strapping et kinésiotaping</p>	<p>Décret en conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine</p> <p>R4331-4 On entend par gymnastique médicale la réalisation et la surveillance des actes à visée de rééducation neuromusculaire, corrective ou compensatrice, effectués dans un but thérapeutique ou préventif afin d'éviter la survenue ou l'aggravation d'une affection. Le masseur kinésithérapeute utilise à cette fin des postures et des actes de mobilisation articulaire passive, active, active aidée ou contre résistance, à l'exception des techniques ergothérapeutiques.</p> <p>R4321-7 Pour la mise en oeuvre des traitements mentionnés à l'article 5, le masseur kinésithérapeute est habilité à utiliser les techniques et à réaliser les actes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Massages, notamment le drainage lymphatique manuel ;</li> <li>b) Postures et actes de mobilisation articulaire mentionnés à l'article 4 ;</li> <li>c) Mobilisation manuelle de toutes articulations, à l'exclusion des manoeuvres de force, notamment des manipulations vertébrales et des réductions de déplacement osseux ;</li> <li>d) Étirements musculo-tendineux ;</li> <li>e) Mécanothérapie ;</li> <li>f) Réalisation et application de contentions souples, adhésives ou non, d'appareils temporaires de rééducation et d'appareils de postures ;</li> <li>g) Relaxation neuromusculaire ;</li> <li>h) Electro-physiothérapie : - applications de courants électriques : courant continu ou galvanique, galvanisation, diélectrolyse médicamenteuse, le choix du produit médicamenteux étant de la compétence exclusive du médecin prescripteur, et courant d'électro-stimulation antalgique et excito-moteur - utilisation des ondes mécaniques (infrasons, vibrations sonores, ultrasons) ; - utilisation des ondes électromagnétiques (ondes courtes, ondes centimétriques, infrarouge, ultraviolets) ;</li> <li>i) Autres techniques de physiothérapie : - thermothérapie et cryothérapie, à l'exclusion de tout procédé pouvant aboutir à une lésion des téguments ; kinébalnéothérapie et hydrothérapie ; pressothérapie.</li> </ul>

<sup>47</sup> [Actes chiro kiné] [http://savoie.ordremk.fr/files/2018/06/CNOMK\\_20180601\\_Actes-de-kin%C3%A9sith%C3%A9rapie-et-chiropraxie.pdf](http://savoie.ordremk.fr/files/2018/06/CNOMK_20180601_Actes-de-kin%C3%A9sith%C3%A9rapie-et-chiropraxie.pdf)

## Annexe 8 : Influences suédoises et médecine aux États-Unis au XIXe siècle

Figure 14 : Comparatif des exercices de gymnastique suédoise et du Cong-Fou<sup>48</sup>



A gauche sur fond blanc, les planches de la gymnastique suédoise décrite par Ling.  
A droite sur fond jaunâtre : Exercices de Santé du Cong-Fou

Figure 15 : médecine aux États-Unis au XIXe siècle et techniques chiropratique<sup>49</sup>

**Table 1:** Several health care options available to Americans in the 19th century

bonesetting	herbalism	Native American remedies	Physical Culture
Christian Science	heroic medicine	naturopathy	phrenomagnetism
eclectic medicine	homeopathy	osteopathy	Thomsonianism
electro-medicine	magnetic healing	patent medicines	

<sup>48</sup> <https://tao-yin.fr/gym-suedoise-et-tao-yin/> consulté le 30/04/2020

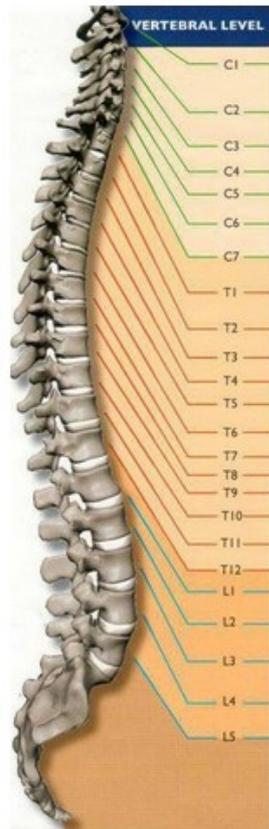
<sup>49</sup> Keating, J. Et Al. (2004). Chiropractic History : a Primer. Association for the History of Chiropractic. Montezuma, Iowa : Sutherland Companies.

## Annexe 9 : Tables métamériques et techniques en chiropraxie

Figure 16 : Table métamériques, innervation et symptômes<sup>50</sup>

### MERIC CHART:

Voici la répartition, établie en chiropraxie des reflexes Somato-viscéraux en rapport aux différents niveaux de subluxations vertébrales.



VERTEBRAL LEVEL	NERVE ROOT*	INNERVATION	POSSIBLE SYMPTOMS
C1	C1	Intracranial Blood Vessels	Headaches • Migraine Headaches
C2	C2	• Eyes • Lacrimal Gland	• Dizziness • Sinus Problems
C3	C3	• Parotid Gland • Scalp	• Allergies • Head Colds • Fatigue
C4	C4	• Base of Skull • Neck	• Vision Problems • Runny Nose
C5	C5	Muscles • Diaphragm	• Sore Throat • Stiff Neck
C6	C6	• Neck Muscles • Shoulders	• Cough • Croup • Arm Pain
C7	C7	• Elbows • Arms • Wrists	• Hand and Finger Numbness or Tingling • Asthma • Heart
C8	C8	• Hands • Fingers • Esophagus • Heart • Lungs • Chest	Conditions • High Blood Pressure
T1	T1	Arms • Esophagus	Wrist, Hand and Finger
T2	T2	• Heart • Lungs • Chest	Numbness or Pain • Middle Back
T3	T3	• Larynx • Trachea	Pain • Congestion • Difficulty
T4	T4		Breathing • Asthma • High Blood
T5	T5	Gallbladder • Liver	Pressure • Heart Conditions
T6	T6	• Diaphragm • Stomach	• Bronchitis • Pneumonia
T7	T7	• Pancreas • Spleen	• Gallbladder Conditions
T8	T8	• Kidneys • Small Intestine	• Jaundice • Liver Conditions
T9	T9	• Appendix • Adrenals	• Stomach Problems • Ulcers
T10	T10	Small Intestines • Colon	• Gastritis • Kidney Problems
T11	T11	• Uterus	
T12	T12	Uterus • Colon • Buttocks	
L1	L1	Large Intestines	Constipation • Colitis • Diarrhea
L2	L2	• Buttocks • Groin	• Gas Pain • Irritable Bowel
L3	L3	• Reproductive Organs	• Bladder Problems • Menstrual
L4	L4	• Colon • Thighs • Knees	Problems • Low Back Pain
L5	L5	• Legs • Feet	• Pain or Numbness in Legs
S	S	Buttocks • Reproductive	Constipation • Diarrhea • Bladder
A	A	Organs • Bladder	Problems • Menstrual Problems
C	C	• Prostate Gland • Legs	• Lower Back Pain • Pain or
R	R		Numbness in Legs
A	A	• Ankles • Feet • Toes	
L	L		

Figure 17 : Récapitulatif des stratégies de diagnostics et techniques chiropratiques<sup>51</sup>

Table 7: Some of the many brand name techniques of chiropractic

Activator Methods	Directional Non-Force Technique (D.N.F.T.)	Palmer Full Spine Diversified
Anatomical Adjustive Technique	Endo-Nasal Technique	Parker System
Applied Chiropractic Distortion Analysis	Gonstead Technique	Pettibon Technique
Applied Kinesiology	Gravel Integrated Chiropractic Method	Pierce-Stillwagon Technique
Applied Spinal Biomechanical Engineering	Grostick Technique	Postural Method of Adjusting
Aquarian Age Healing	Harrison Dynamic Visualization Procedure (CBP)	Ratledge Technique
Arnholz Muscle Adjusting	Howard System of Chiropractic	Receptor-Tonus Technique
Atlas Orthogonality	Herring Cervical Technique	Reflex Techniques
Atlas Specific	Hole-In-One (H.I.O.)	Reflexology
BioEnergetic Synchronization Technique (B.E.S.T.)	Inverse Myotatic Technique	RESULTS System
Bloodless Surgery	Keck System	Sacro-Occipital Technique (SOT)
Buxton's Painless Chiropractic	Life Upper Cervical Adjusting Technique	Soft Tissue Orthopedics (STO/SOT)
Carver Body Drop	Logan Basic Technique	Spinal Balance
Chiropractic Biophysics (CBP)	Meas Technique	Spinal Touch Technique
Chiropractic Manipulative Reflex Technique	Menic System	Spinoogy
Clinical Kinesiology	Micro-Manipulation	Spondylotherapy
Concept Therapy	Motion Palpaton	Stressology
Cox Flexion-Distracton	Neural Organization Technique (N.O.T.)	Thompson Technique (drop-piece table)
Craniopathy/Cranial Therapy	Neural-Vascular Dynamics (NVD)	Toifness Technique
Derefield Leg Analysis	Neuropathy	Total Body Modification (TBM)
	Orthodynamics	Touch for Health
	Painless Adjusting Technique	Truscott Technique
		Vector Point Cranial Therapy
		Zone Therapy

<sup>50</sup> <https://www.chiropratique-france.net/chiropracteur-toulouse/> (consulté le 07/04/2020)

<sup>51</sup> Keating, J. Et Al. (2004). Chiropractic History : a Primer. Association for the History of Chiropractic. Montezuma, Iowa : Sutherland Companies.

## Annexe 10 : Les caractéristiques des trois types d'entretiens possible

Figure 18 : Tableau d'après De Ketele et Roegiers<sup>52</sup>

<b>Entretien dirigé (ou directif)</b>	<b>Entretien semi-dirigé (ou semi-directif)</b>	<b>Entretien libre (ou non directif)</b>
Discours non continu qui suit l'ordre des questions posées	Discours par thèmes dont l'ordre peut être plus ou moins bien déterminé selon la réactivité de l'interviewé	Discours continu
Questions préparées à l'avance et posées dans un ordre bien précis	Quelques points de repère (passages obligés) pour l'interviewer	Aucune question préparée à l'avance
Information partielle et réduite	Information de bonne qualité, orientée vers le but poursuivi	Information de très bonne qualité, mais pas nécessairement pertinente
Information recueillie rapidement ou très rapidement	Information recueillie dans un laps de temps raisonnable	Durée de recueil d'informations non prévisible
Inférence assez faible	Inférence modérée	Inférence exclusivement fonction du mode de recueil

<sup>52</sup> Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34. doi:10.3917/rsi.102.0023. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm>

## Annexe 11 : Guide d'entretien de l'étude

Figure 19: Guide d'entretien

Se (re)présenter, rappel du sujet du mémoire et demander l'administratif en instaurant un climat décontracté.

### 1) Administratif :

- Âge / sexe / années d'exercices
- Quel métier exercez-vous ? Quelles études avez-vous fait pour obtenir votre diplôme? Avez-vous fait d'autres formations ?

### 2) Questions (partie entretien semi-directif) :

#### 1<sup>er</sup> thème : Présentation de la profession

Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste votre métier ?  
(mise en confiance de la personne interrogé, création du lien)

#### Sous-thèmes à traiter

- Concept : quels sont les principes de votre profession ?
- Domaines d'applications : Quelles sont les indications? Les contre-indications ?
- Techniques : Quelles techniques utilisez-vous pour soigner les patients ?
- Origines : Quelles sont les origines de votre profession ?
- Courants : Existe-t-il des courants différents ? Si oui, points communs / différences ?

#### 2<sup>e</sup> thème : Connaissance sur les autres professions

Votre métier peut être classé parmi les thérapies manuelles, connaissez-vous en d'autres ? Si oui, lesquels ?

# Recadrer sur les métiers étudiés dans le mémoire #

D'après vous quels sont les points communs/différences avec votre métier ?

#### Sous-thèmes à traiter

- Chiropractie
- Étiopathie
- Masso-kinésithérapie
- Ostéopathie
- Médecine Manuelle Ostéopathie

#### 3<sup>e</sup> thème : Travail interdisciplinaire

Êtes-vous amené à échanger au sujet de patients avec des thérapeutes manuels issus de ces professions? Si oui, lesquelles? Avec d'autres professions ?

#### 4<sup>e</sup> thème : Limitation des connaissances ressentis

Lors de cet entretien, vous êtes vous senti limité dans vos connaissances pour pouvoir y répondre pleinement? Si oui, pour quelles raisons ?

# Laisser une possibilité d'expression libre avant de terminer l'entretien #

Avez-vous des choses à ajouter ?

Pour être réalisé, ce guide d'entretien s'est inspiré des cours mis à disposition sur le site internet d'Anne Revillard<sup>53</sup>.

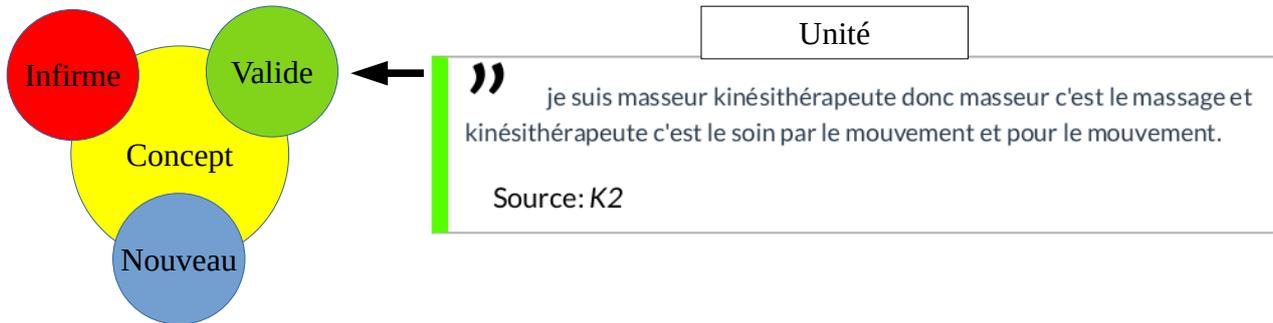
Des vidéos de la chaîne Socio&Agro<sup>54</sup> permettent également de se familiariser avec les différentes étapes d'une étude par entretien semi-directif.

<sup>53</sup> Anne Revillard : Professeure associée (HDR) en sociologie, Sciences Po, OSC-LIEPP.  
<https://annerevillard.com/enseignement/enseignements-actuels/lentretien-biographique/> (consulté le 21/03/2020)

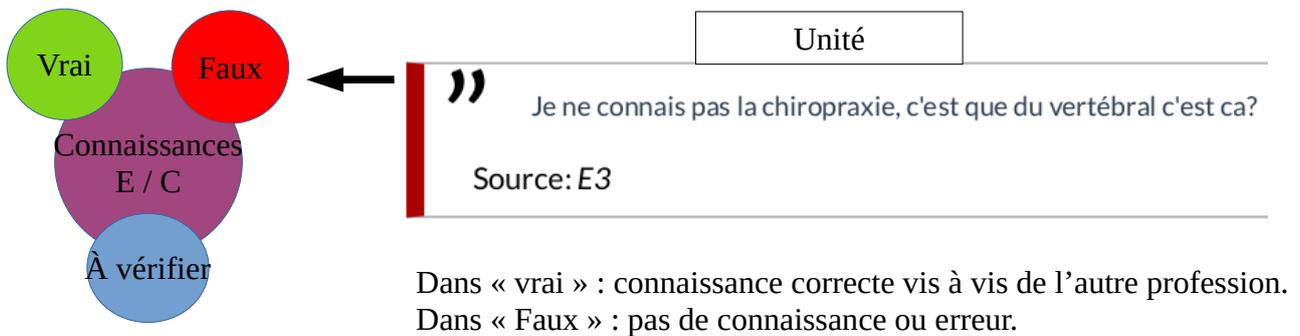
<sup>54</sup> <https://youtu.be/TDvD2SE0RtQ> (consulté le 21/03/2020)

## Annexe 12 : Exemples d'unités / nœuds / sous thèmes / thèmes

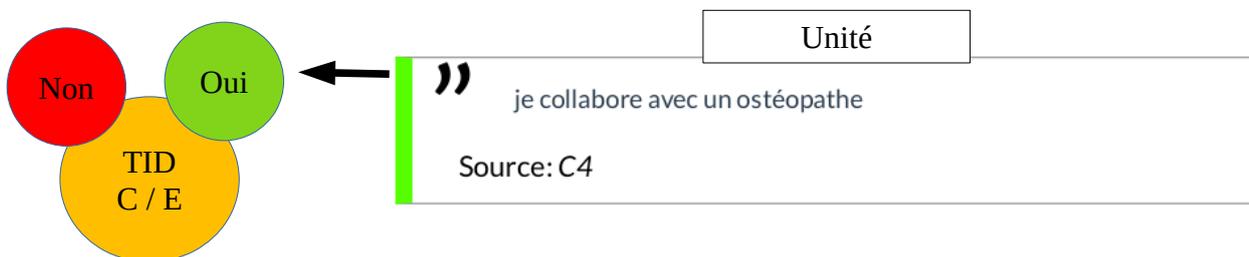
### Thème 1 / Sous-thème « concept » / Nœuds « infirme – valide – nouveau »



### Thème 2 / Sous-thème « connaissances des étioopathes sur les chiropracteurs » / Nœuds « Vrai – Faux – À vérifier »

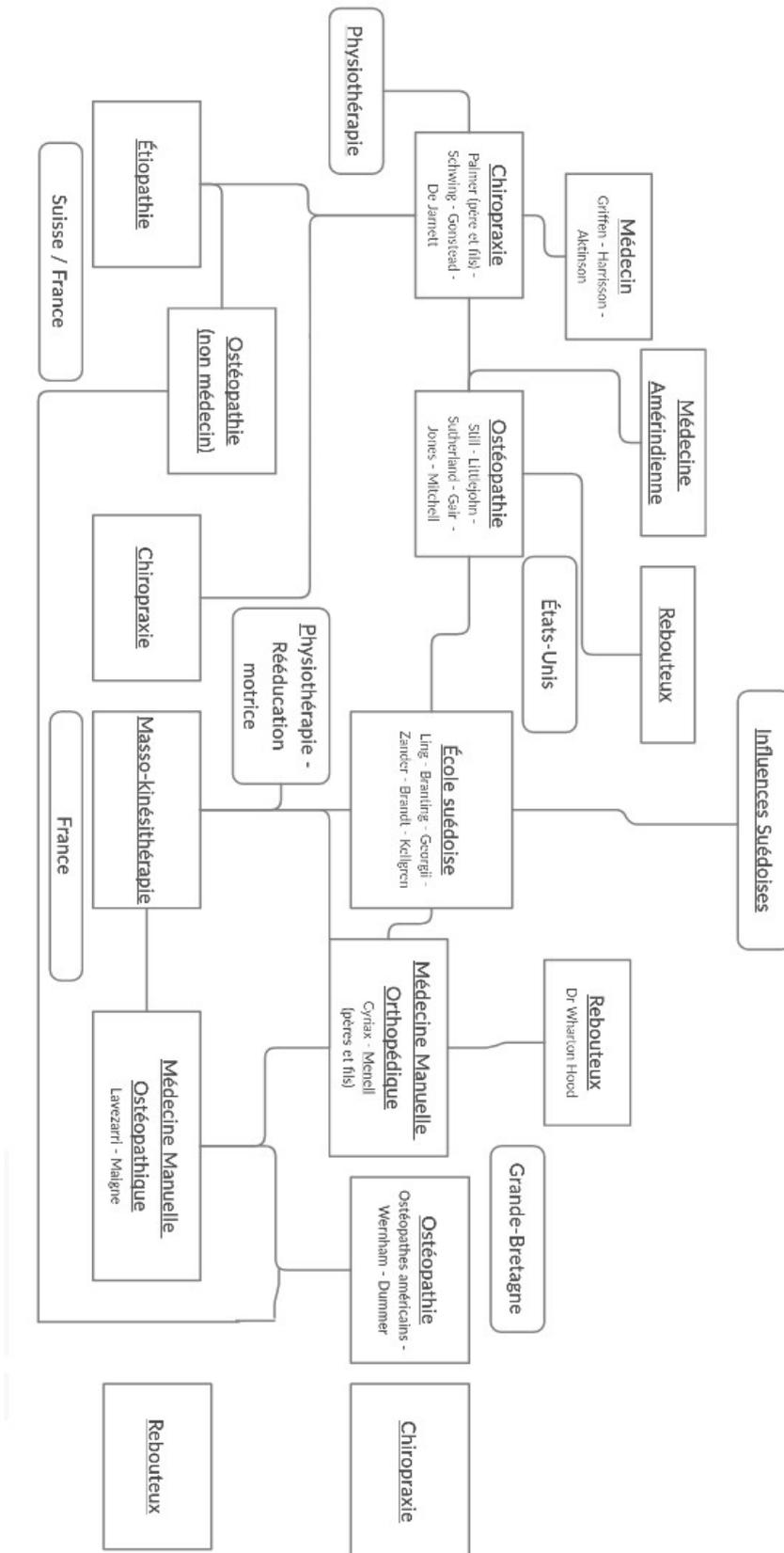


### Thème 3 / Sous-thème « Travail interdisciplinaire (TID) Chiropracteur et Ostéopathe » / Nœuds « Oui – Non »



**Annexe 13 : Liens entre les différentes professions**

Figure 20 : Liens entre les différentes professions



## Annexe 14 : Retranscription des interviews

### Interview C1 (n°1)

Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste votre métier ?

**C1** : En terme scientifique on diagnostique et traite tous les troubles neuro-musculo-squelettiques de la colonne vertébrale et leurs conséquences, et toutes les articulations du corps. On peut citer par exemple pour les troubles neuro : sciatique, névralgie cervico-brachiale, névralgie, canal carpien. Il y aussi tout ce qui est neuro-musculaire : tendinite, entorse, contracture musculaire, on travail dessus indirectement. Et les troubles articulaires, toutes les articulations du corps : cheville, genoux, hanche, coude, mâchoire, etc.

D'accord, donc si j'ai bien compris au niveau des principes, en chiropraxie c'est vraiment tout ce qui est neurologique?

**C1** : C'est ça, c'est vrai que nous les chiropracteurs on est plus basé sur le système nerveux. Le cerveau contrôle tout via le système nerveux centrale. On travail donc principalement sur la colonne vertébrale, les articulations aussi mais c'est vrai que la colonne vertébrale protège la moelle épinière et donc le système nerveux donc on travail dessus.

Ok, qu'est-ce que vous pouvez me donner comme informations sur les origines de la chiropraxie ?

**C1** : Si je ne me trompes pas c'est en 1895, DD palmer avait quelqu'un de son entourage qui était sourd. Suite à une manipulation, cette personne a retrouvé l'audition donc DD palmer c'est dit qu'il devait y avoir une relation entre la colonne vertébrale et la pathologie.

Les techniques utilisées ce sont surtout les manipulations?

**C1** : À l'école on apprend surtout la biomécanique, donc les manipulations vertébrales en articulaire. Avec les séminaires en dehors, on peut être formé sur des techniques plus énergétiques : basé sur la résistance musculaire par exemple les techniques « Applied Kinesiology ».

Il me semble que vous utilisez des appareils également ?

**C1** : Oui, par rapport aux ostéopathes, ce qui nous différencie au niveau du décret c'est qu'on a le droit d'utiliser des instruments. Le décret aussi ne leur permet pas de manipuler des cervicales et des nourrissons de moins de 6 mois s'ils n'ont pas de prescription médicale.

Est-ce que en chiropraxie, vous avez différents courants ? Vous parliez d'énergétiques?

**C1** : Un courant evidence based : tout ce qui est scientifique, basé sur la biomécanique, la mobilité. Et un autre qui sont un peu en dehors de ça, un peu énergétique, du crânien, du viscéral.

D'accord, merci pour vos explications. On peut classer votre métier parmi les thérapeutes manuelles. Vous évoquiez l'ostéopathie, en connaissez vous d'autres?

**C1** : Moins reconnue que l'ostéopathie et la chiropraxie, il y a l'étiopathie. En discutant un peu avec les gens j'ai l'impression que ça se ressemble pas mal. Il y a les podologues aussi maintenant qui se spécialisent en posturologie et donc qui peuvent faire quelques manipulations.

Et est-ce que vous connaissez ce que font les kinésithérapeutes?

**C1** : Par rapport à ce qu'on m'a appris, c'est plus de la rééducation, le travail musculaire, mais il travail avec leur main donc on peut les classer dans les thérapeutes manuels. Ils n'ont pas le droit de manipuler mais il travail quand même le muscle et utilise leur main. Par contre les patients doivent avoir une prescription et donc aller voir le médecin avant de voir le kiné.

On a pas parlé des médecins ostéopathes, qu'en pensez-vous?

**C1** : À la base c'est pas le même métier mais s'ils se sont formés en ostéopathie, ils vont faire de la thérapie manuelle et quand il vont faire de l'ostéopathie cela va se rapprocher de la chiropraxie et de l'étiopathie.

**C1** : Et les kinés la vraie différence ce serait tout ce qui est rééducation?

Voilà et le fait qu'ils sont de deuxième intention par rapport aux autres. À l'exception des nourrissons et des manipulations cervicales pour les ostéopathes.

Est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'échanger au sujet de vos patients avec d'autres thérapeutes manuelles?

**C1** : Oui, je trouve que c'est assez intéressant de travailler en pluridisciplinarité. C'est judicieux de travailler en complémentarité. Il m'est arrivé de recevoir des patients qui étaient déjà allés voir des kinés, des ostéopathes, on a parlé de ce qu'ils avaient déjà fait pour chercher et comprendre ce qui a marché et pas marché. Ce que je trouve intéressant c'est de travailler avec des kinésithérapeutes en complémentarité parce qu'on obtient de bons résultats.

Et avec d'autres chiropracteurs aussi cela vous arrive d'échanger?

**C1** : Oui, il arrive que parfois deux chiropracteurs voient le même patient et trouvent des choses différentes. Ils auront aussi des techniques différentes et une façon de travailler différentes. Cela m'est déjà arrivé de travailler plusieurs fois ou d'échanger avec d'autres chiropracteurs pour savoir comment ils voient certains cas et comment ils auraient fait. Je trouve ça intéressant.

Nous arrivons à la fin de l'entretien, vous êtes-vous senti limité dans celui-ci ?

**C1** : Je ne me suis pas senti limité mais je ne connais pas tout exactement. Il y a beaucoup de changements tous les ans aussi, avec les nouveaux décrets et les avancés. Je ne suis pas forcément à jour. Je sais par exemple que avant il y avait certaines écoles d'ostéopathie en 3 ans mais avec le décret maintenant c'est 5 ans. Certaines de ces écoles ont dû fermer, mais ont pu rouvrir s'ils se sont remis aux normes. Pour que tout le monde soit un peu au même niveau. Pour l'histoire chacun apporte un peu des détails que l'autre ne sait pas. Il y a des bouquins mais je trouve que c'est assez flou. On voit bien que l'ostéopathie et la chiropraxie ça a une histoire commune et que après ça s'est un peu séparé, chacun a eu des doctrines et des points de vues différents.

Avez-vous quelque chose à ajouter?

**C1** : Les chiropracteurs ont une vision globale, on ne va pas se concentrer que sur la zone qui a un problème. Tout travail en synchronisation. Par exemple pour une épaule on va quand même regarder de la tête au pied. Ça peut être un problème de genoux ou de bassin opposé.

Cela sera donc plutôt mécanique?

**C1** : Cela peut être un problème mécanique de compensation. Mais aussi une bonne composante psychosomatique émotionnelle. Souvent on a beau travailler dessus mécaniquement, faire des manipulations et autres mais cela revient tout le temps. Donc parfois, si on est formé bien évidemment, cela vaut le coup d'aller voir plus loin au niveau émotionnelle si ce n'est pas le corps qui exprime ce trouble émotionnelle.

Avez-vous d'autres choses à ajouter?

**C1** : Non c'est bon.

---

## Interview C2 (n°10)

Peux-tu m'expliquer en quoi consiste ton métier ?

**C2** : C'est de faire en sorte que ton corps fonctionne au maximum de ses capacités. C'est à dire, il faut que tes articulations bougent comme il faut, que chaque articulation remplisse bien sa fonction, pour pas que cela entraîne de déséquilibre et à la longue une usure prématurée des articulations, et que tu utilises plus certains muscles que d'autres. Et que donc cela crée des

compensations, des déséquilibres, et des douleurs à long terme. Je vais veiller au bon fonctionnement de ton corps en général.

Dans un traitement, que vas-tu utiliser pour parvenir à cela?

**C2** : La manipulation, je donne des exercices à mon patient. Je peux agir sur le muscle, ses tendons. Enfin cela dépend du patient que j'ai en face de moi.

Que cherches-tu chez ton patient ?

**C2** : Je cherche l'origine de ses douleurs, à cause de quoi. Je cherche pourquoi le patient vient me voir, pourquoi il a mal au dos, pourquoi il traîne ça depuis si longtemps et surtout pourquoi cela peut revenir.

Pourrais-tu me donner un exemple ?

**C2** : Une personne peut venir avec un mal de dos, et cela peut être à cause d'une entorse de cheville mal soignée, ou à cause de sa mâchoire, sa posture en générale, ses habitudes de vie, enfin plein de choses.

Quelles pathologies vas-tu traiter dans ton métier ?

**C2** : Essentiellement des problèmes de dos et tout ce qui se réfère au rachis. Cela peut être des cervicalgies, des entorses, enfin ce que l'entorse va entraîner chez toi au fil du temps. Cela peut être des problèmes de sciatiques, tout un tas de chose.

Tu as parlé des articulations, il me semble d'après ce que j'ai pu lire que vous agissez également sur les nerfs en chiropraxie ?

**C2** : Oui sur le système nerveux.

Par les manipulations surtout ?

**C2** : Oui entre autre, il y a également d'autres moyens. On va stimuler des points neuro-lymphatiques, neuro-musculaires. Partout où il y a une articulation, un muscle, tout ce qui se réfère à ton corps, il y a un nerf qui vient pour diriger cette fonction là.

Pourrais-tu m'expliquer les origines de la chiropraxie ? J'ai pu recueillir des informations mais j'en ai sûrement raté.

**C2** : Cela a été fondé aux États-Unis à la fin du 19e siècle, par BJ ou DD Palmer je ne me souviens jamais de l'ordre, je ne sais plus exactement ce qu'il faisait. En tout cas il n'était pas du tout dans la médecine. Il suivait il me semble un ostéopathe, Andrew Taylor Still c'est ça ?

Concrètement, ce n'est pas sûr, selon les sources certains disent qu'il a été élève de Still, d'autres non.

**C2** : En tout cas ce que j'ai appris c'était ça. Et il n'avait pas le même point de vue, c'est que Palmer parlait du principe que c'était le système nerveux qui contrôlait l'ensemble des fonctions dans ton corps. Et pour Still c'était les fluides, la lymphe et le réseau lymphatique qui contrôlait tout. Donc ils ont eu cette différence là et c'est de là qu'est né la chiropraxie. Pour moi c'est de là qu'a commencé la différence entre la chiropraxie et l'ostéopathie. Par la suite c'est arrivé assez tard en France, l'école a été fondé vers les années 1990. Il n'y a qu'une école en France.

Il y a deux pôles, un à Paris et un à Toulouse c'est bien ça ?

**C2** : Oui mais c'est la même école.

Est-ce qu'il existe des courants différents en chiropraxie ?

**C2** : Oui il y en a. Il y a le courant vitaliste, Le courant biomécanique, il y a ceux qui ne croient que en la science.

Peux-tu m'expliquer le courant vitaliste?

**C2** : Je ne serai pas trop te dire.

Et dans le Courant biomécanique c'est forcément des gens qui sont très axés sur la science ou pas forcément?

**C2** : Plutôt oui, c'est plutôt des gens cartésiens.

Ton métier est une thérapie manuelle, tu as parlé de l'ostéopathie déjà, mais connais-tu d'autres métiers de thérapie manuelle?

**C2** : Je connais l'étiopathie.

Connais-tu les points communs et les différences avec l'étiopathie?

**C2** : non, je ne me suis jamais intéressé. Et je crois que c'est tout ce que je connais.

Savais-tu qu'il y a également les médecins qui se forme à l'ostéopathie?

**C2** : Oui, oui.

Les kinés aussi travaillent en manuel, saurais-tu m'expliquer les points communs et les différences avec ton métier?

**C2** : Pour moi on ne fait pas du tout le même métier. Pour moi le kiné, son job c'est de faire de la rééducation. Par exemple si tu vas avoir un trauma, lorsque tu vas sortir de ta phase de cicatrisation osseuse, tissulaire, etc c'est de retrouver une fonction. Et les mouvements que tu n'as pas pu faire pendant un certain temps. Donc c'est rééduquer ton membre, réapprendre à ton système nerveux et ton cerveau à refaire ce mouvement là.

Tout à l'heure tu me disais que pour toi la différence entre la chiropraxie et l'ostéopathie c'était surtout par rapport au neurologique et au lymphatique. Penses-tu qu'il existe quand même des points communs, et existe-t-il d'autres différences?

**C2** : Oui bien sûr qu'il existe des points communs et d'autres différences. Après, c'est au niveau de la philosophie. Je ne connais pas la philosophie de l'ostéopathie. Alors c'est valable aussi en chiropraxie, mais il y a 1000 philosophie. Et donc d'expliquer la différence entre ce qu'est un chiropracteur et un ostéopathe me paraît compliqué.

Et donc en chiropraxie il existe plusieurs philosophies différentes?

**C2** : Oui mais au final on considère toujours le corps, ton système nerveux, tes articulations et tes muscles. Après c'est sûr qu'il existe des philosophies différentes selon les personnes.

Existe-t-il des contres-indications en chiropraxie dans la prise en charge des patients?

**C2** : Oui tout ce qui est pathologie type cancer etc, je ne peux pas soigner.

Bien que tu ne puisses pas les soigner, pourrais-tu tout de même être amené à prendre en charge un patient atteint de cancer?

**C2** : Oui je pourrais être amené à le prendre en charge pour l'aider sur certaines douleurs, aider son système nerveux à mieux fonctionner. Mais je ne vais pas soigner son cancer.

Es-tu amené à échanger au sujet de patients avec d'autres thérapeutes manuels?

**C2** : Oui, avec des kinésithérapeutes. Je travaille dans un cabinet où il y a également des kinésithérapeutes. On est amené à s'échanger les patients dans leur prise en charge.

Y a-t-il d'autres thérapeutes avec qui tu échanges que ce soit en thérapie manuelle ou avec d'autres?

**C2** : Avec les médecins généralistes qui m'envoient des patients, et avec qui je vais me tourner aussi si j'ai besoin d'examen complémentaires ou de diagnostic médicaux.

Et avec d'autres chiropracteurs aussi?

**C2** :Oui très souvent cela m'arrive de discuter avec d'autres chiropracteurs mais pas de s'échanger des patients.

As tu des choses à rajouter d'une manière globale?

**C2** : Non

Est-ce que pendant l'entretien tu t'es senti limité dans tes connaissances pour pouvoir y répondre? Que ce soit par rapport à ton métier ou sur les autres métiers?

**C2** :Sur la chiro non, mais sur les autres métiers oui. Ainsi que sur les différents courants de la chiropraxie.

Sur les différents courants de la chiropraxie, Pourquoi t'es tu senti limité? Est-ce par manque d'informations ou pour une autre raison?

**C2** : C'est parce que c'est très personnel et que cela dépend de la philosophie de chacun. Il y a certains thérapeutes Qui vont également travailler sur le côté émotionnel, qui personnellement me parle moins.

---

### Interview C3 (n°14)

Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste votre métier ?

**C3** : La chiropraxie est une profession de santé manuelle dont le champ d'application légal en France est le trouble neuro-musculo-squelettique de l'appareil locomoteur. On utilise ce qu'on appelle des ajustements, ce sont des manipulations articulaires, qui peuvent être au niveau vertébral ou périphérique selon le cas du patient. On travaille beaucoup sur le système nerveux. L'ajustement permet de stimuler différentes parties du système nerveux. Spécifiquement en France, on est habilité au diagnostic, au diagnostic d'exclusion, afin de savoir si le cas du patient rentre dans notre champ de compétence. C'est aussi une grosse part du métier.

Vous disiez que vous travaillez aussi bien sur la colonne que sur les articulations périphériques, ainsi que sur le système nerveux. Est-ce que lorsque vous manipulez des articulations même périphérique, vous restez accès sur le système nerveux , ou travaillez-vous aussi les articulations périphériques indépendamment sans prendre en compte le système nerveux ?

**C3** : On peut faire l'un indépendamment de l'autre. Cependant lorsqu'on travaille sur une articulation, il y a toujours des mécano-récepteurs, donc c'est impossible de ne pas travailler sur le système nerveux. Je pense que les ostéopathes le font également. Maintenant oui dans certains cas,on va chercher une décompression articulaire en premier plan, et la stimulation des mécano-récepteurs va passer en second plan. Dans certains cas de sciatiques par exemple on va utiliser des blocs, et le but principal de la manœuvre va être de relâcher la compression qu'il va y avoir au niveau du disque, et donc là, la stimulation des mécano-récepteurs passe très clairement au second plan.

Vous avez dit utiliser des blocs, pouvez-vous m'expliquer ce que c'est ?

**C3** : Les blocs se sont des des blocs en bois ou en mousse qui ont une forme triangulaire et qu'on utilise pour corriger la position du bassin chez certains patients. On peut l'utiliser pour retirer de la pression au niveau du bassin également. Cela fait partie d'une technique qui a été développée par un chiropracteur, Major DeJarnette, qui était ostéopathe également il me semble. Maintenant il y a énormément de chiropracteurs qui utilisent les blocs en dehors de la technique pure de DeJarnette. Il me semble que certains orthopédistes aussi les utilisent.

Lorsqu'un patient arrive à votre cabinet, quelle va être votre démarche pour le traiter?

**C3** : On va faire une partie d'anamnèse. Chez nous spécifiquement, il va remplir un questionnaire sur ses antécédents. On va avoir un examen clinique, et en fonction des informations qu'on a récoltées, on va poser un diagnostic. D'abord un diagnostic d'exclusion pour être sur que les

problèmes pour lesquels il vient rentrer dans notre champ de compétence. Et ensuite un diagnostic spécifique sur le plan chiropratique. Et ensuite on rentre dans le soin chiropratique pure.

Qu'est-ce qui va vous décider à faire telle ou telle technique sur votre patient ?

**C3** : Il y a une multitude de facteurs, la présentation clinique. Pour donner un exemple très concret, lors d'une manipulation assistée avec un drop, cela est très fortement contre-indiqué dans une pathologie discale. Les patients supportent très mal les vibrations au niveau de leur disque, donc cela va être un facteur en fonction du cas du patient qui va nous dire si telle ou telle technique est indiquée. Ensuite suivant les indicateurs posturaux par exemple, on va travailler plus sur un bassin ou sur les cervicales. Il y a une certaine technique chiropratique, comme la technique Thompson, qui possède un système de priorité et qui utilise des indicateurs comme la longueur de jambe par exemple. Il peut y avoir une pseudo jambe courte, qui couplée avec d'autres indicateurs, va permettre de savoir si le patient a plus besoin d'une technique lombaire par exemple.

Donc si je comprends bien, vous avez un ensemble d'indicateurs qui vous permettent de choisir vos techniques.

**C3** : Oui, c'est à peu près ça.

Donc vous utilisez les manipulations, les drops, les cales de DeJarnette, est-ce que vous utilisez d'autres techniques ou outils ?

**C3** : Oui, pour le diagnostic on utilise des capteurs de pressions notamment pour évaluer la résistance à la douleur d'un patient à certains niveaux. On utilise toute la panoplie des instruments pour l'examen des atteintes neurologiques. On utilise un outil Graston pour faire du travail musculaire chez certains patients. De tête ce sont les principaux.

Pourriez-vous me donner des informations sur les origines de la chiropraxie.

**C3** : C'est une profession qui a été formé en 1895 par DD Palmer aux Etats-unis. Le folklore dit que le premier patient qu'il aurait ajusté serait le garçon d'ascenseur de son immeuble qui avait un problème d'audition. Il lui aurait trouvé une vertèbre thoracique haute en protrusion par rapport aux autres vertèbres, il aurait appuyé dessus et hallelujah l'audition de ce monsieur serait revenu. Cela relève un peu du folklore. Après, La théorie de base de Palmer était que la force vitale du corps, le pouvoir de guérison du corps, était propagé à travers le corps via la système nerveux, et que toute interférence sur le passage du système nerveux causerait des troubles dans le corps. Donc le but du jeu c'était de chercher la vertèbre d'où part le nerf et d'agir dessus afin de diminuer la pression sur le nerf. En très très gros voilà un peu l'histoire de la chiropraxie.

Et donc cette notion de nerf, est-ce que vous l'avez toujours ou est-ce que cela a évolué ?

**C3** : La notion de nerf pincé ?

Oui, la notion de nerf pincé, ou le fait que s'il y a un obstacle sur le trajet du nerf cela peut être l'origine de la pathologie. Êtes-vous toujours ancré là dedans, ou il y a t-il d'autres courants qui se sont développés ?

**C3** : Oui, il y a définitivement d'autres courants qui se sont développés. Maintenant la notion du nerf pincé par la vertèbre, ça on ne l'a plus et plus personne ne l'a, tout simplement parce qu'elle est fautive. Mais dans le cas d'une hernie discale, oui on l'a encore car dans le cas d'une hernie discale compressive, le nerf est pincé par la hernie en l'occurrence. D'un point de vue plus général la notion d'interférence sur le trajet du système nerveux, ça on l'a encore, et à mon sens à juste titre. Puisque que même s'il n'y a pas de vertèbre « déplacée » qui va pincer le nerf, une restriction articulaire aura un effet sur le système nerveux, au minimum localement mais éventuellement à distance également. Cela reste de la théorie mais on a gardé cette notion.

Quels courants différents se sont développés en chiropraxie ?

**C3** : La plupart des chiropracteurs ont un point de vue mécanique. À leur sens, ils ne travaillent pas sur le système nerveux mais sur les articulations. Leur rôle va être de dépressuriser on va dire les articulations, avec des ajustements. Ce que je vous dit reste une généralisation. Donc ça c'est

un courant, la profession va avoir un spectre de pratique. D'un côté on va avoir une pratique vitaliste et énergétique. Ils vont vraiment être dans l'aspect retirer les interférences de la circulations de l'information nerveuse, l'énergie vitale d'après Palmer. Le but de la manœuvre c'est d'avoir un fonctionnement optimal du système nerveux. Ils vont avoir une pratique très différente de ce qu'on appelle un mécaniste. Le vitaliste ne va pas s'occuper du diagnostic autre que chiropratique. Et entre les deux on va avoir ce qu'on appelle les mixeurs aux États-unis. C'est quelqu'un qui est capable de faire un diagnostic clinique correct, qui va avoir un diagnostic d'exclusion, et qui à partir de là va, quand il va rentrer dans son traitement va avoir une pratique vitaliste.

On va passer à une autre parti, au sujet d'autres métiers de thérapie manuelle, je vais vous citer ceux que j'ai étudiés dans mon mémoire. Connaissez-vous l'étiopathie ?

**C3** : Alors je connais de nom seulement, je ne sais pas du tout ce qu'ils font mais j'en ai déjà entendu parler.

Avez-vous chercher à approfondir la question ?

**C3** : Non je vous avoue jamais, je ne me suis jamais penché sur la question.

Connaissez-vous l'ostéopathie ?

**C3** : Oui, un petit peu plus que de nom. Je m'étais intéressé aux origines et aux fondements de l'ostéopathie. L'ostéopathie et la chiropraxie sont apparus à la même époque aux États-unis. Still et Palmer à priori se connaissaient donc oui j'en connais un peu plus.

Et pour vous, quels seraient les points communs et les différences entre la chiropraxie et l'ostéopathie ?

**C3** : Au jour d'aujourd'hui les limites sont assez floues puisque la plupart des ostéopathes vont faire des ajustements. J'ai même retrouvé des photos de cours d'école d'ostéopathie avec les Palmer dessus. Donc il y a un mélange qui s'est fait. À mon sens, un ostéopathe va travailler sur les fluides dans le corps, la loi des artères, l'homéostasie, ce qu'un chiropracteur ne va pas faire. Il y a beaucoup d'ostéopathes que je connais qui travaillent les mouvements des os du crâne. Ils vont chercher à travailler le flux du liquide-céphalo-rachidien, ce que très peu de chiropracteurs font. C'est quelque chose qui fait partie de la technique de DeJarnette, mais très peu de chiropracteurs aujourd'hui vont travailler sur la mobilité du crâne alors que la plupart des ostéopathes que je connais vont également faire un travail sur le crâne.

Saviez-vous qu'il y a des médecins qui se forment également en ostéopathie ?

**C3** : Oui les médecins, les kinésithérapeutes également. Il me semble qu'il y avait pendant longtemps des passerelles pour devenir ostéopathes quand on était déjà membre du corps médical, enfin certains membres du corps médical.

Et les kinésithérapeutes, connaissez-vous leur métier ?

**C3** : Oui, je pense connaître, je leur envoie suffisamment de patients donc j'espère que je connais.

Pour vous quels sont les points communs et les différences avec votre métier ?

**C3** : Pour moi, un kinésithérapeute va faire de la rééducation et réhabilitation musculaire. Dans le parcours de soin français c'est un thérapeute de second contact, il ne va pas avoir l'accès au diagnostic, ça c'est une différence. La kinésithérapie c'est le soin par le mouvement, donc un kinésithérapeute il va faire des mobilisations mais pas forcément des manipulations articulaires. Personnellement quand j'envoie un patient vers un kinésithérapeute c'est qu'il a une blessure spécifique musculaire qui ne se soigne pas et il y a un traitement de rééducation à faire en actif. Il va plutôt travailler sur les conséquences du problème.

Vous avez déjà plus ou moins répondu à la question suivante qui est de savoir si vous échangez avec d'autres thérapeutes au sujet de vos patients, vous avez évoqué les kinésithérapeutes, est-ce qu'il y en a d'autres ?

**C3** : On échange beaucoup avec d'autres thérapeutes. On réfère à des orthophonistes, psychomotriciens, des radiologues évidemment. Je n'ai pas encore eu besoin de référer à un médecin par nécessité thérapeutique. Un patient qui a une douleur trop intense et qui va devoir être réorienté voir de se faire opérer, cela ne m'est pas encore arrivé et j'espère que ça durera le plus longtemps possible. Dans mon ancienne région, je travaillais avec un ostéopathe également, principalement pour le travail crânien et pour des troubles fonctionnels digestifs. Ici, à Bordeaux, je ne connais pas personnellement des ostéopathes et qui bossent comme ça.

On arrive à la fin de l'entretien, je voulais savoir si vous vous êtes senti limité pendant l'entretien dans vos connaissances pour répondre à mes questions ?

**C3** : Alors oui, un petit peu oui parce qu'il y a pas mal de choses que j'oublie... Parce qu'il y a certaines choses que je n'ai pas regardées depuis longtemps donc ma mémoire flanche. J'espère ne pas avoir dit trop de bêtises.

Et il y a-t-il quelque chose que vous souhaiteriez ajouter ?

**C3** : Non, peut-être pourriez vous me parler de votre métier? Est-ce qu'il y a quelque chose que je ne connais pas de l'ostéopathie ?

Si cela ne vous dérange pas, je vais d'abord couper l'enregistrement afin de finir l'interview et on pourra en parler ensuite à moins que vous souhaitiez rajouter quelque chose ?

**C3** : Non très bien.

---

#### **Interview C4 (n°15)**

Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste votre métier?

**C4** : Mon métier c'est une thérapie manuelle qui part du principe que le système nerveux est le chef d'orchestre et donc s'il peut exercer sa fonction correctement, tout va bien. Ça c'est le postulat de départ, c'est ce qui fait qu'on traite en particulier la colonne vertébrale mais on traite l'ensemble du corps, l'ensemble des articulations etc. Donc quelque soit le motif de consultation, on va chercher à déterminer quand c'est possible un diagnostic de type médical et à partir de ce diagnostic de travail qui nous permet d'évaluer si le patient relève de notre compétence ou pas, on va travailler sur les différentes dysfonctions qui sont liées à la pathologie en question. Donc il va y avoir un travail loco-régional et un travail de toute façon sur l'ensemble puisque on parle de l'interdépendance régionale c'est-à-dire que si un élément ne peut pas travailler correctement, ils reportent les contraintes sur une autre zone.

Si je comprends bien, on va dire qu'il y a deux versants, avec un premier qui concerne les nerfs et la colonne vertébrale et un autre mécanique?

**C4** : Oui, biomécanique. Ça ne va pas être purement articulaire, il va y avoir des techniques articulaires, musculaires, sur les fascias, tous les tenants et aboutissants qui peuvent améliorer le patient.

Vous démarrez par un bilan médical qui est votre diagnostic d'exclusion c'est ça?

**C4** : Alors il y a la 1ère étape qui est l'anamnèse où on décrit le motif de consultation, les circonstances d'apparition, les horaires, les facteurs aggravants, soulageant, etc. De cette anamnèse, après il y a un interrogatoire sur l'anamnèse générale, sur tout ce qui peut être concomitant, tout ce qui est problème cardiovasculaire, respiratoire etc. On fait une revue des systèmes, au cas où il puisse exister un lien entre le motif de consultation et une condition d'ordre

organique auquel cas ça peut révéler une non indication ou contre indication. De toute façon, il y a un examen clinique qui s'en suit pour déterminer au mieux le tissu qui est atteint et ses répercussions éventuelles. Donc des tests neurologiques, orthopédiques, et/ou fonctionnels quand c'est pertinent. À partir de là on détermine le diagnostic de travail, si on prend en charge ou pas et à partir de là on travaille.

Dans votre examen clinique, dans les différents tests qu'est-ce qui va vous guider pour savoir quelle zone travailler, quelles techniques utiliser?

**C4** : C'est une question délicate car trop généraliste car c'est au cas par cas. En gros on va réaliser un examen clinique le plus complet et pertinent possible et de cet examen on va retenir un certain nombre d'éléments.

Ça peut être quoi ces éléments?

**C4** : Ça peut être un test orthopédique qui est positif, un test neurologique qui est positif, un test fonctionnel qui montre une diminution d'amplitude ou une douleur même s'il n'y a pas vraiment de diminution d'amplitude, on va retrouver une manière de réaliser le test qui montre que le patient triche entre guillemet pour arriver à un test apparemment normal mais en fait il engage une stratégie d'évitement. C'est un jeu de question réponse, donc on va garder un certain nombre de test qui vont nous servir d'indicateurs et on va proposer des corrections qui seraient susceptibles de solutionner le problème et on va retester derrière immédiatement pour voir si on a une amélioration notable ou pas ou une petite amélioration ou pas du tout etc. Donc travailler de manière empirique comme ça. Et c'est ce qui va nous permettre aussi d'affiner le diagnostic de travail et donc de proposer la prise en charge la plus adaptée possible tant au cours de la consultation, que en vue d'éventuelles consultations futures si nécessaire.

Vous avez évoqué différents systèmes, est-ce que en chiropraxie vous êtes amené à traiter tout ce qui est viscéral ou crânien?

**C4** : Pas dans la formation initiale mais moi à titre personnel je me suis intéressé des le début, je me suis renseigné. Le crânien il y en a un peu dans certaines techniques, le viscéral pareil mais ce n'est pas quelque chose qui est très développé chez nous. C'est vraiment les ostéopathes qui ont développé ces techniques et comme on est habilité entre guillemet à utiliser aussi ces techniques là, je me suis formé de mon côté à diverses techniques. Mais je ne les utilise pas comme ça peut être utilisé en ostéopathie comme techniques exclusives. On voit en ostéopathie ceux qui font que du crânien, que du viscéral ou que du structurel. Sans ma pratique je me diversifie pour avoir un maximum d'outils à ma disposition pour pouvoir m'adresser du mieux possible au patient et à ses besoins.

Dans les techniques que vous utilisez vous avez tout ce qui est articulaire c'est-à-dire à dire manipulations?

**C4** : Manipulations, mobilisations aussi.

Il me semble que vous utilisez certains outils?

**C4** : Ce sont des aides entre guillemets, ce n'est pas l'outil qui fait le travail mais c'est une extension. Sur les tables qu'on utilise, on a des drops qui permettent de stimuler une articulation sans mise en tension. Il y a des petits systèmes de percuteurs soit manuels ou assisté, pneumatiques ou électriques qui permettent de stimuler telle ou telle zone avec une direction précise. Personnellement j'utilise du tape aussi par exemple. Après ce sont des choses qui peuvent s'emprunter à la physiothérapie. Parfois des exercices en cours de séance qui vont nous permettre de renforcer une chaîne cinétique. C'est du matériel qui est une aide mais qui ne fait pas seul le travail. Ça passe au maximum par les mains par définition.

Est-ce qu'il y a eu différents courants en chiropraxie qui se sont développés?

**C4** : Oui forcément, avec le temps. Peut-être que c'est moins marqué qu'en ostéopathie dans les faits j'entends, mais pendant quelques décennies un combat mécaniste contre vitaliste. Les vitalistes prétendant se tourner vers des techniques plus subtiles, moins centrées sur la

manipulation de la colonne vertébrale etc. Il y a eu un dualisme « Straight » et « Diversify ». « Straight » ils ne travaillent que sur la colonne et « Diversify » qui vont travailler sur des chevilles etc. Maintenant ces éléments sont un peu obsolètes, ces dualités sont obsolètes car c'est en fonction de nos affinités personnelles en tant que thérapeute, on va se tourner vers les outils qui nous correspondent le mieux. Donc effectivement tous les patients ne vont pas répondre de la même manière à tous les outils. Après c'est valable dans n'importe quelle profession holistique, c'est que tout le monde ne répond pas à l'acupuncture ou à la médecine ayurvédique, à la phytothérapie etc. C'est la dualité obsolète car il y a une volonté de trouver la solution magique qui s'adresse à tout le monde sauf que ça n'existe pas. Donc je travaille avec les outils qui me correspondent intellectuellement et après de manière pragmatique, j'ai envie de travailler avec mes mains, de me servir au maximum d'éléments les plus objectivables possible et c'est ce qui correspond à ma manière de travailler. Ça ne me ferme pas par rapport aux autres techniques. En 16 ans de pratique, il y a pas mal de choses qui ont évoluées. J'ai intégré pas mal de choses, des petites choses piochées à droite et à gauche et je ne travaille pas techniquement parlant de manière exclusive avec une seule boîte à outils. C'est un gros avantage car il y a un espace de liberté derrière qui est à mettre en application. Je me suis formé un peu à la réflexologie également.

Vous avez parlé des ostéopathes et des physiothérapeutes, pour vous ce serait quoi les différences et points communs avec votre métier?

**C4** : L'élément sur lequel j'insiste lorsque c'est un patient potentiel qui me pose la question. C'est la notion de suivi, de prise en charge du patient en intégrant le temps et de ne pas simplement tenir compte du symptôme ou de la douleur. Globalement la première visite permet d'établir un point de départ par rapport à une lésion, un syndrome, une dysfonction qui va me permettre d'avoir une idée du temps nécessaire à la récupération et dans ce laps de temps, comment moi en tant que chiropracteur je pourrai intervenir et comment le patient de son côté va devoir intervenir avec des exercices, des modifications de son poste de travail, des conseils et recommandations. C'est plus sur la notion de continuité qu'on se distingue. En gros c'est pas rappelez moi quand vous avez mal.

Et avec les kinésithérapeutes?

**C4** : La grosse différence c'est qu'on est autonome, nous posons le diagnostic de travail initial et même si le patient vient avec un diagnostic posé par un médecin, on va systématiquement refaire un examen clinique pour affiner au mieux le diagnostic, alors parfois on tombe d'accord ou pas mais peu importe, l'idée étant de proposer une stratégie de récupération. Et notre différence avec le kinésithérapeute est que bien souvent le kinésithérapeute travaille sur du loco régional et ils le font très bien s'ils sont compétents. Alors que nous, même si on va pas travailler sur le loco régional, ce que je suggérerais tout à l'heure, c'est que à travers la notion d'interdépendance régional on va agir dessus. C'est-à-dire que pour une tendinite de l'épaule par exemple, le kinésithérapeute va faire tout le travail sur le supra-épineux par exemple qui est le plus touché. Nous on va s'assurer que la coordination entre la scapula et la gléno-humérale fonctionne bien, que la fonction vertébrale associée fonctionne bien c'est-à-dire que ça peut être complémentaire à ce que fait le kinésithérapeute et potentialiser le travail qu'il fait de son côté.

Est-ce que vous connaissez l'étiopathie?

**C4** : Je connais, j'ai entendu parler. C'est la plus récente des trois disciplines puisque son fondateur piochait et chez les chiropracteurs et chez les ostéopathes aux États-Unis les différents raisonnements et techniques qui en fait l'étiopathie.

C'est ça pour vous la différence, un mixte un peu des deux?

**C4** : Oui mais je ne connais pas assez pour vraiment faire ça. C'est un mec qui est ni diplômé de chiropraxie ni d'ostéopathie ça c'est sûr et qui a fait sa tambouille en revenant en Europe car ça n'existe qu'en Europe. Si vous allez aux États-Unis d'où naissent la chiropraxie ou l'ostéopathie, même l'ostéopathie est très différente de ce qu'on connaît nous en Europe et l'étiopathie je ne sais même pas si ça existe la bas.

Est-ce que vous savez qu'il y a quelques médecins qui se forment en ostéopathie?

**C4** : Oui bien sur, c'est même les premiers en France à avoir eu accès à la formation, puis les kinésithérapeutes, puis les formations à temps complets sont apparus.

Est-ce que vous pensez qu'il y a une différence entre les médecins ostéopathes et les ostéopathes?

**C4** : Je pense qu'il y a une différence fondamentale car le médecin qui complète sa formation médicale par l'ostéopathie va avoir des outils thérapeutiques mais il va les utiliser à travers des raisonnements plus médicaux, donc de manière moins ostéopathique pure.

Est-ce que pour vous ça engendre des différences autres? Il y a t-il moins de différences entre un médecin ostéopathe et un chiropracteur qu'avec un ostéopathe non médecin?

**C4** : Non absolument pas. Il peut y avoir plus de différences entre deux chiropracteurs qu'entre un ostéopathe et un chiropracteur, ou qu'entre deux ostéopathes. Pour preuve, je collabore avec un ostéopathe dans mon deuxième cabinet et avant de collaborer on a beaucoup échangé et en fait on a un raisonnement tout à fait similaire. On a des outils de diagnostics et thérapeutiques un peu différents c'est normal mais j'ai plus de facilité à communiquer avec lui qu'avec certains de mes confrères. Pour moi ce n'est pas tant le label qui fait le professionnel, c'est la mentalité de la personne. Dans le 2eme cabinet que j'évoquais, je travaille avec des kinésithérapeutes avec qui on communique, on a des patients en commun, on travaille en collaboration. Ils comprennent bien ce que je fais et vis versa. Je leur donne desfois des directives pour privilégier de travailler sur tel ou tel élément etc. C'est surtout une question de mentalité que le diplôme et heureusement.

Alors vous avez déjà en partie répondu à la prochaine question. Mais est-ce que à part les kinésithérapeutes et les ostéopathes vous êtes amené à travailler avec d'autres thérapeutes manuels ou autres professions?

**C4** : Un tout petit peu avec certains médecins qui ont pigés ce qu'on faisait mais ça reste relativement rare. Après ça peut être en complément d'orthophonie, de psychologie, potentiellement tout ce qui va servir aux patients. Je travaille ici avec une naturopathe. C'est en fonction des besoins puisque moi le côté nutrition j'ai quelques bases mais ce n'est pas mon travail donc s'il y a une composante alimentaire évidente, je renvoie vers le professionnel compétent. On ne peut pas tout faire et être bon partout et il y a des choses dans lesquelles on va pouvoir répondre et développer une certaine excellence. Mais à vouloir tout couvrir, c'est compliqué d'avoir une compétence absolue à moins d'avoir des années et des années d'expériences et d'avoir pu éprouver un certains nombre de chose.

Merci, nous arrivons à la fin de l'entretien. Vous êtes-vous senti limité dans vos connaissances au cours de cet entretien par rapport aux questions que je vous ai posées? Et si oui ou non pour quelles raisons ?

**C4** : Non, ça fait assez longtemps que j'exerce ce métier. Après c'est mon rapport personnel.

Est-ce que vous auriez des choses à rajouter sur le sujet?

**C4** : Aux futurs chiropracteurs, j'essaie de transmettre avec un état d'esprit d'ouverture et pas d'exclusivité car on a des lacunes aussi. La formation ne peut pas tout couvrir même si ça couvre beaucoup. Mais 5 ans à temps plein ne suffisent pas pour faire un chiropracteur, ça suffit pour avoir le diplôme et pouvoir exercer et développer sa vie professionnelle par la suite.

---

## Interview E1 (n°3)

Est-ce que vous pouvez m'expliquer en quoi consiste votre métier ?

**E1** : Alors mon métier c'est une thérapie manuelle qui permet d'aller à la cause de la douleur de mon patient pour les soulager. L'idée c'est vraiment par exemple, si la personne vient pour une douleur d'épaule, de poser les questions pour savoir le contexte d'apparition de la douleur. Savoir

si c'est de notre ressort et ensuite si ça l'est, venir regarder et travailler déjà localement au niveau de l'épaule, et parfois également aller travailler au niveau des cervicales. Au niveau de la commande nerveuse des muscles de l'épaule, et de l'articulation de l'épaule directement. On travaille sur plusieurs systèmes, notamment le système digestif, le système articulaire, vertébrale, ORL, et gynéco.

Sur ces différents systèmes, sur quoi travaillez-vous?

**E1** : cela dépend, s'il s'agit du système articulaire lorsqu'il y a une entorse par exemple. Il y a assez souvent un déplacement articulaire, qui provoque un étirement ligamentaire. L'idée est quand même de pouvoir remettre l'articulation en place. Et ça peut être le cas aussi pour le système vertébrale, même si le "déplacement" va être une affaire de mm. Cela sera suffisant pour venir perturber la formation sur le trajet du nerf par exemple. Après pour tout ce qui est viscérale on peut travailler sur les spasmes qui peuvent survenir après une alimentation inadaptée, ou avec un facteur stress, ou tout simplement quelqu'un qui prend un coup dans le ventre. Et qui à la suite de ça va avoir pas mal de soucis comme par exemple les reflux etc.

Connaissez-vous les origines de l'étiopathie?

**E1** : L'étiopathie a été créée en 1963 par Christian Trédaniel, Suite à un problème de sciatique (patient qui sonne au cabinet) et ne trouvant pas de solution à son problème, il est allé voir plusieurs Rebouteurs. C'est un rebouteur, je ne me rappelle plus de son nom, qui l'a sorti d'affaire. À la suite de ça il s'est dit que ce serait bien de trouver des solutions pour les personnes qui se retrouvent dans la même situation que lui, à arrêter le sport et qui souffrent de la douleur. Il s'est donc penché sur les thérapies manuelles, l'ostéopathie, la chiropraxie. Ces différentes disciplines ne lui correspondaient pas donc à la suite de ça, il s'est dit qu'il allait créer sa propre discipline l'étiopathie. Il y a rajouté une partie raisonnement qui est vraiment basée sur la physiologie. Au niveau de l'origine du mot étiopathie "etio" ça veut dire cause Et "pathie" la souffrance. Ça vient du grec.

Pour rebondir sur le rebouteur dont vous parliez, est-ce que si je vous parle de De Sambucy ça vous dit quelque chose ou pas?

**E1** : Oui tout à fait, je sais qu'il s'est beaucoup formé auprès de lui et qu'ils ont échangé mais je ne suis pas sûr que ce soit lui le rebouteur.

Quels sont les domaines d'applications de l'étiopathie?

**E1** : Par exemple les douleurs de type sciatique, donc sciatalgie, torticolis, névralgies, entorses, s'il n'y a pas de fractures ou d'arrachement ligamentaire. On ne prétend pas résoudre ce genre de problème. À partir du moment où il y a un problème irréversible, une lésion irréversible, cela n'est plus de notre ressort. Après il y a certains problèmes de constipation chronique, de diarrhée, de reflux, les règles douloureuses également. C'est un problème de maux de tête, pas tous évidemment car cela dépend bien sûr des causes. Les douleurs lombaires, les douleurs cervicales, dorsales, tendinite. C'est assez vaste. Il y a aussi pour les problèmes chroniques, personnellement j'ai découvert l'étiopathie en me faisant traiter pour des problèmes de sinusite chronique. C'est cela d'ailleurs qui m'a donné envie d'exercer le métier.

Quelles techniques utilisez-vous pour votre traitement?

**E1** : C'est difficile de répondre à cette question, tout va dépendre du traitement. On utilise des techniques manuelles. Par exemple sur une dorsale on va utiliser une compression de poitrine. On utilise principalement des manipulations, on peut aussi avoir recours à des mises en tensions contrariées avec l'aide du patient, afin d'avoir une action semi-directe sur l'articulation que l'on veut mobiliser.

Donc si je comprends bien la plupart du temps vous essayez d'avoir une action directe?

**E1** : Cela dépend des techniques. Mais par exemple pour une cheville on va venir travailler directement la cheville dans la plupart des cas. Après pour les lombaires on a plusieurs techniques comme le lumbarol par exemple.

Est-ce que en étiopathie il y a plusieurs courant qui se sont développées?

**E1** : Non

Connaissez-vous d'autres métiers de thérapie manuelle?

**E1** : Oui bien sûr dans les plus connues il y a l'ostéopathie, après il y a la chiropraxie, Je crois qu'il y a les fasciathérapeutes également, thérapie manuelle où les kinés sont à cheval entre les deux je dirais. Je ne sais pas est-ce que j'en ai oublié?

Il y a les médecins ostéopathes que l'on peut évoquer aussi même s'ils ont le statut d'ostéopathe légalement. Connaissez-vous les points communs et différences de votre métier avec la chiropraxie?

**E1** : La chiropraxie est un métier que je ne connais pas très bien. Non je ne préfère pas parler des différences. Après il me semble que les chiropracteurs ne font pas de viscérale, ni règles douloureuses, après je ne suis pas sûr à 100 % donc je ne préfère pas m'avancer.

Ensuite je sais qu'il y a pas mal de courants d'ostéopathies, dont l'ostéopathie crânienne, il y en a qui font de l'énergétique, d'autres qui travaillent sans faire de manipulations brusques, sans faire de manipulation articulaire en tant que telle. Et ensuite il y en a qui se rapproche un peu plus de ce que l'on fait nous on en étiopathie. Personnellement ce que j'ai compris c'est qu'on utilise pas les techniques de la même façon. On a des techniques qui sont issus des techniques des rebouteux mais on ne va pas les utiliser pour la même chose. Par exemple sur une épaule je ne suis pas sûr qu'on fasse exactement le même travail, En discutant avec des amis ostéopathes, pour moi c'est ce qu'il en est ressorti.

Échangez-vous au sujet de vos patients avec d'autres thérapeutes manuelles?

**E1** : Cela m'arrive parce que ce sont des amis. Déjà avec des confrères étiopathe et ensuite également avec d'autres thérapeutes manuels. Mais après comme on a pas la même approche cela reste quand même différent en terme de discipline.

Êtes vous amené à renvoyer vos patients vers d'autres thérapeutes?

**E1** : Je les renvoie vers des étiopathes. Les ostéopathes je ne connais pas beaucoup, j'ai des amis qu'ils le sont mais ils sont trop loin de mon quartier pour les patients. Je leur parle aussi des kinés, parce que les kinés vont se focaliser sur la rééducation. Donc oui j'essaie d'en parler mais les kinés que je connais ne sont pas dans le quartier, ce qui est compliqué. Pour l'instant je n'ai pas de contact d'autres thérapeutes manuels comme des ostéopathes vers qui envoyer mes patients. Je vais plutôt les renvoyer vers des naturopathes, pour pouvoir renforcer mon travail surtout dans les problèmes de digestion chronique dans lesquelles l'alimentation reste un facteur qui ne faut pas oublier.

Dernières questions, vous êtes vous senti limité lors de cet entretien dans vos connaissances pour répondre à mes questions?

**E1** : Par rapport à la chiropraxie c'est une discipline que je ne connais pas bien, je ne connais pas de chiropracteur, Je ne suis pas sûr de ce qu'il font exactement, je sais qu'ils vont travailler au niveau articulaire Au niveau vertébrale, Mais sur le reste je ne sais pas du tout.

Avez-vous des choses à ajouter pour terminer?

**E1** : Je trouve ça intéressant de savoir dans quelle mesure on pourrait travailler ensemble entre les différents thérapeutes. Même si j'ai l'impression entre guillemet qu'on traite les mêmes choses. Du coup ça me paraît comme ça un peu difficile de travailler ensemble. Par contre là où je pense que ce serait possible c'est pour les patients qui n'aime pas par exemple que ça craque où là ça peut être intéressant de travailler avec d'autres techniques. Votre mémoire m'intéresse car même pour pouvoir répondre aux patients, en général ils demandent plutôt la différence avec l'ostéopathie. Donc je me suis plus renseigné sur l'ostéopathie. Et pour la chiropraxie aussi je trouve ça intéressant.

---

## Interview E2 (n°12)

Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste l'étiopathie ?

**E2 :** C'est une thérapie manuelle qui appréhende le corps humain d'après une approche systémique, c'est-à-dire qui met en relation les différents grands systèmes du corps humain les uns avec les autres et qui permet d'étudier le corps humain d'un point de vue systémique avec une approche déterministe.

Que veut dire déterminisme ?

**E2 :** Le déterminisme Laplacien c'est le fait que dans les mêmes conditions, les mêmes causes produisent toujours les mêmes effets. Ce qui amène à la reproductibilité de la pathologie. Ce qui nous intéresse beaucoup, et cela avec deux aspects différents sur le plan pratique. Le premier c'est de pouvoir transposer la pathologie d'un patient sur un autre. Par exemple lorsqu'on a un trajet précis, comme un trajet sciatique S1, que ce soit chez n'importe quel patient le trajet sciatique S1 correspond à cet étage vertébrale. Mais cela permet aussi d'avoir une analyse causale. Car si chez un même patient le même problème revient toujours cela veut dire que c'est toujours la même pièce, ou le même étage qui est en cause. Donc soit on s'est trompé dans le diagnostic et donc il faut revoir le diagnostic, soit il y a autre chose qui fait que ça revient tout le temps.

Et donc chez votre patient, vous recherchez quoi pour le traiter ?

**E2 :** Alors nous, et c'est ce qui fait la différence avec pas mal d'ostéopathes, c'est l'interrogatoire qui nous donne le diagnostic. Ce n'est pas la palpation. L'interrogatoire va nous amener à rechercher, ce qu'on appelle en étiopathie des phénomènes directeurs, que l'on pourrait appeler en médecine des signes pathognomoniques. Et qui nous permettent d'induire directement la cause du problème. Souvent il s'agit de lésions vertébrales, c'est ce qu'on traite le plus il faut bien le dire. Donc cela nous permet d'induire directement l'étage en cause.

Donc vous faite votre anamnèse avec le patient, puis vous le traiter sans faire de tests avant ?

**E2 :** Exactement. Alors, on peut en faire, cela dépend des praticiens. Pour des fois faire voir au patient les différences avant/après, il y en a qui en font, mais ce n'est pas systématique. Personnellement, souvent je fais juste des tests pour que le patient se rende compte dans le mouvement ce qui fait mal et ce qui ne fait pas mal, avant et après la manipulation pour voir s'il y a une différence etc. Ce n'est pas un outil diagnostic.

Quelles sont les indications principales et les contre-indications à votre pratique ?

**E2 :** Bien évidemment, il y a tout ce qui est diagnostic d'exclusion et urgence chirurgicale. Donc tout ce qui va être anévrisme, tumeur, et tout ce qu'il faut opérer absolument en urgence. Donc ce sont tous les diagnostics d'exclusions, qui sont les mêmes dans toutes les disciplines, on ne va pas se voiler la face. On a tous les mêmes bouquins de cliniques. Par contre au niveau du terrain d'application, on a tout ce qui va être trouble musculo-squelettique quel qu'il soit : tendinite, entorse, foulure, luxation dans une tout petite mesure car on n'en voit pas beaucoup en cabinet. On va également avoir une action sur le viscéral, donc ce qui va être digestif. L'uro-gynécologie aussi éventuellement. Et toute une partie sur la sphère ORL : sinusite, rhinite allergique etc.

Vous avez parlé des manipulations vertébrales comme techniques, en utilisez-vous d'autres ?

**E2 :** Par exemple lorsqu'on va travailler au niveau ORL, on va avoir des techniques spécifiques à cette zone. C'est le même principe pour le viscéral. Cela reste une manipulation, mais on ne va pas mettre un gros thrust par exemple lorsqu'on travail un colon ou un estomac. Cependant il reste tout de même cet aspect manuel.

Vous recherchez à travailler les tissus en viscéral ou plutôt une mobilité ?

**E2 :** Plus une mobilité pour ce qui bouge effectivement. On reste dans les théories car on a pas de tests fait en laboratoire pour le prouver, mais je pense que l'on agit plus au niveau du réflexe

circulatoire au niveau viscéral. Cela doit régler des problèmes de circulation, la mobilisation permet de drainer pas mal de choses.

Pouvez-vous me renseigner sur les origines de l'étiopathie ?

**E2** : Le terme étiopathie a été créé en 1963, par Christian Trédaniel, qui est Français. Suite à des problèmes physiques, une sciatique, qui l'a embêté pendant plusieurs années, et comme la médecine n'arrivait pas à trouver de solution, il s'est mis à chercher d'autres solutions. Dans ses recherches il a fini par arriver chez un médecin qui était un peu particulier à l'époque, Le docteur André De Sambucy de Sorgue. Suite à cela, il a passé pas mal de temps chez ce monsieur en formation. Il a fait une formation d'ostéopathe et s'était installé au début en tant qu'ostéopathe. Et puis très rapidement, il y avait tout une partie de l'ostéopathie, vous savez l'ostéopathie aujourd'hui a beaucoup évolué mais il y a 50 ans, donc c'était une discipline qui venait des États-unis qui était peu connue en fait. Ils étaient partis faire leurs études en Angleterre car il n'y avait pas d'école en France. Et donc il y avait des choses qui ne leurs convenaient pas. Ils étaient avec quelque autres, dont certains que vous connaissez peut-être, comme Michel Sala et Jean-François Terramorsi qui sont des gens assez connus en ostéopathie. Suite à cette formation Trédaniel est parti faire un complément de formation chez les chiropracteurs aux États-unis, à la Palmer School. Lorsqu'il est revenu en France, et avec quelques uns de ses confrères, ils ont décidé de créer une autre méthode parce que cela ne leur convenait pas tout à fait ce qu'ils avaient pu apprendre aussi bien chez les ostéopathes que chez les chiropracteurs, et donc c'est là qu'ils ont créé l'étiopathie. C'est résumé mais voilà en gros l'histoire de l'étiopathie.

On peut classer votre métier parmi les thérapies manuelles, vous avez évoqué la chiropraxie et l'ostéopathie, en connaissez-vous d'autres ?

**E2** : Dans tout ce qui est européen, ce sont les principales. On pourrait aussi ajouter les rebouteux de campagne. Ensuite dans les thérapies manuelles qui viennent d'autres horizons il y a d'autres chose. Je travail avec quelqu'un dans le même local que moi qui fait du massage Amma, qui est considéré en France comme du bien être, mais qui est considéré comme thérapeutique en Asie. En Asie ils ont pas mal de techniques de massages considérés comme bien-être en France mais qui sont considérés comme thérapeutiques dans leurs pays.

Par rapport à la chiropraxie, quelles vont être les points communs et les différences avec l'étiopathie ?

**E2** : Le concept de base de la chiropraxie repose sur l'Innate intelligence. C'était la fondation même de la chiropraxie. Ensuite en France je ne sais pas trop comment ils ont évolués, car c'est peut-être un peu comme l'ostéopathie où il y a eu toute une variation avec pleins de courants différents et beaucoup d'écoles différentes. Donc je ne sais pas si les chiropracteurs Français sont restés aux origines, mais l'Innate intelligence c'est quelque chose qui repose sur le dualisme, comme les théories d'origines en ostéopathie, sur la séparation entre le corps et l'âme, ce qui n'est pas du tout le cas en étiopathie. On est vraiment dans le monisme. On a une approche vraiment mécanique du corps humain, ce qui n'est pas le cas en tout cas à l'origine de l'ostéopathie et de la chiropraxie. Cela a peut-être changé maintenant.

Finalement pour vous, chiropraxie ou ostéopathie, les points communs et différences sont un peu pareils par rapport à l'étiopathie ?

**E2** : Oui, alors encore une fois c'est une analyse par rapport aux origines. Ce sont deux disciplines qui viennent des États-unis et à peu près à la même période, effectivement. On retrouvait dans les fondements des deux disciplines, une approche très dualiste, qui était liée aux caractéristiques de l'époque. C'est à dire que cela vient d'un pays qui est très emprunt de religion. Donc forcément cette croyance religieuse est imprégnée dans les racines mêmes de la profession. Ce n'était pas du tout le cas de l'étiopathie, qui elle se veut purement mécaniste.

Et par rapport aux kinésithérapeutes, vous voyez des points communs et des différences avec votre métier ?

**E2 :** Alors il y a des différences effectivement avec les kinésithérapeutes. La différence principale que je vois, malheureusement c'est un métier où on ne traite pas de causes. On ne fait pas un traitement causale, on fait de la rééducation, on fait du bien-être. Souvent j'ai des patients qui me disent que lorsqu'ils sortent du kinésithérapeute, ça va mieux, ça fait vraiment du bien mais par contre les douleurs reviennent vite. Parce que lorsqu'on fait un travail de massage ou un travail de rééducation musculaire, en fait souvent et effectivement la contracture est causée par quelque chose, et ça ce n'est pas quelque chose qui est abordé en kinésithérapie enfin ce que je peux en voir en tout cas.

Êtes-vous amené à échanger au sujet de patients avec d'autres thérapeutes ? Vous avez quelqu'un dans votre local mais si l'on reste sur les thérapeutes évoqués plus tôt ?

**E2 :** Très peu effectivement, ce n'est pas parce que je ne veux pas mais on a tendance à être dans des cabinets seuls, donc on a très peu d'échanges avec les praticiens.

Saviez-vous qu'il y a également des médecins qui se forment à l'ostéopathie ?

**E2 :** Oui, je sais que beaucoup font des formations continues. Par rapport à la législation Française cela change pas mal de données, car le fait d'être médecin leur donne le droit de réaliser certains actes qui ne sont pas autorisés à tous les ostéopathes. J'entends par là que le décret d'application de la loi visant à rendre légal l'ostéopathie stipule qu'il y a des restrictions dans la pratique par rapport aux enfants et au rachis cervical etc, sur lesquels il faut normalement un avis médical avant. Ce qui finalement simplifie énormément le travail des médecins ostéopathes car eux ils peuvent se donner leur avis à eux-mêmes. Donc effectivement il y a une grosse différence, je pense que pas forcément dans la pratique. Au niveau des techniques je pense que ce sont à peu près les mêmes. Par contre de ce que je peux voir chez les médecins ostéopathes comme difficulté c'est le manque de pratique. Ils font des formations, alors je ne sais pas comment cela se passe pour vous les kinésithérapeutes, mais je pense que la grosse différence c'est que vous passez votre journée à toucher des gens, à manipuler et mobiliser des articulations. Alors que la plupart des médecins généralistes ne touchent jamais leurs patients. Et donc lorsque vous avez un patient qui arrive avec un lumbago aiguë et qu'il faut le mettre en position et que vous n'avez pas l'habitude, c'est compliqué. Cela je le constate, j'en connais pas énormément des médecins ostéopathes, je sais qu'il y en a qui sont très bien aussi, mais en général ce sont des médecins qui font des formations complètes avec un nombre d'heures en pratique plus important. Cela reste une observation, mais lorsqu'il y a une formation longue, ou pour un kinésithérapeute lorsque son travail lui permet de pratiquer immédiatement, cela se passe mieux. C'est aussi en pratiquant que l'on apprend. Ce qui ne va pas être le cas d'un médecin généraliste, car quand il a fait 2-3 stages d'une semaine, c'est compliqué lorsqu'il revient chez lui de commencer à prendre les patients et leur faire un lumbardol, une compression de poitrine, pour réussir à décoincer quelque chose qui est coincé parfois depuis longtemps et qui est aiguë.

On arrive à la fin de l'entretien, je voulais vous demander si vous vous êtes senti limité dans vos connaissances pour répondre à mes questions ?

**E2 :** Alors oui forcément. Parce que l'ostéopathie aujourd'hui en France est tellement vaste qu'on ne peut pas tout connaître. Je ne sais pas quel est votre point de vue là-dessus, mais je pense que même pour vous c'est difficile de définir précisément ce qu'est l'ostéopathie parce qu'aujourd'hui on a une telle diversité de courants etc que en fait l'ostéopathie ce n'est pas une seule discipline.

Je commence à mieux cerner les choses mais il est vrai que ce n'est pas évident. Il y a eu plusieurs courants et tout le monde se forme un peu à droite et à gauche ce qui crée beaucoup de mélanges.

**E2 :** On va être pragmatique, aujourd'hui il existe une espèce de porosité. Il y a beaucoup de personnes en étiopathie qui vont chercher un diplôme d'ostéopathie en VAE à Béziers, alors cela ne se fait plus parce que l'école a fermé. Mais en fait certains faisaient le VAE, payaient leur année, faisaient 3 à 4 week-end dans l'année, et obtenaient leur diplôme d'ostéopathe. Et donc en fait il y a un grand nombre d'ostéopathes aujourd'hui qui ont une formation d'étiopathe. Et certains ont même monté des écoles d'ostéopathies.

Avez-vous quelque chose à ajouter sur le sujet ?

**E2** : Ben écoutez non, « coupez ».

---

### **Interview E3 (n°17)**

En quoi consiste votre métier?

**E3** : Notre métier consiste à supprimer la cause des symptômes donc qui sont la plus part des gênes, des douleurs.

Comment procédez-vous pour trouver cette cause ?

**E3** : On repère la structure concernée par le symptôme donc souvent de la douleur. Donc on va chercher à déterminer si c'est le nerf qui est en souffrance, si c'est un dermatome, si c'est un muscle, une articulation etc. Une fois qu'on a déterminé la structure, il y a plusieurs possibilités selon celle qui est touchée et ça c'est selon le lien anatomique donc souvent par exemple s'il s'agit d'un muscle, admettons une tendinite, on va remonter au myotome, donc on va remonter par le nerf qui commande le muscle, à son émergence vertébrale et on va traiter cette zone là. On part du principe que c'est une zone qui ne fonctionne plus bien, on peut parler de blocage, plusieurs termes peuvent être employés, on parle de lésion étiopathique vertébrale. Et on peut objectiver une lésion étiopathique vertébrale par exemple soit par des tests, par des points douloureux à l'appui et même quand on a pas forcément de douleurs ou de perte de mobilité à cet endroit là, on va quand même manipuler cette zone. C'est rare qu'il n'y ai rien quand on remonte à cette zone là. Après tout dépend de la cause de la tendinite. Par exemple si c'est une sur sollicitation ponctuelle, quelqu'un qui fait un marathon et qui n'en a jamais fait, pour nous la cause c'est ce qu'on appelle une lésion étiopathique extra-somatique. C'est-à-dire une sur-sollicitation qui entraîne l'inflammation donc nous on a rien à faire en particulier. Il faut que le corps de lui même il récupère. Je ferai limite plus de la kinésithérapie. Il n'y a pas de cause qui va fragiliser le muscle et permettre l'arrivée de la tendinite.

Donc si je comprends bien vous faite d'abord une anamnèse pour bien cibler et ensuite des tests pour confirmer ce que avez trouvé dans l'anamnèse. Par exemple pour une tendinite vous agissez sur le muscle en lui-même mais aussi sur l'étage vertébrale correspondant?

**E3** : Quand on fait un traitement, le traitement causal sur la tendinite si la cause est une lésion vertébrale, on fait le traitement vertébral qui est pour nous le traitement causal et on peut, tous les étiopathes ne le font pas mais on peut faire un traitement symptomatique pour accélérer la récupération par quelques étirements, quelques mouvements myo-contrariés, du travail local. Ça va dépendre du praticien mais vraiment en étiopathie le principal ça va être de faire la lésion vertébrale. Et tout ce qui va en découler en fait ça va permettre de rétablir plus vite, après chacun a sa pratique par rapport à son patient, mais ça va être pour du bien-être supplémentaire pour que ça soit plus rapide.

La lésion étiopathique se situe donc au niveau vertébral?

**E3** : Pas systématiquement. Par exemple vous pouvez avoir une perte de mobilité, une lésion étiopathique articulaire périphérique donc une perte de mobilité par exemple on prend un tennis elbow, on peut avoir une perte de mobilité au niveau du coude. Du coup le fait que l'articulation en elle-même fonctionne moins bien, les muscles vont travailler de manière différente et ça peut les amener à ne pas récupérer derrière, trop en tension donc une tension permanente sans repos qui favorise la tendinite avec en plus une activité physique dessus. En fait on va établir ce qu'on appelle une suite étiopathique. Il faudrait faire un schéma, par exemple pour la lésion on va avoir plutôt un phénomène extérieur qui provoque une lésion. La lésion est quelque chose qui se fixe dans le temps et qui se suffit à elle-même pour perdurer dans le temps. Par exemple, si on constate la tendinite donc le tennis elbow, il dépendant d'une lésion étiopathique articulaire périphérique du coude, on va avoir dans notre suite un phénomène extérieur, donc une flèche, qui entraîne la lésion primaire qui est la lésion étiopathique articulaire périphérique du coude, ensuite

on va refaire une flèche car la lésion étiopathique articulaire périphérique n'est pas suffisante pour entraîner une tendinite, il faut qu'il y ait par dessus sur cette flèche un phénomène extérieur qui va être la sollicitation. Comme un coiffeur qui va faire un mouvement la-dessus pendant toute la journée. Donc on a une sur sollicitation mais qui n'est pas suffisante à elle-même non plus pour entraîner la tendinite. Il faut qu'il y ait les deux choses contingentes pour entraîner la tendinite derrière. Donc on va avoir une 3eme flèche, je la fais courte car on peut toujours plus développer les suites. On va voir ce qu'on appelle le phénomène lésionnel, douleur dans tel mouvement, dans tel étirement, la nuit, le jour. Ce sont tous les phénomènes que va décrire le patient et que l'on va pouvoir objectiver. Tous ces phénomènes lésionnels vont disparaître en supprimant la cause. C'est ce qu'on appelle les phénomènes lésionnels ou phénomène pathologique dépendants.

Vous avez parlé de lésion vertébral périphérique. Est-ce que ça peut aussi se situe au niveau du muscle, des viscères, du crâne?

**E3** : On ne trouvera jamais de cause au niveau du muscle. Un muscle pour dysfonctionner, il faut qu'il y ait des variables d'entrées qui soient modifiées. Donc l'apport vasculaire, l'information neurologique. Donc souvent en lien avec la lésion étiopathique articulaire vertébrale. Par exemple le fascia qui est pour moi un système dépendant surtout de sa vascularisation, donc s'il y a des adhérences ou des choses comme ça, on peut travailler localement mais pour chercher une cause dans une perte de mobilité de fascia qui ne va pas être inhérente au fascia mais de quelque chose d'autre. On ne travaille pas vraiment sur les fascias nous, on travail vraiment sur le muscle tout ça. On va faire aussi tout ce qui est digestif, urinaire, gynéco. On va retomber sur des choses avec des troubles nutritionnels. On ne fait pas de vertébral pour du viscéral, enfin après il y a des approches différentes, certains vont faire du vertébral pour du viscérale, ça peut arriver. Mais dans l'approche que j'ai appris dans l'étiopathie, c'est qu'on ne fait pas de vertébral, on vient directement travailler sur les viscères. Là l'intérêt c'est avec des micro vibrations. Sur du digestif, sachant que c'est un muscle, on vient travailler pour désaspasmer certaines zones, décontracter. C'est souvent sur des reflux gastrique, les ballonnements, tout ce qui est trouble digestif liés à une mauvaise sécrétion des sucres pancréatiques ou de l'écoulement de la bile au niveau des sphincter d'oddi, on vient travailler dans cette zone. Ensuite on a ce qui est congestion abdominale, un état inflammatoire un peu chronique. On va travailler plus sur le système vasculaire abdominale pour relancer la circulation. Au niveau urinaire, on va aussi travailler sur tout ce qui est infections chroniques, les infections urinaires qui reviennent régulièrement, on travaille au niveau vasculaire. Tout ce qui est incontinence, on va travailler au niveau de la commande, tout dépend de la cause encore une fois. Là je vous donne ce qu'on traite quand on a un diagnostic possible mais quand ce n'est pas dans notre domaine de compétence, c'est autre chose.

S'il y des problèmes nutritionnels, vous pouvez être amené à les traiter ou vous aller plutôt les réorienter?

**E3** : Dans le nutritionnel on va réorienter mais après on va donner des conseils de base pour les gens qui vont être en état inflammatoire chronique. On leur conseille de diminuer le gluten et le lactose mais ça c'est plus du bon sens mais c'est pas ce qu'on apprend à l'école, ça ne fait pas parti de notre métier, c'est plus des conseils qu'on peut commencer à donner et après rediriger pour que le patient soit vraiment pris en charge.

Vous m'avez décrit vos techniques au niveau viscérale mais au niveau vertébral et périphérique., vous utilisez quoi comme technique?

**E3** : Les techniques de manipulation, ça va être à peu près les mêmes qu'en ostéopathie je pense. Des techniques de mise en tension dans le sens de réduction du mouvement de la vertèbre. On fait tout ce qui est roll, compression de poitrine. Au niveau cervical c'est pareil. C'est pas des techniques propre à l'étiopathie, c'est vraiment un raisonnement pas une technique magique, c'est un raisonnement qui va faire qu'on va cibler une cause, qu'on ne va pas s'attaquer à l'ensemble du corps. C'est-à-dire si vous me dite biceps, je vais dire C5-C6 et je vais regarder ces étages là. Je ne vais pas chercher à regarder la mobilité du bassin.

Moi : Vous me dites que certains thérapeutes travaillent différemment, est-ce qu'il y a vraiment des courants différents en étiopathie?

**E3** : Il n'y a pas de courants différents mais il y a une évolution. Mais c'est mon point de vue, je suis trop jeune pour vous dire, il faudrait tomber sur un étiopathe qui a 30 ans de métier. Il n'y a pas vraiment de courant, certains vont travailler sur le tissulaire, d'autres non. Il y a vraiment des mécanos mécanique. Il y a ceux qui ne font pas de tests, ils ont le symptôme, nous ce qu'on appelle le phénomène lésionnel, ils savent qu'il est dépendant de tel autre système donc notamment souvent l'articulation vertébral de tel étage en particulier, ils manipulent cet endroit et travaillent comme ça.

Pour vous l'ostéopathie c'est vraiment le raisonnement la principale différence avec l'étiopathie ou est-ce qu'il y en a d'autres? Ou d'autres points communs ?

**E3** : Je ne connais pas du tout l'ostéopathie, je ne peux pas trop vous dire. C'est plus ce que j'entends des patients et collègues, de certains qui font des formations d'ostéopathie. Nous on ne va pas du tout travailler sur du crânien. On ne considère pas qu'on puisse avoir de lésions qui s'installent sur les os qui sont soudés. On ne travail pas du tout là dessus, et il n'y a pas de lien direct, cette lésion ne va pas entraîner de conséquences sur un autre système pour nous en tout cas.

Est-ce que vous pourriez me donner des informations sur les origines de l'étiopathie?

**E3** : Je ne pense pas en savoir plus que vous sachant que vous allez lu le livre sur l'histoire donc 1963, Trédaniel. Il s'est intéressé à ça. Je ne suis pas sûr que l'ostéopathie existait déjà en France mais vachement aux États-Unis. Il s'est intéressé aux thérapies manuelles en général, il a été piocher à droite et à gauche et ensuite il essayait de comprendre pourquoi telle personne manipulait telle étage pour traiter tel phénomène donc avec les liens surtout anatomique, et physiologique, il a raisonné comme ça.

Et avec la chiropractie,quels sont les points communs et différences?

**E3** :Je ne connais pas la chiropraxie, c'est que du vertébral c'est ça?

À l'origine oui mais ça a évolué énormément.

**E3** : Pour moi la chiropraxie, les plus extrémistes ça va être ceux qui font que l'articulation occipito-atloïdo-axoïdienne. Moi ce qui m'a attiré dans ces études d'étiopathie, c'est le lien de cause à effet assez direct et pure qui ne s'encombrent pas de tout un autre tas de pratiques. Le diagnostic est toujours assez clair. On va droit au but.

Et avec la kinésithérapie?

**E3** : Pour moi c'est plus de la rééducation mais je n'ai pas fait ces études donc je ne connais pas.

Et savez-vous qu'ils y a certains médecins qui se sont formes a l'ostéopathie?

**E3** : Oui, je sais qu'ils ne font pas de formations complètes, certains peuvent le faire mais je sais qu'il y a des formations spéciales pour les médecins qui sont des formations assez courtes. Je sais qu'ils pratiquent de manière ponctuelles, ils essaient un petit truc mais ce n'est pas la prise en charge ostéopathique ou étiopathique. Enfin bon c'est ce que j'ai pu comprendre.

Est-ce que vous êtes amené a discuter de vos patients avec d'autres thérapeutes manuelles qu'on vient de citer?

**E3** : Non pas du tout. Avec d'autres étiopathes oui. Mais c'est juste un échange verbal, j'ai croisé tel cas car on a souvent des cas abracadabrant, on récupère des gens qui ont tout essayé. Et on peut être amené à se poser des questions car le diagnostic va être moins clair que ce dont je vous ai parlé. Ça peut être des choses un peu particulière, on va être amené à contacter les anciens pour savoir s'ils ont déjà rencontré ce type de cas et poser des questions, qu'est-ce qu'on peut faire dessus, etc. Ou parfois entre nous quand on bloque sur un cas, on fait ce qu'on a l'habitude de faire et finalement il n'y a pas d'effet, on va voir auprès des collègues, on s'interroge et se remet en question

Nous arrivons à la fin de l'entretien. Vous êtes-vous senti limité dans vos connaissances au cours de cet entretien par rapport aux questions que je vous ai posées?

**E3** : Oui sur tout ce qui est en rapport avec les autres métiers cités, je n'ai aucune connaissance mais ce n'est que des on-dit et des « on n'a entendu parlé de ». Je suis donc très limitée mais sur ma pratique je n'ai pas de soucis.

Est-ce que vous auriez des choses à rajouter sur le sujet?

**E3** : Non

---

### **Interview K1 (n°4)**

Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste votre métier?

**K1** : Mon métier consiste à soigner des patients qui arrivent avec des douleurs ou des dysfonctions. En utilisant des moyens comme la physiothérapie, des mobilisations, des massages. Et aussi toute une partie pour certains patients de traumatologie, de rééducation fonctionnelle avec du renforcement musculaire, des assouplissements, en utilisant parfois des machines comme des tapis de course, des vélos, etc.

Lorsqu'un patient se présente avec sa pathologie, quelle est votre démarche et les principes de votre traitement?

**K1** : Je prends toujours le temps lors de la 1<sup>re</sup> séance de faire un interrogatoire afin de savoir pourquoi ils sont là. Je pose toujours la question car il y a parfois une différence entre ce qui a écrit sur l'ordonnance et la plainte du patient. Je leur demande pourquoi ils sont là qu'est-ce qu'ils cherchent et où est-ce qu'ils veulent arriver. Quel est leur but, de retravailler, de reprendre le sport, etc. Ensuite il y a toute la partie interrogatoire, puis avec mes mains je vais faire un bilan, je vais essayer de retrouver l'origine du problème, de comprendre comment ils en sont arrivés là. Puis je prends toujours le temps d'expliquer aux patients ce qu'ils ont, pourquoi ils sont là, et ce qu'on va faire pour qu'ils puissent s'en sortir, qu'il n'ai plus de douleurs ou de problèmes ou de dysfonctions dans la vie soit personnelle soit professionnelle.

Quand vous traitez vos patients, quelles techniques utilisez-vous?

**K1** : Comme je vois tout type de patient, cela va d'un bébé de quelques jours pour ses pieds, comme une personne âgée parce qu'elle a du mal à marcher chez elle. En passant par les gens qui travaillent dans les bureaux et qui ont des cervicalgies. Les mamans qui ont des douleurs, etc. Donc c'est très vague comme réponse parce que selon la pathologie je ne vais pas utiliser les mêmes techniques. Mais globalement je travaille et avec mes mains et avec ma tête. Généralement quand un patient arrive c'est qu'il a des douleurs, chez nous il ne viennent pas par plaisir, c'est qu'ils sont arrivés au bout des choses. Ils n'ont pas réussi à s'en sortir soit tout seul soit avec les médicaments. Déjà le but c'est de soulager les douleurs. Par exemple pour des cervicalgies ou des lombalgies, au départ j'utilise souvent lors de la phase pure antidouleur, du tens, de l'électro, du massage et des mobilisations. Ensuite on part très rapidement selon l'évolution de la douleur sur des autos-étirements et du travail postural d'éducation. Voilà pour le dos. Ensuite pour le périnée, je ne travaille pas avec des machines. Je travaille que en manuel, avec beaucoup de prise de conscience. Une fois qu'elles ont conscience de leurs muscles, je ne fais plus de manuel et on travail sur plateau technique afin de renforcer globalement les muscles, les abdos, etc...

Lorsque j'ai des genoux opérés, c'est beaucoup d'exercices. Donc c'est moins moi qui les touche et c'est plus eux qui travail. Voilà donc c'est très large.

Il y a t'il des contre-indications dans votre métiers?

**K1** : Globalement non, car quand des patients viennent ils sont sous prescription médicale. Cela veut dire qu'ils ont déjà eu un avis médical. Et c'est ce que j'ai dit au patient si le médecin les a envoyer c'est qu'ils en ont vraiment besoin. après cela m'est arrivé il y a 2 semaines. J'ai une

patiente qui a été prise en charge dans une clinique aux urgences. Je n'étais pas du tout d'accord avec l'ordonnance qui stipulait tendinite du LLI (Ligament latérale interne). En fait il s'agissait d'un ménisque très abîmée, je l'ai renvoyé vers un chirurgien orthopédique. Elle s'est fait opérer dans la foulée. Donc je regarde bien sur l'ordonnance mais je fais mon propre bilan, je mène ma propre enquête aussi.

Connaissez-vous les origines de votre métier?

**K1** : Non pas du tout

Existe-t-il différents courants dans votre métier?

**K1** : On a tous eu plus ou moins la même formation mais par la suite en fonction de nos expériences et de nos patients, on va diriger notre façon de travailler par rapport à ce qu'on est capable de faire ou pas, ce qui été efficace lorsqu'on l'a fait ou pas. Par exemple on nous a appris à utiliser les ultrasons, je l'avais vu en stage également, mais personnellement je ne l'utilise pas parce que je ne trouve pas qu'il y ait d'efficacité. Des thérapeutes vont faire que du manuel pendant 30 minutes, d'autres vont utilisés beaucoup plus les machines. Mais par exemple pour un DIDT j'ai du mal à voir comment on peut le prendre en charge en 30 minutes sur table. Je pense que la façon dont tu travailles orientent aussi beaucoup le type de patients que tu vas avoir.

Votre métier peut être classé parmi les thérapies manuelles, en connaissez-vous d'autres.?

**K1** : L'ostéopathie, la chiropraxie

Connaissez-vous les points communs et différences de votre métier avec l'ostéopathie?

**K1** : Alors en plus c'est une question que pose souvent les patients, Souvent ce que je réponds c'est que cela peut être complémentaire. On a des outils en commun, il y a des techniques qui sont utilisées aussi bien par les kinés que par les ostéos, mais cela reste un outil. Ensuite je pense que la démarche n'est pas forcément la même. Et surtout selon les pathologies il y a des choses qui ne peuvent pas être traitées seulement en ostéopathie. Par exemple pour une tendinopathie de l'épaule, l'ostéopathe qui verra le patient ponctuellement pourra le soulager ponctuellement, mais il ne pourra pas aller rééduquer, réharmoniser l'épaule et lui donner les bonnes habitudes, ou encore travailler sur sa posture en une séance même si elle dure 1h tous les « x » mois. C'est du travail au long terme. Comme les lombalgies chroniques, cela fait du bien mais ça revient, car il manque la partie éducation au long terme.

Donc vous pensez que les deux sont complémentaires?

**K1** : Oui complètement, je suis la première quand je vois que je bloque sur un truc et que je sais qu'un bon ostéo va pouvoir débloquent ce truc là en une séance, alors que moi il va m'en falloir 3, je n'hésite pas du tout à envoyer chez un bon ostéo.

Et la chiropraxie ?

**K1** : J'ai un cabinet à côté du mien. J'ai plusieurs patients qui y sont allés. Ils m'ont décrit un peu ce qu'il fait, ils en sont satisfaits, mais d'après leur retour ça leur fait du bien mais ça revient après. Je ne sais pas exactement ce qu'ils font, je ne me suis pas intéressé. Mais de ce que j'entends cela fait très technique structurelle avec du crack. Après je n'y ai jamais été et je ne me suis pas renseigné donc ce ne sont que les échos que j'ai eu.

Vous disiez un peu plus tôt qu'il y a avait des techniques similaires entre la kiné et l'ostéopathie, du coup pour vous qu'est-ce qui change entre les deux métiers? Qu'est-ce qui va faire qu'il va arriver à débloquent en une séance et vous en trois pour reprendre ce que vous disiez ?

**K1** : Personnellement je pense c'est qu'il va réussir à être plus précis sur des techniques par exemple entre C3 et C2. Je vais peut-être être moins précise sur mon geste par manque de formation et d'expérience. Donc je fais avec mes outils que j'ai, même si je sais que je peux encore m'améliorer avec des formations. Donc s'il y a un blocage qui va être très précis, je sais qu'un bon ostéo, c'est pour ça que je dis bon ostéo, va être plus efficace que moi et vu que ce qui

m'intéresse c'est que mes patients aillent mieux et bien cela ne me dérange pas qu'ils aillent voir quelqu'un pour une séance qui va être plus précise ou plus efficace sur certains points. Il y a également un autre cas où je peux envoyer des patients vers un ostéo, par exemple si je retrouve plein de dysfonctions ou de gênes en chaînes, cela ne me dérange pas de passer la main car je sais que l'ostéopathe va faire du bien à mes patients.

Et connaissez-vous l'étiopathie?

**K1** : Non, je connais le nom mais je ne sais pas du tout ce qu'il font. "Etio" ça veut dire la cause il me semble.

Oui c'est la signification en grec. Il y a également les médecins qui se forment en ostéopathie, pouvez-vous me dire des choses sur eux?

**K1** : Non, j'ai déjà eu des patients qui m'ont dit que leur médecin était ostéopathe mais c'est tout.

Vous n'hésitez pas à renvoyer des patients vers des ostéopathes. Mais échangez-vous avec eux au sujet de vos patients?

**K1** : Il y a deux ostéopathes que je connais. Dont un qui travaille dans ma ville, que je connais indirectement par l'intermédiaire de mes patients. On s'échange mutuellement des patients mais je ne l'ai jamais rencontré. Il m'a déjà écrit un courrier sur un patient en commun mais c'est le patient qui lui avait demandé. J'ai déjà également envoyé des patients chez mon ostéopathe qui est une amie également, cela nous est déjà arrivé d'échanger mais sans aller plus loin.

On arrive à la fin de l'entretien, je voulais savoir si pendant celui-ci vous vous êtes senti limité dans vos connaissances pour pouvoir répondre à mes questions?

**K1** : Oui l'ostéopathie, l'étiopathie et la chiropraxie je ne sais pas exactement ce qu'ils font. Personne n'est venu m'en parler et je ne suis pas assez intéressé pour me plonger dans ce qu'ils font.

Avez-vous quelque chose à ajouter?

**K1** : Non c'est bon.

---

## Interview K2 (n°6)

Pourrais-tu m'expliquer en quoi consiste ton métier?

**K2** : Vaste programme, je suis masseur-kinésithérapeute, donc masseur c'est le massage et kinésithérapeute c'est le soin par le mouvement et pour le mouvement. On travaille avec toutes sortes de patients : cela peut aller du nourrisson à la personne âgée en passant par le sportif. Vraiment tout type de population est possible. On soigne par le mouvement, c'est à dire que cela va être par des mobilisations, cela peut être éventuellement du massage ou alors de la mobilisation soit active soit passive. Et pour le mouvement, parce que généralement les patients viennent nous voir parce qu'ils ont un problème sur un mouvement ou une douleur.

Tu disais cela peut être tout type de pathologie?

**K2** : Il y a énormément de pathologies différentes. Cela va de la traumatologie, de la rhumatologie, de la neurologie, de la pneumologie. On travaille en pédiatrie, en gériatrie, donc c'est très vaste, ce qui en fait un métier intéressant d'ailleurs.

Donc dans ton métier, ce qui compte vraiment c'est le mouvement. Quelle technique vas-tu utiliser dans tes traitements? Tu parlais du massage, des mobilisations aussi, que cherches-tu à faire lorsque tu soignes un patient?

**K2** : Déjà comprendre ce qu'il a, comprendre ce qui ne va pas. Et ensemble, c'est important de travailler avec un patient, ce n'est pas toi qui travaille sur le patient, tu travailles avec lui. Tu vois, on parlait de massage, mais cela peut être aussi des étirements, des mobilisations, des mobilisations spécifiques, je sais qu'en ostéopathie on va parler de thrust, tu peux le retrouver en kinésithérapie aussi, c'est ce qu'on appelle thérapie manuelle. C'est ce qui se rapproche selon moi

le plus de l'ostéopathie. Ensuite tu vas chercher à régulariser le mouvement. Un mouvement qui sera fait de manière discordante, on va essayer de le régulariser. Parfois c'est la douleur qui empêche le mouvement de bien se faire, et parfois ce sont les habitudes qui ont été prises et que l'on va essayer de corriger ensemble.

Personnellement, tu vois tous types de patients? Ou as-tu quelques spécialités?

**K2** : Dans le cabinet actuel c'est plus des types de patients que je ne vois pas. On ne voit pas de patients ayant eu des atteintes neurologiques car le cabinet n'est pas équipé pour. Il m'est arrivé d'en voir dans ma modeste carrière lorsque je travaillais en hôpital de jour, donc des patients hémiplésiques etc. Ensuite je ne vois pas de pédiatrie car je ne me sens pas de le faire tout simplement. Et j'ai un collègue au cabinet qui en voit souvent donc lorsque ça appelle pour de la pédiatrie, on lui refile le bébé dans un sens. C'est quelques chose que j'aimais bien au début, mais comme j'en ai pas fait tout de suite, je ne me sens plus de le faire. Il faudrait que je me reforme pour le faire. On ne peut pas dire que je me sois spécialisé, c'est un choix de ma part parce que j'aime bien la diversité: avoir dans une même journée quelqu'un de sportif puis après une mamie qui a des problèmes d'équilibre, ne pas avoir tout le temps le même type de pathologie. Dernièrement, j'ai fait une formation sur l'épaule. Au départ mes collègues me renvoyaient les patients avec un problème d'épaule systématiquement. C'était bien pendant que je faisais la formation mais rapidement voir toujours les mêmes pathologies cela ne m'a pas plu.

Il y a plusieurs domaines donc pédiatrie gériatrie traumatologie etc., est-ce qu'il y a des courants différents en kinésithérapie? Ou des techniques qui diffèrent vraiment d'un praticien à l'autre?

**K2** : Oui je pense qu'il y a des techniques qui diffèrent. Après cela dépend beaucoup des formations qu'on fait. Par exemple, j'ai deux collègues qui font du Mézières, seulement je ne connais pas du tout. Je sais qu'elles traitent beaucoup de leurs patients par la méthode Mézières, avec des patients que j'aurais sûrement traité d'une manière différente. Je pense qu'il y a énormément d'approches différentes pour une même pathologie, pour un même patient. Je ne pense pas qu'il y ait de bonnes ni de mauvaises tant que c'est adapté au patient et que le patient réagit bien.

Existe t-il des contres indications dans ton métier?

**K2** : Elles vont être spécifiques selon la pathologie et les techniques. Il y a certaines choses qu'on ne peut pas faire et qu'on ne doit pas faire. Je pense notamment au délai de consolidation ou à des patients qui ont un état général très dégradé. Il est important de faire attention au patient dans son ensemble. Par exemple s'il vient pour un problème de genoux, c'est important de voir comment il est dans son ensemble également. Ce qui révélera peut être des contre-indications.

En kinésithérapie, on travail principalement sous prescription médical. As-tu des patients qui viennent sans prescription?

**K2** : J'en ai très peu. Souvent ce sont des patients qui sont déjà venus et qui reviennent parce qu'ils ont vraiment une douleur très ponctuelle. Souvent pour un torticolis ou un lumbago des choses comme ça. Ils viennent de manière spontanée parce qu'on les a déjà traités. Je pense que s'ils ne me connaissaient pas et ils ne viendraient pas.

Dans le mémoire j'étudie différents métiers pratiquant la thérapie manuelle. À part la kinésithérapie en connais-tu d'autres?

**K2** : Oui il y a les ostéopathes, les chiropracteurs. Ce sont vraiment les deux qui me viennent à l'esprit. Il y a les étioopathes aussi. Pour moi ce sont les principaux avec la kinésithérapie.

Pour toi quels sont les points communs et les différences entre un ostéopathe et un kinésithérapeute?

**K2** : Je pense que ce sont deux métiers très complémentaires. Pour moi dans le champ de la kinésithérapie et le champ de l'ostéopathie, il y a une grande part qui est commune. Les techniques sont exactement les mêmes. Je le sais parce que je suis déjà allé chez l'ostéopathe et ma compagne est ostéopathe. Ensuite le champ d'action va être un peu différent. Par exemple en

ostéopathie, il me semble qu'on ne va pas faire de pneumologie alors qu'on va le faire en kinésithérapie. Et à l'inverse, quelque chose qu'on fait pas en kinésithérapie, en tout cas que l'on a très peu vu à l'école, et qui se fait beaucoup en ostéopathie, c'est le viscérale. Il existe des formations continues pour les kinésithérapeutes mais en tout cas dans la formation de base cela n'est pas vu. Peut-être que les choses ont changées depuis. Il y a le crânien aussi. C'est quelque chose que l'on ne voit pas du tout en kinésithérapie et qu'ils font beaucoup en ostéopathie. En revanche, les techniques et les moyens mis en œuvre sont assez similaires. Concernant les techniques, c'est quelque chose que je trouve assez en commun. Après dans la manière de raisonner c'est différent. La réflexion n'est pas la même tout simplement parce qu'en kinésithérapie, on va agir sous prescription médicale quasiment tout le temps. Alors qu'en ostéopathie, la personne va venir en première intention. Il y a une phase de diagnostic qui est très importante et je pense que c'est la grosse différence qui existe entre la kinésithérapie et l'ostéopathie. On a beaucoup moins cette notion de diagnostic en kinésithérapie car on agit sous prescription médicale et que le diagnostic est déjà censé être fait. Après, personnellement je fais toujours mon bilan pour avoir mon propre avis mais on est forcément influencé par la prescription médicale.

Et la chiropraxie, connais-tu?

**K2** : Alors la chiropraxie je ne connais pas du tout. Je connais de nom, je sais que ça fait crac crac. Mais franchement je ne connais pas et je sais que lorsque mes patients m'en parlent, je ne donne pas d'avis, je ne peux pas dire si c'est bien ou si c'est pas bien parce que je ne connais pas. Et l'étiopathie c'est pareil, pour moi c'est encore plus mystérieux. Je ne sais même pas à quoi ça ressemble.

En ostéopathie, il existe plusieurs courants. Les connais-tu?

**K2** : Très rapidement je sais qu'il y a les structurels et les fonctionnels. Le structurel c'est plutôt ce qui fait crac crac et le fonctionnel tu vas plutôt aller dans le sens de la lésion, là où ça va bien, pour détendre les structures, afin de retrouver une mobilité.

Il y a également certains médecins qui sont ostéopathes, le savais-tu?

**K2** : Oui mais je pense que chacun son métier. Pour être ostéopathe il faut avoir fait les études.

Sais-tu combien d'années font les médecins pour devenir ostéopathes?

**K2** : Non.

As tu déjà été amené à échanger au sujet de tes patients avec d'autres thérapeutes manuelles?

**K2** : Oui avec une ostéopathe, ma compagne, on ne travaille pas loin et donc on s'envoie les patients. Il y a des fois où je sens bien que je suis limité dans ma pratique, et où je pense qu'elle serait à même de régler le problème ou en tout cas de le faire avancer. Et inversement, quand elle sent parfois qu'il y a un problème plus profond ou en tout cas qui nécessite une prise en charge plus longue. C'est aussi ça la différence entre la kinésithérapie et d'ostéopathie, la kinésithérapie c'est plutôt un travail au long terme alors que l'ostéopathie c'est plutôt du « one shot ». Lorsqu'elle sent que son traitement va faire du bien à son patient sur le moment mais qu'il faudrait pérenniser le résultat, elle me l'envoie.

On arrive à la fin de l'entretien, pendant celui-ci t'es tu senti limité dans tes connaissances pour y répondre? Si oui ou non pourquoi?

**K2** : Oui car je pense que je ne suis pas la science infuse donc forcément je suis limité. En revanche j'ai la chance d'habiter avec une ostéopathe, ce qui me permet d'en apprendre régulièrement sur ce métier là. Je pense que j'aurai une opinion différente si ce n'était pas le cas. Mais pour le reste oui je me sens limité, par exemple la chiropraxie je ne sais pas du tout ce que c'est, l'étiopathie non plus. Et même sur ton propre métier tu n'es pas au courant de tout ce qui se passe, de toutes les mouvances qui existent, donc forcément il y a toujours à apprendre. C'est ce qui en fait quelque chose de beau. Il ne faut pas se mettre la pression à vouloir tout connaître. Évidemment, plus tu en connais, mieux c'est. Mais il ne faut pas se mettre la pression là-dessus.

Lorsque tu sens qu'avec ton patient tu es limité, il faut chercher une solution, soit par des formations, soit par un échange de connaissances interprofessionnelles, avec tes propres collègues ou avec des professionnels autres. Et pourquoi on n'est pas informé, je pense qu'il y a une rivalité entre ces métiers car le champ d'action est assez similaire. Donc chacun a un peu sa chasse gardée, même si je pense que les mentalités évoluent. Aussi bien au sein des professionnels qu'au sein de la population, certaines professions sont mieux regardées qu'elles ne l'étaient. Par exemple l'ostéopathie. Avant on les voyait un peu comme des rebouteux, maintenant c'est plus démocratisé. Et je pense qu'on connaît mal aussi parce qu'on nous en parle peu, même à l'école. C'est presque sectaire, si tu es dans une école de kinésithérapie, on va te parler de kinésithérapie et si tu es dans une école d'ostéopathie on va te parler d'ostéopathie.

As-tu quelque chose d'autre à rajouter?

**K2** : Non, à part que je pense que c'est un travail très intéressant et que cela va me mâcher le travail.

---

### Interview K3 (n°9)

Peux tu m'expliquer en quoi consiste ton métier ?

**K3** : Mon métier c'est de la rééducation, c'est vaste, de la réadaptation aussi. En fonction des déficits que je peux constater sur mes patients, je vais utiliser des techniques, pour soit les rééduquer c'est-à-dire, diminuer ces déficits et les ramener à un état proche de la normale. Ou alors je vais entrer dans une phase de réadaptation où je vais essayer de les faire travailler pour faire en sorte qu'ils puissent retrouver une vie la plus fonctionnelle possible. Donc c'est un travail où j'aide les gens notamment avec mes mains. J'ai parlé du versant de la rééducation, mais c'est vrai que dans mon métier je fais beaucoup de massages. J'apprécie beaucoup cela, ce contact avec les gens. Le touché et la dextérité fait que chaque thérapeute est un peu différent et ça aussi ça me plaît. Personnellement, je trouve que je masse pas trop mal, donc cela doit me faire mousser et je dois être content, mais j'apprécie aussi le contact physique avec le patient, de soigner avec les mains le patient je trouve ça intéressant. J'essaie d'être un peu général, théorique et scolaire, mais j'ai énormément de pédiatrie, donc ce que j'explique là ça fonctionne mais pas sur tout. En kinésithérapie respiratoire, il y a d'autres choses à développer, mais voilà en gros c'est un résumé. Mon métier c'est peut-être soigner, enfin soigner peut être un terme un peu pompeux nous concernant, ou en tout cas c'est aider les gens avec les mains.

Tu as parlé de déficit, qu'entends-tu par ce mot ?

**K3** : Pour être très scolaire, dans ton bilan tu vas retrouver des déficits musculaires par exemple. En fait ce qui compte c'est l'individu, son bien être, et qu'il soit fonctionnel. Donc effectivement je recherche des déficits qui vont retentir sur cette fonctionnalité. Ils peuvent être articulaires, musculaires, et toute la panoplie de déficits en général. On cherche à aider au niveau fonctionnel le patient.

Tu parlais de la kinésithérapie respiratoire, dans quels autres domaines la kinésithérapie va s'appliquer ?

**K3** : Tu ne peux pas tout faire. Personnellement, j'ai travaillé en néonatalité, et dans beaucoup de secteurs de la pédiatrie. J'ai fait 13 ans de pédiatrie. En néonatalité, on commence à intervenir dès la naissance s'il y a un soucis avec le patient. Cela peut-être une pathologie neuromusculaire ou génétique qui a été détectée. À ce moment là tu vas avoir des déficits peut-être d'origine musculaire ce qui fait que tu vas entretenir les articulations, tu vas faire des mobilisations. Après il y a une sorte de nursing, là on est proche du développement neuromoteur. On va installer le patient d'une certaine façon afin qu'il n'y ait pas de rétractions qui se mettent en place. Plutôt dans des positions de relâchement, j'essaie de vulgariser un peu des méthodes. Il y a aussi tout ce qui est fonction respiratoire. De toute façon, en pédiatrie, mise à part la rhumatologie quelque part, il a un vrai volant neurologique, orthopédique, respiratoire, etc. Plus ils sont petits, plus il y a ce

développement neuromoteur que tu vas accompagner et stimuler et ça c'est un peu plus spécifique effectivement à l'enfant. De toute façon il ne faut pas qu'il y ait de limite dans la rééducation, après c'est à toi d'innover. Après il y a certaines techniques comme les techniques de Menell, qui sont des manœuvres utilisées en rhumatologie pour des capsulites rétractives, tu te doutes bien que chez un tétraplégique, la capsule ne va pas être très souple donc avant d'essayer de le bourriner, tu vas étirer la capsule avant et tu vas utiliser les techniques de rhumatologie et en fait ça va permettre de mieux mobiliser ton patient. Si tu as de la spasticité, tu vas aussi utiliser des techniques spécifiques, etc. Ce qui compte encore une fois c'est la fonction et aider au mieux ton patient. Tu vas utiliser différentes armes, qui appartiendront à différents secteurs de la kinésithérapie et pas seulement spécifiquement à l'enfant.

Donc tout ça finalement tu l'appliques à tous les âges ?

**K3** : Oui tu l'appliques à tous les âges, et même quand on te dit il faut être ludique avec les enfants ben il faut être ludique avec les adultes et les personnes âgées aussi. C'est le jeu qui va varier et comment tu vas le vendre aux gens. On se transforme aussi en coach à un moment donné, pour les emmener avec toi dans la rééducation, parce qu'il y aura certainement un déficit physique. Donc tu vas leur demander de faire des choses qui sont légèrement au-dessus de leur capacités. Tu vas les renforcer, donc il va falloir que le patient il t'accompagne complètement dans ce que tu fais et qu'il adhère au traitement. Tu as suivi son problème, mais il faut que tu le fasses adhérer à ton programme de rééducation. C'est en ça qu'on est dans un rôle de coach. Et ça ça s'applique à tous les âges. Le dialogue va être différent mais la finalité est la même.

Existe-t-il des contre-indications à la kinésithérapie ?

**K3** : Oui, elles sont très spécifiques par rapport à la pathologie du patient. Il n'y en a pas non plus 50000, mais bien sûr il y a des contre-indications. Il n'y a pas forcément des contre-indications à la kinésithérapie parce que la kinésithérapie a beaucoup d'armes, mais plus à certaines techniques. Par exemple la mobilisation passive je ne crois pas qu'il y ait beaucoup de contre-indications sauf par exemple s'il y a du matériel qui a été posé, peut-être mal ou qui a été difficile à poser, ou bien par exemple en pédiatrie parfois il était obligé de mettre des agrafes et on ne devait pas mobiliser au-delà de 20 degrés. C'est très spécifiques. Après il y a des techniques que l'on ne va pas faire, par exemple une trachéomalacie en pédiatrie, tu vas déclencher un réflexe de toux sur un étirement facial. Il y a également pleins d'autres choses, par exemple pour une ligamentoplastie. Aussi à l'époque on disait on ne renforce pas un muscle spastique et puis finalement on s'est rendu compte que c'était bénéfique. Ça a changé depuis Bobath et les autres de l'époque. Aujourd'hui ça arrive qu'on soit plus à leur faire soulever de la fonte qu'autre chose.

Connais-tu les origines de la kinésithérapie ?

**K3** : Non, je ne me rappelle pas. Je ne sais même pas si je l'ai déjà appris. Et je ne sais pas si cela m'a intéressé un jour. Enfin c'est intéressant, cela m'est déjà arrivé d'aller chercher de la bibliographie très ancienne parce que souvent elles sont bien plus documentées, parce qu'à l'époque on justifiait ce qu'on faisait, alors que maintenant on fait beaucoup de discours, les formateurs qui ont des DU en science de l'éducation, vont s'amuser à faire des graphiques etc mais on ne parle quasiment plus de la technique. Et pourquoi il a posé les mains là et pourquoi il fait ça, et ben on ne te l'explique pas. On en arrive à devoir retrouver la technique dans un bouquin de 1972 de un tel où là il y aura tout de décrit au niveau biomécanique. Après savoir qui l'a inventé ou pas, cela m'est égal.

Est-ce qu'il y a des courants différents en kinésithérapie ?

**K3** : Cela est très personnel mais je pense qu'il y a des mystiques et des cartésiens. Et il y en a qui mélange un peu les deux. Enfin mystique c'est peut être un petit peu fort. Il y a des gens qui vont se tourner vers des techniques un peu plus exotiques on va dire, comme la médecine chinoise ou autre. Enfin la médecine chinoise n'est pas un bon exemple. En tout cas il y en a qui

ne vont pas forcément chercher la justification scientifique, et d'autres qui vont être vraiment dans quelque chose de très cartésien.

La kinésithérapie fait partie des métiers de thérapie manuelle. En connais-tu d'autres ?

**K3** : On peut parler des rebouteux, les chiropraticiens qui reviennent de loin, les ostéopathes.

Pour toi quels seraient les points communs et les différences entre la chiropraxie et la kinésithérapie ?

**K3** : C'est une question que je me suis posée, je m'étais dit qu'il fallait que je regarde, mais je n'en sais strictement rien. Je n'ai pas eu l'occasion de m'y pencher mais ça m'intéresse de comprendre surtout la différence avec les rebouteux. Je suis aller voir un rebouteux il y a quelques années, on peut parler aussi des guérisseurs, c'était des gens du village qui soignaient les gens. On peut parler des magnétiseurs aussi mais c'est différent. Ah et également il y a la microkiné maintenant. Pour en revenir aux différences avec la chiropraxie, je ne sais pas bien les détails, je sais qu'il va mettre les mains sur la personne et manipuler mais je n'ai pas assez de détails pour expliquer.

Et avec l'ostéopathie ?

**K3** : L'ostéopathie il y a également différent courants, certains plus cartésiens et d'autres plus mystiques. Je trouve que la frontière entre la thérapie manuelle chez les kinés et l'ostéopathie purement biomécanique est plus que étroite. Après concernant la thérapie crâniale etc, en kinésithérapie il n'y a pas. Enfin je te parle de ce que je connais, à l'époque dans mon école de kinésithérapie, beaucoup de professeurs étaient ostéopathes également ainsi que le directeur. Ils vendaient une approche très biomécanique de l'ostéopathie. Le directeur était très fort pour parler d'ostéopathie dans les congrès de kinésithérapie.

Connais-tu l'étiopathie ?

**K3** : Non

Et savais-tu que les médecins se formaient en ostéopathie ?

**K3** : Oui, à la base l'ostéopathie c'était médical et ensuite ça s'est officiellement ouvert aux kinésithérapeutes, il a dû y avoir un décret qui est sorti. Mais pendant un temps si tu faisais de l'ostéopathie en tant que kinésithérapeute, tu pouvais être attaqué en justice pour exercice illégal de la médecine.

As-tu déjà été amené à échanger au sujet d'autres patients avec d'autres thérapeutes manuels ?

**K3** : Je ne crois pas.

On arrive à la fin de l'entretien, je voulais savoir si tu t'étais senti limité dans tes connaissances pour pouvoir y répondre ?

**K3** : L'étiopathie, j'en ai entendu vaguement parler donc pour être honnête je ne vais pas être assez précis dessus pour en parler. Les chiropracteurs je ne suis pas rentré dans les détails. En répondant à cet entretien, je voulais parler de mon métier avant tout, et j'ai l'impression que je connaissais un peu. Concernant les thérapies manuelles en général, effectivement c'est vrai que je ne les connais pas autant que ça. Je me base surtout sur l'approche que j'ai eu lors de ma formation. Cela m'a intéressé, je ne suis absolument pas contre l'ostéopathie, mais il y a des formes qui me plaisent moins. On a pas parlé de la part psychologique de la rééducation mais la partie psychologique et psychiatrique est assez importante, on peut soulever des montagnes avec ça aussi. À une époque, quand j'étais stagiaire, je m'amusais à mobiliser les gens en piscine plutôt que de faire que des exercices qui m'ennuyaient un peu à force. Je m'amusais à réviser les micro-mobilisations avec les patients, je prenais les gens un par un, et très rapidement je me suis fait reprendre par le kinésithérapeute qui était en charge de moi car il y avait une queue de patients assez importante. Les patients s'étaient passés le mot et disaient « il y a un ostéopathe qui est dans la piscine, va te faire manipuler c'est extraordinaire ». Je te laisse méditer là dessus mais tout est dit. Tout ça pour dire qu'il y a des gens, tu vas leur faire de la kinésithérapie, ce ne sera pas

suffisant. Si tu fais bien ton métier d'ostéopathe, tu vas t'intéresser à l'individu, en kinésithérapie aussi bien sur, tu vas t'intéresser à l'ensemble du corps etc. Tu vas avoir aussi cette image un peu de mage, qui va débarquer et qui va remettre en place des trucs qui sont pétés ou déplacés. C'est l'image en tout cas que les gens ont en générale. Il vont attendre le thrust notamment, et associer le crac à la libération. Donc tu prends n'importe quel thérapeute qui mobilise un peu comme ça, cric crac et puis s'est fini. Il y a beaucoup trop de gens qui se forment en ostéopathie trop rapidement avec des écoles que je trouve un peu trop limité. Mais quand tu fais des vraies bonnes études d'ostéopathies là c'est autre chose. On ouvre un peu trop la porte à des gens qui ont fait un module crâniale, après ils font un module sur le pied et le genou et après ils te prennent le tarif ostéopathe.

Aurais-tu des choses à ajouter ?

**K3** : Non.

---

### Interview K4 (n°12)

Pourrais-tu m'expliquer ton métier?

**K4** : Dans mon métier il y a le mot rééducation, donc c'est la personne qui a pris des mauvaises habitudes dans sa manière de se déplacer, dans sa posture. Il y a tout de suite éducation une partie un peu pédagogique tout simplement. Après on est aussi masseurs, si je reprends les termes qui nous sont propres. J'aime beaucoup masser, toucher, car cela nous amène beaucoup d'informations. Et on est là pour réajuster, sentir ce qu'il se passe, et libérer les zones de blocages. On est aussi kinésithérapeute donc le mouvement, c'est-à-dire redonner un mouvement qui est juste par rapport à un mouvement qui n'est pas juste. Par exemple chez l'enfant il peut y avoir des mauvais schémas moteurs, donc c'est redonner le schéma qui soit juste. Et puis, en évoluant pour moi, le corps et la maladie ce n'est pas que le corps qui dysfonctionne, en tout cas dans tout ce qui va être plutôt rhumatologique, cela va être également de l'ordre psychologique, l'aspect émotionnel. Donc la sophrologie m'a permis d'aller au-delà. Parce que parfois les gens venaient et ils avaient toujours mal même si on les avait soulagés. C'est parce qu'il fallait comprendre au-delà de la mécanique du corps, ce qui se passait dans la mécanique de l'esprit, voir même maintenant je dirais de l'âme. Parfois il y a des choses que les gens oblitèrent totalement dans leur existence, et le corps renvoie à une mémoire qui dit "ben non là ça ne va pas". Et tant qu'on a pas compris, le corps s'exprime au travers d'une douleur ou d'un blocage. On est là pour essayer aussi d'aider et d'accompagner la personne et pas seulement de travailler sur le corps juste sa dynamique et d'aller plus loin, d'aller chercher dans l'enfance. Bon là ça déborde sur la sophrologie, donc c'est dans ma pratique personnelle et pas dans la pratique du kinésithérapie classique. C'est mon évolution personnelle.

Si j'ai bien compris, tu utilises toujours ta formation initiale mécanique à laquelle tu associes tes formations et notamment celle en sophrologie qui te permet d'agir également sur le côté psychologique ?

**K4** : Tout à fait. Mais autrement je reste une kinésithérapeute de base et parfois très basique. Par exemple si une personne vient parce qu'elle s'est blessée au genou et qu'elle veut régler son problème de genou et rien d'autre, dans ce cas là je reste très kinésithérapeute et très mécanique. Par contre si elle ne comprends pas parce que ça fait trois fois qu'elle se fait une entorse, on va peut être chercher pourquoi. Au delà d'une laxité, on va aller chercher au-delà du simple problème purement mécanique pour comprendre ce qu'il s'est passé.

Quelles sont les indications et les contres-indications à ton métier ?

**K4** : Pour être global, les indications c'est quand il y a des dysfonctionnements corporels mécaniques. Dans l'absolu il n'y a pas de contre-indication, à part si la personne est réfractaire à faire de la kinésithérapie. Dans le respect de l'individu. Parfois on peut essayer d'un petit peu forcer la main mais si on voit que vraiment la personne ne veut pas du tout, on va la laisser. Il

existe aussi certaines personnes qui se complaisent dans la maladie, dans le dysfonctionnement parce que c'est un mode d'existence et d'aller bien ce n'est pas forcément ce qui leur convient. On essaye d'aller un peu plus loin dans un bilan, si on prend un exemple classique, ce n'est pas toutes les personnes qui ont des algodystrophies, ce n'est pas qu'un terrain anxieux, c'est souvent qu'il y a un dysfonctionnement au niveau du travail ou au niveau du couple et la personne, le corps refuse de récupérer, la récupération est beaucoup plus longue que cela n'aurait dû être. Pour moi il ne faut pas se limiter au corps, on risque de passer à côté dans certains cas.

Connais-tu les origines du métier de kinésithérapeute ?

**K4** : Je ne me souviens plus trop. Je sais qu'on a associé deux choses, certains étaient masseurs et d'autres gymnastes médicaux. De là on a fait un peu l'assemblage des deux pour créer le métier de masseur-kinésithérapeute. Il me semble que c'est apparu dans les années 40. Ensuite je pense que le métier au fil du temps c'est affiné et peaufiné. Peut-être plus le côté gymnaste, enfin le côté mécanique, parfois a pris un peu plus le dessus par rapport au massage. La mobilisation etc. et la technologie aussi d'appareillage a évolué. Je pense que le métier ce n'est plus le même qu'au démarrage. Je pense qu'il s'est élargi, avec certains qui vont plus dans le massage par exemple, dans le toucher. D'autres vont être plus dans la kinésithérapie du sport avec du matériel. L'ostéopathie, c'est revenir vraiment au toucher et aller au cœur du corps. Je pense que le métier s'est vraiment étoffé.

Tu viens de parler de l'ostéopathie, pour toi quelles sont les points communs et les différences avec la kinésithérapie ?

**K4** : Je pense que on va être différent sur le plan viscéral, qui va jouer un rôle très important en ostéopathie et que l'on va beaucoup plus survolé dans les études de kinésithérapeute. Donc l'ostéopathie ne reste pas sur un plan mécanique purement articulaire. Peut être que je me trompe mais j'ai l'impression que cela rejoint un peu la médecine chinoise. Personnellement, je suis très sensible à tout ce qui est acupuncture etc. Par les méridiens on touche le haut des organes. Des blocages articulaires peuvent être liés à des dysfonctionnement organiques. Ce n'est pas trop ce qu'on aborde en kiné au niveau de l'enseignement, en tout cas à mon époque, pour les nouveaux étudiants je ne sais pas trop. Mais moi en tout cas cela restait très succinct au niveau organique. Je pense donc qu'en ostéopathie on va aller plus profond dans le corps.

À part l'ostéopathie, connais-tu d'autres professions de thérapies manuelles ?

**K4** : La biokinergie, la micro-kinésithérapie, il y a la kinésiologie. La kinésiologie c'est un peu sur la mémoire du corps, et la microkinésithérapie je crois aussi qu'il y a un travail sur la mémoire du corps. La biokinergie j'ai l'impression que c'est un dérivé de l'ostéopathie mais on va travailler sur les fascias. Je pense que les fascias c'est un peu l'avenir aussi, maintenant il est considéré comme un organe, j'ai lu quelques articles là-dessus. Notamment en cancérologie, cela pourrait expliquer les métastase, en tout cas comment cela peut se propager, et c'est peut être un peu l'avenir du kinésithérapeute ou de l'ostéopathe je ne sais pas, ce travail sur les fascias. En tout cas c'est mon avis.

Et connais-tu la chiropraxie ?

**K4** : Alors la chiropraxie je connais sans trop connaître. Une amie qui est kinésithérapeute et qui est partie au Canada se faisait suivre par un chiropracteur et m'a partagé son expérience. Je n'arrive pas trop à comprendre la différence entre un chiropracteur et un ostéopathe. J'ai l'impression qu'il y a beaucoup de manipulations, plus qu'en ostéopathie. En ostéopathie on va plus sur la micro-mobilisation et c'est plus doux, enfin certains ostéopathes en tout cas. Et la chiropraxie je ressens que c'est plus du crac crac, mais peut être que je me trompe.

Et l'étiopathie ?

**K4** : Je ne connais pas trop. Je crois qu'on m'en a déjà parlé mais je ne pourrais pas donner de définitions.

Et sais-tu qu'il y a des médecins qui se forment à l'ostéopathie ?

**K4** : Oui, bien sûr, il y a des médecins qui se forment à l'ostéopathie parce qu'on vient empiéter sur leur plate-bande. Donc ça a été au départ très compliqué. J'ai un ami qui a fait tout de suite la formation d'ostéopathe sur 4-5 ans. Il l'a fait en Belgique, au départ c'était en Angleterre les premiers qui ont été formés puis en Belgique. C'est arrivé en France bien bien après, d'ailleurs c'était très pointu en Belgique. Parce que par la suite les écoles d'ostéopathie en France, il y avait aussi des petits rigolos à un moment donné. C'est ce que cela m'a un peu renvoyé comme effet. Donc les français allaient au départ se former à l'étranger. Ils avaient un statut au départ un peu bâtard, et cela n'a pas plu aux médecins qui du coup se sont réappropriés le truc. Notamment les rhumatologues, ils faisaient crac crac et puis voilà. D'ailleurs personnellement le crac je n'aime pas trop, les rares fois où je suis allé voir un ostéopathe, je dit surtout pas un médecin. Je préfère un kiné ostéopathe, parce que le kinésithérapeute a le toucher que le rhumatologue n'a pas. Donc cela a dérangé les médecins et cela a été compliqué de vraiment instaurer le métier d'ostéopathe à part entière. Au départ c'était les kinésithérapeutes qui devenaient ostéopathes. Maintenant il y en a qui deviennent ostéopathe sans être kinésithérapeutes ni médecins.

Es-tu amenée à échanger avec d'autres thérapeutes manuels au sujet de tes patients ?

**K4** : Un peu avec mes collègues kinésithérapeutes. Ou avec mon amie qui est parti au Canada. Cela reste très succin, c'est quelques personnes. Les personnes avec qui j'ai travaillé mais je n'ai pas cherché d'autres personnes avec qui en discuter ou échanger.

On arrive à la fin de l'entretien, je voulais savoir si tu t'étais senti limité pour répondre à mes questions ?

**K4** : Non

Aurais-tu quelque chose à ajouter ?

**K4** : Ce serait plus une question, parce que j'ai l'impression qu'il y a parfois deux courants d'ostéopathies. J'ai l'impression qu'il y en a qui sont beaucoup plus viscéraux et qu'il y en a qui sont beaucoup plus mécaniques et qui vont faire un peu plus crac et d'autres qui vont à peine toucher, et que c'est plus subtil.

Je vais t'y répondre mais hors enregistrement à moins que tu es autre chose à rajouter avant que je coupe.

**K4** : Non, enfin si je n'y ai pas pensé mais c'est vrai que je peux dire aussi que j'indiquais des ostéopathes à des personnes quand je travaillais dans le nord parce que ici j'ai moins de connaissances de médecins, ostéopathes etc. Mais j'étais très très prudente, je ne réorientais que par rapport au bouche à oreille de mes patients parce que il y en a pour qui c'était la catastrophe. J'en ai trouvé en sophrologie qui se sont fait massacrés par des ostéopathes, qui travaillaient parfois en collaboration avec des posturologues, des orthodontistes etc. Parfois ça vaut le coup, je peux prendre l'exemple de ma fille qui a une scoliose et qui a du passer par de l'orthoptie dans sa prise en charge entre autre. Mais parfois pour certains patients c'était la catastrophe. Et à l'inverse il y avait des ostéopathes très pointus, vers qui j'orientais mes patients sans problème.

---

## Interview MMO1 (n°11)

Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste votre métier ?

**MMO1** : Et ben à faire de l'ostéopathie. Ma démarche intellectuelle c'était la médecine du sport car j'étais sportif, je me suis rendu compte qu'avec la médecine du sport on ne soignait pas tout donc j'ai fait de la mésothérapie. À l'époque on faisait beaucoup ça il y a 30 ans sur les problèmes tendineux et musculaire donc j'ai fait ça. Et je me suis rendu compte qu'avec la mésothérapie on ne soignait pas tout, qu'il y avait des dysfonctions qu'on ne traitait pas, j'ai donc fait après de l'ostéopathie. Ça me permet à mon avis d'avoir un échantillonnage d'outils pour soigner pas mal

de choses en médecine du sport et autres d'ailleurs. Donc c'était un peu ma démarche intellectuelle. Maintenant je pratique tous les jours médecine générale, médecine du sport, mésothérapie et ostéopathie.

Quand vous soignez un patient, vous essayez de lier tout ça en fonction de la pathologie du patient ?

**MMO1** : En fonction de la pathologie, je regarde quel est l'outil adéquat pour aider le patient. Donc je ne fais pas que de l'ostéopathie, je suis médecin généraliste avec deux trois compétences en plus.

Qu'est-ce qui va vous permettre de choisir dans vos outils ?

**MMO1** : Ça dépend si j'ai une pathologie comme une tendinite pure, je vais soigner plutôt par la mésothérapie. Si ce sont des lésions musculaires, je vais prescrire de la rééducation. Si c'est une dysfonction vertébrale, alors à noter que je fais de l'ostéopathie mécanique, donc si c'est une dysfonction vertébrale mécanique, je manipule.

Il me semble que vous appelez ça les DIM ?

**MMO1** : Oui, alors il y a plusieurs termes, mais c'est de mon époque ça.

Est-ce que vous pouvez m'expliquer comment vous voyez cette dysfonction vertébrale ?

**MMO1** : Quand je vois que cliniquement des signes sémiologiques qui permettent de faire le diagnostic. Ça s'apprend à l'école

Qu'est-ce qu'il y a comme signes sémiologiques ?

**MMO1** : On a la palpation des épineuses, pression axiale, pression latérale, pression contrarié, recherche des cellulomyalgies, etc. On regarde si c'est lié aux problèmes médicaux autres, et les contre-indications mais en gros ce sont essentiellement ces signes là qui permettent de voir s'il y a une dysfonction mécanique vertébrale. Il y a aussi des manipulations périphériques

Si on reprend l'exemple de la tendinite, est ce que ça peut vous arriver de manipuler sur une tendinite où vous faite quelque chose de médicamenteux ?

**MMO1** : Ça dépend ce qu'on appelle manipuler, si j'ai une épicondylalgie qui paraît mixte. C'est à dire des signes de tendinites avec souffrance tendineuse et en même temps une souffrance cervicale, je vais traiter les deux, la tendinite et la dysfonction cervicale. S'il n'y a que la tendinite, je vais traiter que la tendinite.

Vous avez parlé de contre-indication tout à l'heure, est ce que vous pourriez me donner les principales ? Quelle sont les contre-indications à la séance d'ostéopathie ?

**MMO1** : Si c'est une douleur thoracique je retrouve une dysfonction d'une côte par exemple mais que à l'auscultation je vois qu'il y a une infection pulmonaire, je ne vais pas manipuler, je vais traiter d'abord l'infection pulmonaire et la dysfonction de la côte sera après évidemment. S'il y a une notion de traumatisme, je ne vais peut-être pas manipuler sans avoir fait les radios pour vérifier qu'il n'y a pas une fracture.

Une fois qu'il n'y a pas de problème pulmonaire, que ça va mieux, est ce que vous pouvez être amené à revoir le patient pour voir si la dysfonction au niveau de la côte elle est toujours présente ?

**MMO1** : Je traite que les signes fonctionnels, c'est à dire que moi dans ma pratique je traite que les patients qui ont une souffrance donc je leur dis si vous avez encore une douleur au bout de quelques semaines après traitement de l'infection, revenez me voir. Je ne traite pas de manière systématique, je sais qu'il y a des confrères dont les patients viennent une fois par an systématiquement pour faire le point mais moi je traite que quand il y a des symptômes.

Est-ce que vous pourriez m'informer sur les origines de la médecine ostéopathique ?

**MMO1** : Je ne les connais pas, c'est Still essentiellement qui a développé ça et puis après il a eu une influence européenne mais les origines pour moi ce sont mes maîtres d'enseignements. Je

pense que l'ostéopathie il y a des bases d'enseignement à prendre et après c'est essentiellement du compagnonnage qui fait qu'on fait le métier quoi. Donc il faut un maître, enfin un enseignant ou un compagnon qui montre le boulot pour vous expliquer, parce qu'il y a une part intuitive dans la manipulation. Pour vous expliquer qu'il faut manipuler en rotation à droite ou en latéro-flexion par exemple. Si on n'a pas vu un compagnon qui vous explique c'est compliqué, tout ne se trouve pas dans les bouquins. Il faut apprendre au contact des anciens

Vous disiez que certains de vos confrères voient leur patient une fois par an, est-ce qu'il y a des courants différents en médecine ostéopathique ?

**MMO1** : Oui il y a des courants différents c'est que les enseignements ne sont pas les mêmes pour les kinés, les médecins et surtout pour les nini, ni médecins ni kiné. Je pense que les médecins kiné on n'a pas les mêmes formations, mais alors les nini on ne sait pas à qui on a à faire parce que eux ils ont des diplômes un peu différents. C'est un peu la difficulté pour nous mais aussi pour les patients de s'y retrouver. Quand on voit ostéopathie sur une plaque dans la rue, ils ne savent pas à qui ils ont à faire. Je pense que c'est un problème qui mériterait d'être éclairci.

Par rapport aux origines de la médecine ostéopathique, connaissez-vous le docteur Maigne ?

**MMO1** : Oui, ce n'est pas l'origine mais c'est un des pionniers en France parmi d'autres et son fils Henry, ce sont eux qui ont introduit l'ostéopathie en France sur le modèle Universitaire. Ils avaient l'avantage d'être universitaire et ils ont pu faire rentrer l'ostéopathie dans le domaine médicale ce qui n'est pas facile. Mais ce ne sont pas vraiment les pionniers, les pionniers c'était De Porter et quelques autres. Maigne c'est celui qui a permis de faire connaître l'ostéopathie au niveau universitaire.

Alors vous m'avez dit, il y avait M. De Porter ?

**MMO1** : Alors il y avait De Porter à Dijon, ils étaient trois quatre je ne me souviens plus. Lucien KRUMHOLZ à Rouen aussi. Ils étaient parmi les pionniers. La plupart du temps, c'étaient des médecins généralistes, du sport ou rééducateur fonctionnels qui sont allés se former à l'étranger, qui ont ramené ça en France. Il n'y n'avait pas de diplôme reconnu et eux ce sont mis en contact avec les universitaires ce qui a permis de faire des DU pour être reconnu par des facs dont Maigne à Paris.

La médecine ostéopathique, on peut dire que c'est un métier de thérapie manuelle, vous avez évoqués les kinés. Est-ce que vous connaissez d'autres métiers qui rentrent dans le cadre de la thérapie manuelle ?

**MMO1** : Non. Enfin il y a des rebouteux mais pour la thérapie manuelle c'est d'être reconnue par un diplôme validé et je pense que c'est un de nos problèmes en France actuellement, c'est que ce n'est pas homogène.

Est-ce que vous connaissez les chiropracteurs ?

**MMO1** : Oui chiropracteurs, rebouteux. Moi dans ma formation, on m'a montré des techniques de rebouteux qui faisaient des manipulations magnifiques mais c'est pareil, ils avaient un coup de main, on leur avait transmis et ils ne savaient pas pourquoi ça marchait. Nous dans notre enseignement on fait d'abord un diagnostic et on manipule, on sait pourquoi ça marche ou pourquoi ça marche pas. Ça ne marche pas à tous les coups mais enfin. Les rebouteux c'est très intuitif mais quelque fois il y a des catastrophes, derrière parfois il y a des contre-indications cervicales notamment. Pour moi je ne reconnais pas les chiropracteurs ou les rebouteux ou autres en tant que tel mais il y a des bons quand même.

Avez-vous déjà entendu parlé de l'étiopathie ou pas ?

**MMO1** : Oui l'étiopathie mais pour moi ça rentre plus dans un cadre d'une certaine philosophie où l'ostéopathie et l'étiopathie rentre un peu plus. Personnellement j'ai une approche purement mécanique. Pour l'ostéopathie crânienne j'y crois pas trop, enfin je ne comprends pas comment ça marche, j'ai fait des formations et je ne comprend pas vraiment.

Et l'ostéopathie viscérale vous en faites un peu ou pas ou c'est pareil ?

**MMO1** : Non je comprends pas très bien le terme d'ostéopathie pour les viscères donc je n'en fais pas.

Vous m'avez dit que vous traitez vos patients en ostéopathie lorsqu'ils ont des dysfonctions, pour vous qu'est ce qui passe quand il y a une dysfonction au niveau vertébral par exemple ? Qu'elles sont les signes ?

**MMO1** : Les signes cliniques, c'est la douleur et nous on retrouve à l'examen clinique des signes qui normalement peuvent concorder, donc des douleurs électives à certains endroits, des cellulomyalgies, l'irradiation, des cruralgies, pourquoi pas des sciatalgies. Et puis après si tout concorde dans le tableau et qu'on rapporte ça avec la dysfonction vertébrale, on va donc manipuler si c'est un problème qui paraît mécanique. C'est un tableau dans son ensemble qui fait qu'on manipule ou pas

Pour vous quelle est la différence entre les autres métiers et le vôtre ? Par exemple les chiropracteurs, étioopathes ce serait plutôt la formation ?

**MMO1** : La grande différence c'est que le médecin a l'avantage de pouvoir prescrire et donc d'éliminer les contre-indications. Donc un patient vient chez moi, j'ai un doute, je fais faire une radio. Le problème pour les chiropracteurs et les autres c'est qu'ils ne peuvent pas le faire. Les kinés d'ailleurs non plus. Je ne suis pas contre toutes les thérapies manuelles s'il y a un diplôme validant. Et je ne serai pas contre le fait que les médecins orientent leurs patients chez un thérapeute, même si ce n'est pas un médecin ou un kiné mais qui a un diplôme validant, avec indication. Je te confie mon patient qui me semble présenter une dysfonction vertébrale. Le médecin il a fait son boulot, il a éliminé les contre-indications, mais il ne sait pas manipuler donc il passe la main. Le médecin l'avantage c'est qu'il peut faire un diagnostic. Alors qu'un kiné il n'a pas tous les outils et un chiropracteur encore moins.

Est-ce que vous êtes amené à échanger sur vos patients avec d'autres thérapeutes manuelles ?

**MMO1** : Non parce que je commence à être un vieux donc ce sont plutôt mes confrères qui m'envoient leurs patients quand ils ont besoin d'une analyse c'est plutôt dans ce sens-là. Cependant lors des conférences ou réunions professionnelles oui.

Est-ce que vous avez des kinés avec qui vous travaillez en particulier ou pas ? Si vous pensez que vos patients ont besoin de rééducation derrière, est ce que ça vous arrive d'envoyer des patients au kiné et inversement ?

**MMO1** : Il y a un problème, moi je passe facilement la main, je prescris beaucoup de kiné parce que cela fait partie de mon boulot. Cependant je ne passe pas à des kinésithérapeutes qui manipulent, non pas que je n'ai pas confiance en eux, le problème c'est que quand on parle de manipulation on ne sait pas ce qu'on fait. Quand un patient vous dit mon kiné m'a manipulé, on ne sait pas ce qu'on lui a fait. Ça m'arrive de voir les patients qui viennent me voir le soir et qui ont vu le kiné le matin, qui les a manipulé et puis ils me disent ben j'ai toujours mal, et moi je ne sais pas ce que le kiné a fait le matin. Donc je pense que c'est un problème de communication. Moi ça ne me gêne pas qu'un kiné il manipule mais je préfère avoir un courrier disant j'ai manipulé le patient, il avait par exemple une 1<sup>ère</sup> côte, une C5 droite. Et au moins si le patient vient me voir après je sais ce qui a été fait et moi de mon côté je vois si je peux faire un traitement complémentaire ou pas. Je trouve que c'est un peu flou le terme d'ostéopathie. Il faudrait qu'on soit précis dans nos façons de communiquer en disant on a fait tel thérapeutique. Cela faciliterait sans doute la communication entre les différentes professions. Notamment entre Médecins et kinés puisque je pense qu'on est complémentaire mais en termes d'ostéopathie on est souvent concurrent c'est ça le problème. Pourtant il n'y a pas beaucoup de médecins ostéopathes. Moi en tant que médecin, je fais mon boulot et je passe plutôt la main à des kinésithérapeutes qui ne font pas d'ostéopathie pour qu'ils fassent juste le travail musculaire que je demande.

Merci, on arrive à la fin de l'entretien. Vous êtes-vous sentis limité dans vos réponses par rapport aux questions ?

**MMO1** : Non

Auriez-vous des choses à rajouter ?

**MMO1** : Je suis maître de stage universitaire alors je vois pas mal d'interne. Il y en a plusieurs qui ont fait l'ostéopathie après m'avoir vu pratiqué en cabinet. Donc il y a plusieurs qui sont formés, ils font la formation parce que ça les intéresse mais je constate que si on ne pratique pas aussitôt qu'on a l'enseignement après on en fait pas. Donc pour faire un bon apprentissage, il faut apprendre et pratiquer aussitôt si vous voulez un conseil. Autrement ça s'oublie très vite, on perd la main. Il faut pratiquer très vite. Au début on m'a dit qu'il faut 10 ans pour manipuler correctement une cervicale et bon avec le temps je me rends compte que ce n'est pas faux.

---

### Interview MMO2 (n°16)

Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste votre métier?

**MMO2** : Je redonne de la mobilité partout où elle est perdue. Je recherche des pertes de mobilités chez mes patients et je cherche à les récupérer.

Comment faites-vous pour trouver ces pertes de mobilités?

**MMO2** : A travers les tests qu'on vous apprend à l'école, c'est palpatoire.

Il y a aussi des tests de mobilité ou cela reste palpatoire?

**MMO2** : Mon approche est purement palpatoire

Vos n'allez pas vous fier aux lois de Fryette? Par exemple?

**MMO2** : Non surtout pas car ce sont des lois qui avec l'expérience..., bon, quand les patients ressortent avec une approche loi de Fryette biomécanique pure et dure et quand les patients ressortent avec une approche plus palpatoire et plus tissulaire, voilà, il y en a qui va ressortir avec le sourire et qui sera différent et un autre qui ne reviendra pas.

Dans votre palpation, comment faites-vous pour trouver ces zones en perte de mobilité?

**MMO2** : Je ne peux pas vous faire un résumé en 4 minutes, mais ma main est attirée par les zones de restrictions comme la main est attirée par les cicatrices.

Vous cherchez une zone un peu différente?

**MMO2** : Oui c'est ça

Du coup pour traiter vos patients, qu'allez-vous utiliser comme techniques ?

**MMO2** : Des techniques tissulaires. Je ne fais pas de trusts, de techniques à haute vélocité. Donc ce sont des techniques tissulaires soit en allant vers la lésion ou pas. Je ne sais pas si on enseigne ça à l'école mais je pense que ce sont plus des techniques de fascias. Je l'ai appris en post gradué, surtout pas à l'université où ils étaient très structurels, très Fryette, etc.

Je travaille sur les fascias entre autres mais le corps c'est vraiment une globalité, c'est une approche holistique mais il n'y a pas que les fascias. Les fascias relient tout mais ce n'est pas que les fascias. Il y a tout ce qui est l'os proprement dit sur lequel on agit et tout le système crânien, etc. On a une action par cette approche sur tous les tissus du corps.

Je ne sais pas si j'ai bien compris la méthode de Pierre Tricot, est-ce que quand vous traitez votre patient vous rentrez dans les tissus ou vous restez très superficiels au niveau du touché?

**MMO2** : Non on rentre dans les tissus, on est pas du tout superficiel. Il y a une pression importante qui est mise contrairement à la pression qui est à imprimer dans ce qu'on nous apprend à l'école pour le crânien.

Est-ce que vous pourriez me donner des informations sur les origines de l'ostéopathie?

**MMO2** : C'est en gros Andrew Taylor Still qui est le pionnier de l'ostéopathie, c'est lui qui a posé les fondements. Il était pasteur et puis ensuite ingénieur et il a vu la moitié de ses enfants décimés par une méningite et il s'est demandé s'il n'y avait pas autre chose donc il a fait des recherches. C'était pendant la guerre de sécession et il a déterrer des cadavres et il a fait de la dissection comme le faisait Léonard de Vinci à son époque et il a mis en place le concept de l'ostéopathie. Vous savez comment c'est arrivé en France?

**MMO2** : Non pas trop

Quelles sont les domaines d'application de l'ostéopathie?

**MMO2** : Il y a tout ce qui est l'appareil locomoteur évidemment mais c'est beaucoup plus large que ça. Il y a aussi tout ce qui touche au viscéral, les problèmes de constipation, alternance diarrhée et constipation, et puis aussi les problèmes de migraine, de céphalée de tensions. Et aussi la partie émotionnelle auquel l'ostéopathie peut répondre parfois. Et aussi tous les problèmes due au confinement et au déconfinement et la capacité qu'ont les pouvoirs publics à faire peur, tous ces problèmes d'anxiétés.

A contrario il y a-t-il des contre-indications?

**MMO2** : Avec ma façon de travailler il n'y en a pas. Même les patients qui sont cancéreux, qui ont des métastases cérébrales, je les reçois. Il n'y a pas de contre-indications formelles. Si je refuse un patient ce serait pour une fracture évidemment ou une fracture en consolidation mais il n'y a pas de contre-indications.

À l'université vous étiez très biomécaniques d'après ce que vous disiez ,et maintenant moins par rapport aux lois de Fryette en tous cas, est-ce qu'il y a différents courants qui se sont développés en médecine ostéopathique?

**MMO2** : Oui, il y a ceux qui font que du crânien, ceux qui ne font que du viscéral, ce qui ne font que des touchers vaginaux ou rectaux enfin ça c'est invraisemblable car l'ostéopathie c'est une approche globale. On doit envisager le corps dans sa globalité de façon holistique. Mais effectivement il y a des courants. Il y en a qui sont partis en Suisse et qui se sont appelés étiopathes mais qui font que de l'ostéopathie comme nous.

Pensez-vous qu'il existe des points communs et différences entre la médecine ostéopathique et les ostéopathes non médecins?

**MMO2** : Non pas de différence s'ils font correctement leur travail. C'est à dire avec une approche globale et ne pas faire que du viscéral ou du crânien.

Pour vous l'étiopathie reste similaire a l'ostéopathie?

**MMO2** : Oui

Et avec la chiropractie?

**MMO2** : La chiropraxie, quand j'ai débuté c'était de manipuler toute la colonne vertébrale d'une façon structurelle, faire venir le patient trois fois par semaine et faire dix séances. Et puis ils ont du se diversifier et maintenant le chiropracteur arrive a traiter une entorse de la cheville et ils ont donc complètement dévié de leur approche initiale.

Et entre la kinésithérapie et la médecine ostéopathique?

**MMO2** : Le kinésithérapeute reste très superficiel par rapport à notre approche d'une part et d'autre part il travaille sur une prescription donc il fait le traitement sans poser le diagnostic ce qui est une différence fondamentale.

Êtes-vous amené à rediriger vos patients ou à échanger avec les autres thérapeutes que l'on a évoqué?

**MMO2** : Entre médecins ostéopathes oui. Avec les autres non. Il se trouve qu'il n'y a pas d'étiopathes autour de moi mais avec les ostéopathe oui. C'est dû à mon entourage.

On arrive à la fin de l'entretien. Vous êtes-vous senti limité dans vos connaissances au cours de cet entretien par rapport aux questions que je vous ai posées?

**MMO2** : Peut-être par rapport à la chiropraxie car je n'en connais pas donc c'est plus ce que me raconte les patients. Les patients il faut les écouter, ils ne disent pas que des bêtises. Les étiopathes pareil je n'en connaît pas mais de ce que me raconte les patients, ça ressemble à l'ostéopathie. A part cela non

Est-ce que vous auriez des choses à rajouter sur le sujet?

**MMO2** : Non c'est un bon métier qu'est l'ostéopathie car il propose une alternative aux autres approches, à la médecine classique et c'est important qu'on ait notre place autour d'un patient. Il y a plusieurs approches possibles et l'ostéopathie a toute sa place.

---

### Interview MMO3 (n°18)

Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste votre métier?

**MMO 3** : Mon métier c'est soigner, c'est guérir parfois, soigner souvent, accompagner toujours. Ça c'est une vieille devise de médecin.

Quelle différence faites-vous entre soigner et guérir?

**MMO 3** : Soigner c'est avoir un résultat incomplet, guérir vous revenez à l'état antérieur.

Quand vous avez un patient qui arrive, qu'est-ce que vous allez mettre en place pour le soigner? Par quelle démarche vous allez entreprendre votre traitement, et ensuite quelles techniques allez-vous utiliser?

**MMO 3** : Il faut faire un diagnostic avant de faire un traitement donc il faut savoir quel est le bon diagnostic médical. Ça c'est le premier temps et en deuxième temps, c'est est-ce que ce sera un traitement ostéopathique et est-ce que l'ostéopathie peut quelque chose. Après comme je suis médecin, je me demande s'il faut compléter par un traitement médicamenteux pour quelques jours soit en associant des antalgiques, des anti inflammatoires, et des décontractants. Faut-il en fonction du diagnostic faire appel à un kinésithérapeute pour faire un renforcement musculaire, pour faire une rééducation, pour faire un réentraînement à l'effort, ça c'est une autre partie du diagnostic. Faut-il faire appel à un orthodontiste, une orthophoniste, un podologue? C'est tellement vaste.

Comment faites-vous pour poser votre diagnostic? C'est par des interrogatoires, des tests, les deux?

**MMO 3** : J'écoute la plainte du patient, je pose les mains, je sens, je vois ce que ça m'apporte comme diagnostic et puis je pose les questions aux patients en fonction de ce que je sens et ce qu'ils me racontent.

Vous faites un va et vient entre les questions et des tests palpatoires?

**MMO 3** : Souvent quand vous posez les mains et vous travaillez, le patient vous donne la bonne indication. On est bien d'accord qu'il y a avant un minimum d'interrogatoire avec les antécédents, par exemple l'ostéoporose et les traitements médicamenteux, les anti vitamines K, etc. Ou encore d'autres traitements qui vont faire que le traitement ostéopathique risque d'être plus long ou plus difficile, que sont les traitements anti-dépresseurs ou anti psychotique ou autre.

Tout ça vous permet de savoir si le traitement ostéopathe est indiqué pour la personne?

**MMO 3** : Le traitement pour moi il est toujours indiqué. Par contre il faut savoir combien il faut de séances. Il y a pleins de gens qui pensent qu'en deux ou trois séances on peut tout régler mais ce n'est pas vrai. Une ou deux séances avant 30 ans oui c'est possible, mais quand on a entre 50, 60, 70, 80 ans, il faut souvent plus de séances que ça. Mais pas forcément du structurel.

Vous avez parlé de l'ostéoporose tout à l'heure, est-ce que pour vous c'est une contre-indication à la pratique de l'ostéopathie?

**MMO 3** : Non c'est une indication de choix de technique.

Est-ce qu'il y a des contre-indications dans l'ostéopathie pour vous?

**MMO 3** : Pour moi pas vraiment. C'est pas vraiment des contre-indications. Il y a des gens par exemple qui sont bipolaires ou des gens avec des traitements psychiatriques lourds, c'est très très dur de faire quelque chose. Et il faudrait 10-15 séances, les gens ne sont pas décidés à faire un nombre de séances aussi important avec la possibilité que ça ne marche pas à la fin quand même. Donc c'est pour ça que dans ce cas je leur dit que je ne peux pas grand chose.

Vous avez évoqué des techniques structurelles, vous utilisez quoi d'autre comme techniques pour soigner les patients?

**MMO 3** : Il y a des techniques structurelles, mais aussi le myotensif, le recoil, la méthode Moneyron, ou Niromaté au choix. Il peut y avoir des techniques sur la peau comme le palpé-roulé. Il peut aussi y avoir des techniques de kinésithérapeute comme sur l'épaule, du TGO travail global ostéopathe, puis surtout pour moi la biodynamie.

Et du coup vous cherchez à faire quoi pour soigner vos patients?

**MMO 3** : Par exemple les gens se plaignent d'un genou. Avec un bon interrogatoire de médecine du sport vous allez pouvoir vous orienter pour savoir si c'est l'appareil fémoro-patellaire, si c'est plutôt le TFL ou des choses comme ça. Si vous écoutez les gens, ils vont vous donner des indications et poser les mains va vous permettre de savoir s'il y a une bursite par exemple, s'il y a quelque chose. Savoir s'il faut que je fasse une radio, une échographie, ou une IRM par exemple. Et après, mon étape diagnostic est en même temps le début de ma thérapeutique.

Est-ce que vous pourriez me donner des informations sur les origines de la médecine manuelle ostéopathe?

**MMO 3** : C'est dérivé de Still au départ aux États-Unis. Il y a toujours eu des rebouteux qui avaient des techniques particulières, qui remettaient les nerfs en place en Bretagne ou qui avaient d'autres techniques qui ont été récupérées par certains médecins ostéopathe comme par exemple le Docteur Bonneau. C'est pratique dans certains cas, ça peut être intéressant quand on arrive pas à faire allonger un patient sur la table, on peut travailler debout. Quand vous avez des lombagos où les gens n'arrivent pas à s'allonger. Ce sont des aides comme ça. Ça peut être intéressant si vous êtes en voyage et que vous avez besoin de soigner quelqu'un. Il y a pleins de choses qu'on peut faire.

La finalité ce serait de libérer le tissu qui est en cause ou totalement autre chose?

**MMO 3** : Ça ce serait l'ostéopathie tissulaire de Tricot. L'idée ce serait ça, c'est-à-dire qu'on ne va pas travailler que sur l'articulation ou que sur des manœuvres neurales ou que sur du reboutage ou du décordage musculaire. L'idée ça va être de prendre en compte toute l'articulation ou la zone avec les muscles, le fascia, les nerfs, les artères, les veines, les cartilages. Prendre toutes ces zones en compte et ce qui est intéressant c'est de raisonner en termes de fasciathérapie ou de chaîne musculaire, musculo-ligamentaire. La médecine classique dit que s'il y a un problème de genou, il faut aller voir la hanche ou la cheville donc il faut quand même se servir de la médecine classique, ou en kinésithérapie des chaînes ouvertes ou fermées.

Merci, on va passer à une deuxième partie de l'entretien. Quels sont pour vous les points communs et différences entre la médecine ostéopathe et les ostéopathes non médecins?

**MMO 3** : Les techniques déjà et en théorie la philosophie devrait être les mêmes. C'est au niveau du diagnostic que je pense qu'il peut y avoir une différence.

Et avec la chiropractie?

**MMO 3** : Ça dépend par qui elle est faite. Je connais des médecins chiropracteurs. Ils avaient un diagnostic médical initial au départ et après ils avaient plutôt des techniques en trust direct avec une grande habilité.

Et entre la kinésithérapie et la médecine ostéopathique?

**MMO 3** : Si j'ai bien compris le boulot de kinésithérapeute, normalement il est autorisé à faire des mobilisations articulaires et l'ostéopathie ce serait des mobilisations articulaires poussées un peu plus loin que pour un kinésithérapeute. Ça dépend comment le kinésithérapeute fait de l'ostéopathie et ça dépend de sa main et de son expérience. J'ai travaillé avec des kinésithérapeutes qui avaient une main exceptionnelle et ils me disaient que leurs mains étaient attirées par telle zone donc il travaillait sur cette zone avec une espèce de travail en écoute type crano-sacré ou tissulaire. Mais la kinésithérapie classique c'est pour moi quelqu'un qui est blessé, ou qui a une lésion et sur qui le kinésithérapeute va faire, par exemple pour une entorse de cheville, un travail sur l'œdème et la douleur, la récupération des amplitudes articulaires, le travailler sur le renforcement musculaire et après la reprogrammation neuromotrice. On peut parler encore plus du kinésithérapeute sur ce qu'il peut faire par exemple pour les lombalgiques. Il peut faire des étirements des plans sous pelvien, et va proposer des exercices de tonification. Enfin c'est un très très vaste sujet.

Et avec l'étiopathie?

**MMO 3** : Ce que j'avais retenu des étiopathes quand je les ai vu travailler c'est qu'ils avaient les mêmes techniques mais eux ce qu'ils disaient c'est qu'ils travaillaient de manière holistique globale. Mais j'ai jamais vraiment compris ce que ça voulait dire à part qu'ils faisaient craquer partout.

Il y a t'il d'autres professions à part les kinésithérapeutes vers qui vous êtes amenés à rediriger vos patients. Est-ce que ça vous arrive de parler avec des chiropracteurs, étiopathes, ostéopathes ou d'autres médecins ostéopathes de vos patients?

**MMO 3** : Ça n'arrive pas vraiment. Avec d'autres médecins ostéopathes oui. Il y en a certains qui m'envoient des patients parce que eux ne pratiquent pas beaucoup et moi je fais ça à temps plein. Donc quand ils estiment avoir atteint leurs limites de compétences, ils me les envoient. Mais autrement des discussions avec par exemple des ostéopathes non médecins il n'y a pas vraiment de contact, la difficulté étant d'avoir le même langage avec les mêmes références.

Et quelles sont les différences dans le langage?

**MMO 3** : Déjà qu'on parle des mêmes choses, du même ressenti, du même diagnostic. On ne fait pas déjà le même diagnostic.

On arrive à la fin de l'entretien. Vous êtes-vous senti limité dans vos connaissances au cours de cet entretien par rapport aux questions que je vous ai posées?

**MMO 3** : l'étiopathie et la chiropractie je ne connais pas plus que ça. Ça fait longtemps que je n'ai pas rediscuté avec eux. Je sais que dans la littérature médicale aux États-Unis, les chiropracteurs sont ceux qui écrivent le plus sur les thérapeutiques manuelles. C'est eux qui font le plus d'études scientifiques comme par exemple sur les signes les plus pertinents pour les sacro-iliaques.

Est-ce que vous auriez des choses à rajouter sur le sujet?

**MMO 3** : Ce que je trouve intéressant, je ne sais pas si ça se fait encore mais à Dijon en médecine, pendant les premières années de médecine à partir de la 3eme année, ils offraient la possibilité aux étudiants médecins de se former à l'ostéopathie et je trouvais cela très intéressant car cela permet de réhabiliter l'examen clinique et lorsqu'on le réhabilite et qu'on le pratique tous les jours, on gagne beaucoup dans les examens paracliniques, radiologiques, échographiques et

autres qui sont souvent demandés pour pas grand chose alors que ce n'est pas forcément utile. Pour moi l'examen clinique je l'ai appris après mes études de médecine. D'abord avec la médecine du sport. Il y avait vraiment un condensé de médecine du sport, rhumatologie, chirurgie orthopédique. Cela m'a fait vraiment progresser et après je l'ai complété avec l'ostéopathie.

---

## **Interview O1 (n°2)**

Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste votre métier ?

**O1** : En quoi consiste mon métier. Je vais répondre avec mes mots et pas avec ce que j'ai appris en cours. Grosso modo c'est soulager des douleurs qui sont liées à des causes fonctionnelles au niveau articulaire, musculaire, et viscérale.

Connaissez-vous les origines de votre métier ?

**O1** : Plus ou moins, c'est à dire que mon école a été créée par un ostéopathe qui était à la base étio-pathe formé à Genève, donc j'ai plutôt des connaissances de ce côté là. Je n'ai pas étudié ni approfondi du côté américain ce que Still a créé car ce n'est pas le même mode d'ostéopathie que ce que je pratique.

Pouvez-vous approfondir ?

**O1** : Il y a beaucoup de cranio-sacré, de tissulaire, et de fluidique dans les techniques que je n'ai quasiment pas abordées et avec lesquelles j'ai du mal à ressentir et à situer mon patient. Donc ce ne sont pas des techniques que j'utilise au quotidien. Cela ne veut pas dire que cela ne fonctionne pas, c'est juste qu'avec moi cela ne fonctionne pas.

Et sur les origines de Genève, est-ce que vous en connaissez un peu plus ?

**O1** : Pas dans les détails, je ne préfère pas dire de bêtise.

Pour en revenir aux principes, sur quoi vous agissez quand vous traitez un patient ?

**O1** : Personnellement j'agis énormément sur le muscle, donc tout ce qui est contracture musculaire, tension musculaire donc probablement que j'agis aussi au niveau des fascias. J'agis sur la mobilité articulaire mais grosso-modò c'est surtout la dessus que je vais travailler.

Vous utilisez quoi comme techniques pour travailler tout ça ?

**O1** : Ce qu'ils appellent du structurel mais en fait le but de mes mobilisations articulaires cela va surtout être de reproduire un étirement de l'articulation, donc une sorte de décoaptation sans accélération sur les articulations. Surtout sur ce qui n'est pas appendu, tout ce qui va être membre inférieur, hanche et lombaire, ce qui supporte le poids, cela va être de la reproduction de mise en charge dans les positions de mobilisations et d'étirement.

Et pour les techniques musculaires, beaucoup d'inhibition et de techniques de Moneyron, aussi appelées décordage, que j'utilise énormément, et rapprochement de fibre mais ça je l'utilise moins.

Vous l'avez déjà évoqué un peu tout à l'heure, en ostéopathie il y a plusieurs courants. Si j'ai bien compris, vous faites parti plutôt du courant biomécanique ?

**O1** : Tout à fait

Et l'autre courant comment vous le classifieriez ?

**O1** : Inconnu

La différence c'est surtout ce qui est cranio-sacré ?

**O1** : Pas que, tout ce qui est fluidique, il y a aussi certaines techniques de fascias tissulaire que je ne comprends pas forcément ou que je ne ressens pas. Pourtant je sais que je travaille sur les fascias. J'ai fait beaucoup de remplacements, et notamment le remplacement de personne qui ne travaille pas en biomécanique. Et je ne ressens pas sur un patient ce que eux arrivent à ressentir.

Ils m'expliquent des choses que je ne ressens pas. Je connais un kiné aussi qui travail en ostéopathie avec des techniques vasculaires, et des collègues qui travaillent en biodynamique et tout ça pour moi c'est complètement abstrait.

Votre métier peut être classé dans la catégories des thérapies manuelles, est-ce que vous en connaissez d'autres ?

**O1** : Oui il y en a beaucoup. Déjà il y a tout ce qui est massage, avec toutes les nationalités, californien, suédois, shiatsu. Il y a aussi les méthodes de Dien Chuan qui sont intéressantes en réflexologie, ça reste de la thérapie manuelle car ce sont des points de pressions même si ce n'est pas directement avec la main. Cela reste assez proche. Ensuite il y a aussi tout ce qui est étioopathie, kinésithérapeute, Reiki et tout ce qui est soin énergétique cela reste de la thérapie manuelle.

Dans le cadre de mon mémoire, j'ai fait le choix de me concentrer sur les thérapies manuelles plutôt occidentale. Vous en avez déjà citées, il y a la chiropraxie également.

**O1** :Oui bien sur, je n'en ai pas dans mes proches c'est peut être pour ça que je n'y ai pas pensé.

Connaissez-vous un peu ce métier ? Sauriez-vous donner les points communs et différences avec l'ostéopathie ?

**O1** :Oui et non parce que à la base ils travaillent essentiellement au niveau du rachis. Ils utilisent aussi des techniques de trust donc avec accélération. Ils travaillent aussi en mobilité articulaire. Après là où j'ai été surprise c'est qu'il y a des chiropracteurs qui travaillent aussi sur les articulations périphériques. Je n'étais pas au courant de ça donc finalement je me dis que je ne connais pas bien le métier.

Et l'étioopathie vous connaissez un peu plus du coup par rapport à votre école ?

**O1** : C'est pareil, oui et non. J'ai l'impression qu'il existe aussi plusieurs courants en étioopathie. Je me suis fait soigné par un étioopathe issu de la même école que le directeur de mon école. Cet étioopathe travaillait beaucoup en biomécanique avec des trust et il rajoutait un peu d'émotionnel dedans. En plus de ça il utilisait des crèmes avec des plantes qu'il faisait chauffer avec une lampe infrarouge pour soulager les muscles en fin de séance par exemple. Après j'ai eu des retours de patients qui avaient vu des étioopathes et qui n'avait strictement rien à voir, il n'y avait aucunes techniques structurales ou biomécaniques. C'était plutôt quelque chose de l'ordre de l'ésootérisme, presque ne pas touché, et avec utilisation de plantes.

Et les kinésithérapeutes, vous seriez un peu m'expliquer pour vous quels sont les points communs et différences avec l'ostéopathie ?

**O1** : Oui, beaucoup plus car j'ai eu l'occasion de travailler avec des kinés. En dehors des kinés spécifiques de type respiratoires, nourrissons etc. Pour ce qui est de la kinésithérapie pour les troubles articulaires fonctionnels, donc souvent ce qu'ils vont faire c'est travailler le muscle en rééducation, ce que nous on ne fait pas du tout, en générale c'est en deuxième partie de séance, ils vont faire des exercices, des étirements, du travail musculaire, pour rééduquer le muscle et l'articulation forcément indirectement. Ils ont différentes techniques, tout ce qui est onde au niveau du muscle. Tout ce qui est pression, et massage. Ils peuvent travailler les fascias aussi et les tendons, tout ce qui est enveloppe musculaire, ce que nous on fait un peu moins. Les techniques de crochetages aussi par exemples. Ils vont être beaucoup plus précis sur le muscle en lui même. Ils ne vont pas trop travailler au-delà de la zone. Aussi ils sont limités parce que le médecin a prescrit. Techniquement s'ils s'aventurent sur d'autres articulations, s'il y a un problème derrière ça leur retombe dessus donc ils ont moins de liberté.

Il y a aussi des médecins qui se forment à l'ostéopathie. Ils passent des diplômes également. Le saviez-vous ?

**O1** : Oui, les kinés également, c'est la même formation la plupart du temps. Il existe différentes formations, plus ou moins courte. Personnellement, plus c'est court, plus c'est dangereux pour le

patient je trouve. J'ai eu des retours de patients qui ont vu des médecins ostéopathes qui se sont fait manipulés et qui ont eu des problèmes suite à cela et d'autres pour qui cela s'est très bien passé. Cela doit dépendre de la formation je pense.

Dans la prise en charge de vos patients, êtes-vous amené à échanger avec d'autres thérapeutes manuels au sujet de vos patients ?

**O1 :** J'ai réorienté des patients vers des médecins, je fais beaucoup de lettres de recommandations. Ici, je n'ai pas eu l'occasion de travailler en partenariat avec un kinésithérapeute. Surtout parce que ceux que je connais sont ostéopathes également, donc on ne peut pas trop partager, enfin c'est rare. Ou alors ce sont des kinésithérapeutes vraiment spécialisés dans les problèmes respiratoires et là je ne peux pas faire grand-chose. Par contre je suis remplaçante dans un cabinet qui travail en partenariat avec des médecins qui redirigent certains patients vers les ostéopathes, et on a accès à un fichier patient qui est commun. C'est un peu frais mais c'est un bon système je trouve.

Il y a aussi un médecin vers qui je redirigeai mes patients et qui est devenu mon médecin traitant, avec lequel on échange.

On arrive à la fin de l'entretien, je voulais savoir si vous vous êtes senti limité dans vos connaissances pour pouvoir répondre à mes questions? Et si oui, pour quelles raisons ?

**O1 :** Oui, parce que je ne m'informe pas assez. Je suis quelqu'un qui aime bien travailler directement avec les gens et apprendre par l'expérience.

Auriez-vous des choses à ajouter ?

**O1 :** Quelque chose à rajouter par rapport au travail interdisciplinaire, je pense que le fait qu'il y ai énormément de techniques différentes qui existent en ostéopathie et qui existent probablement dans les autres thérapies manuelles, il faudrait une sorte de définition claire, un lexique claire, et peut-être des sous-titres de formations, ce qui permettrait de savoir à qui on a affaire et à quoi s'attendre en terme de techniques. Même pour un patient, il ne s'est pas du tout vers quoi il va aller, et pour les praticiens entre eux mêmes ils ne savent pas vers quoi ils s'adressent quand ils réorientent les gens. Parce qu'on ne sait plus aujourd'hui, on ne peut pas dire « on vous réoriente vers un ostéopathe, il y a dix sortes d'ostéopathie différentes, bon courage pour trouver celui qui vous convient. »

---

## Interview O2 (n°5)

Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste votre métier ?

**O2 :** Mon métier est une thérapie manuelle. On recherche les restrictions de mobilités dans le corps. On a un référentiel au niveau de nos mains, on touche, on palpe. On apprend à ressentir des restrictions de mobilités, soit par un test articulaire, mais aussi par la palpation, on cherche un changement de texture, que l'on peut également remarqué par la vue. On a tout un panel de techniques pour pouvoir redonner de la mobilité à ce qui est en restriction. Que ce soit au niveau des viscères, des articulations, du muscle, du crâne, peu importe la structure, on doit la libérer.

Vous appliquez cela à tous les patients? Ou cela dépend des pathologies?

**O2 :** Que ce soit sur un nourrisson, sur une personne âgée, ou sur un sportif, évidemment que la réflexion ne va pas être là même. Mais le principe va être le même que ce soit en préventif ou pas : redonner de la mobilité à ce qui ne bouge pas. Le symptôme ne nous intéresse pas vraiment, il nous aiguille sur ce que ça peut être, ou pour réorienter en cas de besoin. Mais nous on s'intéresse principalement à la cause. Et pour nous la cause c'est quand le corps ne bouge pas quelque part.

Donc si j'ai bien compris, vous détectez la cause soit par une restriction de mobilité, soit par un changement de la qualité du tissu?

**O2** : Oui alors il y a également la symétrie, on va comparer droite gauche. Chacun à sa façon de faire. Mais ce que l'on nous apprend à faire c'est d'aller tester les articulations et les muscles, poser les mains afin de repérer ce qui n'est pas normal.

Utilisez-vous les lois de Fryette?

**O2** : Je sors d'une école qui est très evidence-based. Cela a été prouvé que les lois de Fryette n'était pas valable, donc on l'apprend pour l'anatomie et on l'apprend pour tester la mobilité. Mais ils sont en train de revenir dessus donc j'ai eu une formation un peu entre les deux. On nous a appris les lois de Fryette mais on ne les utilise plus, si cela ne bouge pas on fait bouger et puis voilà.

D'accord, donc il n'y a pas eu de nouveaux modèle biomécanique?

**O2** : Non, il y a le modèle biopsychosociale mais ce n'est pas en rapport. L'école est très orienté sur la neuro, donc ça bouge/ça bouge pas et tout vient du cerveau.

Quelles techniques utilisez-vous pour refaire bouger?

**O2** : On utilise des techniques à haute vélocité basse amplitude, des techniques articulaires. Et là oui, on va utiliser les paramètres de flexion, inclinaison, rotation. Mais encore une fois cela a évolué, je ne sais pas comment les nouvelles promotions abordent le problème.

Donc cela évolue pas mal avec l'évidence based medecine?

**O2** : oui

Je ne connais pas grand chose là dessus, vous disiez que ça vient du cerveau, cela vient du message nerveux ou autre chose?

**O2** : C'est surtout l'étude de la douleur chronique, qui a montré que le cerveau se plastifiait, et qu'une zone où on a mal longtemps, par exemple chez un lombalgique chronique, La zone lombaire va prendre beaucoup plus de place dans le cerveau. Imaginons qu'il a mal en L5 S1, une sollicitation en L2 va lui faire mal en L5 S1. En tout cas le cerveau va interpréter ça comme une douleur dans la zone. Il y a aussi au niveau des neurotransmetteurs un chemin facilité. Comme le signal d'alarme a été en route sans arrêt sans arrêt. Du coup ça fait l'effet d'un coup de soleil. C'est-à-dire que quelque chose qui n'est pas censé être douloureux va être interprété comme une douleur également. Donc il y a toute cette prise en charge, un peu comme les infirmiers font, de l'éducation du patient. Je fais ouvrir les yeux là-dessus, et ne pas avoir peur de bouger, etc. Parce que l'appréhension, les croyances, lorsque l'on dit " Ah oui mais dans ma famille tout le monde a mal au dos", "Ah oui mais j'ai une hernie discale" "J'ai de l'arthrose", Tout ça ce sont des choses qui les pousse à avoir mal.

Existe-t-il différents courants en Ostéopathie ?

**O2** : Avant de m'inscrire à l'école j'avais une ostéo, qui on peut dire était un peu perché. Elle faisait des choses qu'on ne comprend pas bien. Pour moi c'était ça l'ostéopathie, et je suis arrivée dans cette école où l'on faisait que du structurel. On faisait craquer à gogo alors que j'avais horreur de ça. Donc j'ai dû me mettre dans le moule mais cela ne m'a jamais trop parlé. C'était un peu compliqué pour moi de tester la mobilité d'une lombaire, je ne comprenais rien, cela ne me parlait pas. Ce qui fait que de mon côté j'ai beaucoup travaillé sur des gens au CrossFit afin de trouver mon ostéopathie, par rapport à ce que je ressens. Je vais plutôt travailler en tissulaire, en biodynamique. Ce qui est plutôt fait pour les fins de carrière sauf que moi je trouve ça très compliqué de travailler en structurel.

Pouvez-vous m'expliquer ce que c'est la biodynamie?

**O2** : Donc la biodynamie, à l'extrême, tu poses tes mains. Et puis tu observes ce qui se passe dans le corps du patient. Toi tu es juste un point d'appui, c'est le principe de l'ostéo. Tu es un point d'appui pour que le corps se soigne tout seul, et tu n'induis rien. Tu observes. Personnellement je ne fais pas ça. J'évite d'imposer quoi que ce soit au corps mais j'aide pas mal, je suis assez active. Mais en tout cas ce que je retiens de ce courant là c'est le fait d'aller que là où le corps m'appelle. Je ne choisis pas le lieu de mon intervention par une réflexion avant d'avoir touché le patient. À

l'école on nous apprend, avant de toucher le patient, de déjà savoir ce qu'il a et de savoir ce qu'on va lui faire. Pour moi c'est quelque chose d'extrêmement dangereux, on doit avoir 3 diagnostics avant de l'avoir touché. On fait des tests, et à la fin des tests, on doit savoir comment on va le traiter. Sauf qu'on ne sais jamais à l'avance comment on va libérer un tissu, On suppose, on a une piste, mais on ne le sait jamais. Personnellement, je sais ce que le patient a à la fin de la consultation. En fonction de ce qui a une relation en premier, et ce qui a marché ou pas.

Connaissez-vous les origines de l'ostéopathie?

**O2** : Andrew Taylor Still il y a 150 ans aux États-Unis, qui a fait plein de choses. Il était ingénieur agricole, Médecin, Agriculteur, c'était un pionnier américain qui faisait un peu de tout. Sa passion était de disséquer des animaux. Puis ensuite les Indiens, il avait une réserve indienne à côté, donc je crois qu'il disséquait les cadavres Indiens. Il est également très influencé par leur médecine. Il a participé à une guerre, à cette époque c'était la médecine où l'on coupait les bras et compagnie. C'était Pasteur en Europe mais là bas ce n'était pas très avancé. Il a également perdu beaucoup de ses enfants, et donc il s'est un peu tourné vers autre chose, cette médecine là ne lui convenait pas. Et donc il a cherché à partir de l'anatomie ce qu'il pouvait faire en utilisant les mains. Il était très perché, très religieux, ce n'est pas très compréhensible ce qu'il raconte dans ses livres. La particularité c'est que l'ostéopathie est une philosophie. Still ne décrit aucune technique jamais. Il a décrit un concept. Il a défini ce qu'est un corps en santé et qu'est-ce qu'un corps qui ne va pas bien, et qu'est-ce qu'on cherche à obtenir. Mais il ne décrit aucune technique.

Connaissez-vous d'autres métiers en France de thérapie manuelle qui ressemblent à l'ostéopathie?

**O2** : Je ne connais pas grand-chose là-dessus. Peut-être les étioopathes il me semble que ce sont des ostéopathes qui n'étaient pas d'accord avec certains trucs. Mais je n'y connais pas grand-chose.

Peut-être avez-vous entendu parlé des chiropracteurs?

**O2** : Oui, eux ils sont très neuro non?

En effet, bien qu'il y ai des courants différents.

**O2** : Je n'aime pas me faire craquer donc je ne pense pas que j'irai mais j'ai eu des retour de gens qui sont allés chez le chiropracteur. Alors il y en a certains qui font du viscéral apparemment, mais en revanche c'est beaucoup de séances. Une patiente à qui on avait dit de venir 5 ou 6 fois je l'ai réglé en 2 séances. ça à l'air plus régulier.

Connaissez-vous les kinés?

**O2** : Oui petite j'ai eu une très mauvaise expérience avec un kiné qui à chaque consultation me faisait craquer C0 C1 (rire). Alors qu'il devait me rééduquer mon hyper lordose. Je pense qu'il voulait s'amuser et en fait il m'a un peu traumatisé. Et c'est pour ça que je n'aime pas qu'on me craque. Mais sinon la kiné est très complémentaire de l'ostéopathie, Pour tout ce qui est rééducation, et notamment pour les personnes chroniques dont je parlais tout à l'heure, pour leur réapprendre à bouger certaines zones sans avoir peur et renforcer ces zones. Personnellement je suis nul là-dedans.

Pensez-vous que c'est la principale différence entre la kiné et l'ostéopathie?

**O2** : Je sais qu'il y a beaucoup de kinés qui se forment en ostéopathie. Donc je crois que la frontière est assez mince finalement. Et maintenant il me semble qu'à l'école vous apprenez les manipulations vertébrales. Mais par exemple moi je suis ostéo et je fais très peu de manipulation vertébrale. Je pense que c'est plutôt au niveau du concept que cela diffère mais ma connaissance est assez limité. Je pense aussi que c'est comme en ostéopathie, c'est-à-dire qu'il y a autant d'ostéopathie que d'ostéopathe, en kiné c'est un peu la même chose. Il y a une kiné qui était venu nous voir à l'école pour nous expliquer un peu ce qu'elle faisait, elle était formée en 3 ans à

l'époque. Et ce qu'elle nous disait c'est qu'en kiné vous êtes un peu livré à vous-même en sortant de l'école et que vous devez vous former derrière pour avoir des spécialisations.

Avez-vous été amené à échanger au sujet de vos patients avec d'autres thérapeutes manuels?

**O2** : Non, Enfin il y avait une kiné lorsque j'ai travaillé à Chartres dans le même cabinet que moi mais on ne parle pas vraiment la même langue, et je ne suis pas très forte là-dedans. Je suis très dans le ressenti, je me suis pas à l'aise avec les termes ni pour verbaliser.

Lors de l'entretien vous êtes vous senti limité par vos connaissances pour pouvoir répondre à mes questions?

**O2** : Oui sur la biographie du fondateur de l'ostéopathie. Je l'ai apprise pour mes partiels lors de ma première année. Mais j'avoue que sa vie et son œuvre je ne les ai pas bien retenus. Je me suis aussi senti limitée sur la connaissance des autres praticiens de santé.

Avez-vous quelque chose à ajouter?

**O2** : J'aimerais bien pouvoir lire votre mémoire, comme ça vous aurez fait le travail à ma place (rire).

---

### Interview O3 (n°7)

Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste votre métier?

**O3** : Pour moi mon métier d'ostéopathe est une médecine à part entière, qui n'est pas la médecine conventionnelle bien sûr. C'est un métier manuel qui nécessite d'avoir des connaissances très profondes aussi bien en sémiologie qu'en biomécanique, et bien sûr en palpation et dans l'éducation du toucher. Et qui considère l'être humain dans une approche systémique avec les limites qu'on peut avoir notamment au niveau psychologique. Je ne me considère pas psychologue mais je peux orienter les patients.

Donc si je comprends bien, vous avez vraiment une approche manuelle auprès de vos patients, et cette approche est systémique?

**O3** : Oui tout à fait.

Pouvez-vous développer ce concept "systémique"?

**O3** : Cela explore tous les systèmes, qu'ils soient articulaire, neurologique, vasculaire, et ligne de force osseuse. C'est essentiellement les réseaux de communications du corps qui gouvernent le corps et qui traversent tout le corps. La peau également, le derme, c'est ce qui réunit le corps au lieu d'en faire des territoires anatomiques séparés. On a tendance à le faire un peu pendant les études d'ostéopathies classiques. On est sur des territoires anatomiques essentiellement articulaires et c'est vrai que les étudiants ont du mal à faire les liens ensuite. Le fait d'aborder les réseaux de communications du corps permet de comprendre les liens qui existent dans le diagnostic.

Lorsqu'un patient vient vous voir, comment vous le traitez?

**O3** : Je l'interroge, enfin je m'entretiens avec lui. Je ne veux pas parler d'interrogatoire car j'ai horreur de ce mot. Je détermine si ce patient relève de ma compétence aujourd'hui et maintenant, avec un certain nombre de critères que j'écarte ou que je rallie, c'est-à-dire des feux oranges ou des feux rouges. À partir du moment où j'ai évalué la pertinence de la mise en œuvre d'un traitement ostéopathique, l'examen ostéopathique en lui-même commence et il n'a rien à voir avec un examen clinique médical.

J'en profite, je rebondis sur ce que vous venez de dire. En quoi ils diffèrent d'un examen clinique médical?

**O3** : L'examen médical est basé sur des critères d'amplitudes, sur la recherche de la douleur. Personnellement, je ne suis absolument pas sur la recherche de la douleur. Je trouve que le

patient souffre déjà assez comme ça. Donc aller chercher la douleur pour comprendre ce qu'il se passe localement cela ne m'intéresse pas vraiment. Ce qui m'intéresse c'est de comprendre pourquoi le symptôme en est arrivé à ce stade et sous quelle échéance. L'examen ostéopathique est un examen des tissus du corps qu'ils soient durs ou mous.

Que recherchez-vous dans les tissus?

**O3** : La rigidité mais pas l'amplitude.

Vous avez également parlé de feux oranges et de feux rouges. Est-ce que les feux rouges correspondent à des contre indications pour vous?

**O3** : Oui par exemple pour un patient qui présente une insuffisance cardiaque, je vais peut-être le traiter, mais il y a peut-être une urgence qui est à déterminer. C'est la priorisation de la mise en œuvre d'un traitement. Est-ce que c'est un patient que l'on doit réorienter rapidement afin de ne pas lui faire perdre de temps ou est-ce que c'est quelque chose qui peut se combiner avec le traitement ostéopathique d'aujourd'hui, tout en veillant à ne pas passer à côté une pathologie qui relève d'autres choses.

Ce que vous venez de me décrire, c'est surtout les feux rouges ou également les feux oranges?

**O3** : Les feux rouges. Parce que les feux oranges cela permet malgré tout d'y avoir un examen, il y a des choses qui n'empêchent pas de réaliser un examen et un traitement. Une sciatique par exemple ce n'est pas un feu rouge.

S'il existe une sciatique vraie non investiguée avec des signes moteurs, allez-vous la rediriger vers le médecin ou allez-vous quand même la prendre en charge?

**O3** : Je vais faire une prise en charge, je vais faire mon traitement, mais bien sûr s'il n'y a pas eu d'examen et que par exemple il y a des signes sphinctériens, je vais faire mon traitement. Mais il est évident que je réoriente très vite pour des examens approfondis. Surtout s'il y a des sphinctériens, je ne vais pas lui faire perdre de temps.

Quelles techniques utilisez-vous pour traiter vos patients?

**O3** : Le recoil.

Où est-ce que vous l'avez appris?

**O3** : Dans ma formation avec ce qu'on appelle le lien mécanique ostéopathique.

Vous avez appris cela à Maidstone ou par la suite?

**O3** : Je l'ai étudié à Maidstone en 2e année. C'était une chance extraordinaire parce qu'en général ce ne sont maintenant plus que des formations post-graduées. Et je trouve dommage qu'on ne le fasse qu'après le diplôme, lorsqu'on est déjà rodé à des approches et des protocoles qui ne permettent pas d'innover beaucoup, qui sont gênants pour innover. À Maidstone on avait un panel d'approches formidables qui permettent de mettre en œuvre celle qui nous plaît le mieux, celle qui est la plus adaptée aux patients.

En ostéopathie, vous en parlez, il existe différentes techniques mais aussi différents courants ?

**O3** : Oui et c'est un peu malheureux car on divise l'ostéopathie en ostéopathie viscérale, crânienne, on dit du structurel. Pour moi tout ça ne veut rien dire. Pour moi la personne c'est une et indivisible. Du structurel cela ne veut rien dire car pour moi tout est structure. Or, aujourd'hui on parle d'approche structurelle pour parler de manipulation articulaire, haute vitesse basse amplitude. Structurel ne veut rien dire car quand vous faites du tissu mou vous êtes aussi sur une structure. Quand vous faites du viscéral, je ne vois pas comment on peut faire du viscéral sans regarder le reste. Quand vous faites du crânien, ben oui d'accord mais le crâne ne gouverne pas tout. Personnellement je préfère être sur les réseaux de communications qui expliquent beaucoup de choses.

Il existe également de l'ostéopathie dite biodynamique.

**O3** : c'est quelque chose que je ne connais pas bien. Cela fait 30 ans que je pratique l'ostéopathie systémique, et cela me convient très bien. J'ai un peu de mal à comprendre ce qu'est la biodynamie.

Cette approche systémique, on vous l'a apprise à Maidstone?

**O3** : Oui, déjà et en plus avec le lien mécanique ostéopathique c'était encore plus approfondi. Quoi que à Maidstone on était pas encore sur l'approche des nerfs directs, ni sur les artères ni sur l'os mais dans l'esprit on était systémique. C'est-à-dire qu'on cherchait à comprendre les liens.

Vous souvenez-vous du directeur de l'époque?

**O3** : C'était Tom Dummer.

On peut classer votre métier parmi les thérapies manuelles. En connaissez-vous d'autres?

**O3** : la médecine chinoise avec la digipuncture, la chiropraxie, le shiatsu, la fasciathérapie qui est devenue une approche en soit mais qui est ni plus ni moins de l'ostéopathie. Voilà les plus grandes catégories.

J'ai choisi d'écartier ce qui venait d'Asie dans mon mémoire. Par rapport à la chiropraxie, connaissez-vous les points communs et les différences avec votre métier?

**O3** : La chiropraxie, elle considère que ce sont les nerfs qui partent de la colonne qui sont essentiels. Pour moi le nerf peut être lésé au niveau du foramen comme sur tout son trajet. Ce n'est pas la colonne qui me guide.

Vous n'en avez pas parlé, il y a également l'étiopathie, connaissez-vous ?

**O3** : L'étiopathie, à la base c'est de l'ostéopathie. Ils se sont appelés étiopathes pour échapper aux attaques médicales. Parce que ostéopathie faisait terme médical, en français en tout cas. Et puis quand il y a eu les procès, ils se sont appelés étiopathes. Mais pour moi c'est de l'ostéopathie, si un étiopathe est honnête il dira que c'est de l'ostéopathie.

Combien de temps avez-vous exercé en temps que kinésithérapeutes?

**O3** : Pendant 16 ans

Pourriez-vous me donner votre point de vue sur les points communs et différences entre les deux métiers?

**O3** : C'est énorme. Lorsqu'on est kinésithérapeute, on est esclave du diagnostic du médecin. Peut-être un peu moins aujourd'hui mais en tout cas à l'époque c'était comme ça. Et quand on est ostéopathe on est maître de son diagnostic et de son traitement. J'ai un peu de mal à comprendre ceux qui font 6 ans d'études pour devenir ostéopathe et qui restent kinésithérapeute. Parce que une fois qu'on est devenu maître je ne vois pas comment on peut retourner esclave. Et puis l'approche était à l'époque beaucoup plus segmentaire et pas systémique. Alors les choses ont peut être changées donc je serais moins catégorique. Et je pense qu'on a besoin de kinésithérapeutes de temps en temps, et il m'arrive de réadresser et même d'utiliser quelques techniques qui se sont avérées très pertinentes dans certains cas.

On reviendra juste après sur le travail interdisciplinaire mais il y a également quelques médecins qui se forment en ostéopathie. Le saviez-vous?

**O3** : Oui il y a des très bonnes formations pour les médecins. Mais je ne connais pas, et je ne porte pas de jugement sur ce que je ne connais pas à fond. Il y a des bons partout et il y a des mauvais partout. Même chez les ostéopathes il y a des bons et il y a des mauvais.

Pour revenir au travail interdisciplinaire, êtes-vous amené à échanger au sujet de patients avec d'autres thérapeutes manuels?

**O3** : Cela peut arriver avec des acupuncteurs. J'ai également fait une formation de médecine chinoise à côté donc je m'en sers aussi. Enfin je m'en sers manuellement. Dans notre approche des nerfs on a beaucoup de points clés en commun à certains méridiens. Mais dans le corps, il faut que ce soit dans le cadre d'une approche systémique. Je ne vais pas faire un point parce que

c'est le point du sommeil ou autre. Non je vais faire un point parce que cela correspond à un diagnostic systémique.

Pour finir, j'aimerais savoir si lors de l'entretien vous vous êtes senti limité pour répondre à mes questions. Et si oui ou non pourquoi?

**O3** : non je ne crois pas que je me sois senti limitée encore que je peux rester un bleu par rapport à des choses que je n'ai pas apprises comme par exemple la psychologie. Je déplore un peu que beaucoup d'ostéopathes se croient psychologues et ils font plus de mal que de bien.

Avez-vous d'autres choses à ajouter?

**O3** : C'est vrai qu'il y a une approche que l'on n'a pas abordé c'est l'approche somato-émotionnelle, je dirai que s'il n'y a pas une formation en psychologie vraiment solide derrière il faut faire vraiment attention. Des fois il vaut mieux se taire, il vaut mieux écouter plutôt que dire des choses qui vont déstabiliser le patient et qui ne sera pas suivi correctement ensuite.

---

### **Interview O4 (n°8)**

Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste votre métier?

**O4** : Je vais essayer d'y répondre. Pour moi mon métier c'est d'essayer de comprendre ce qui a amené une douleur à s'installer chez un patient pour la prendre en charge au mieux, en étant parfois amené à aller travailler un peu à distance de la douleur. Parfois c'est plus local, parfois on est amené à aller un peu plus loin pour comprendre ce qu'il se passe, que ce soit au niveau viscéral, au niveau des membres supérieurs et inférieurs, etc.

Vous cherchez à agir sur quoi sur vos patients?

**O4** : Sur plusieurs plans, je pense qu'il y a un volet très important dans les douleurs chroniques sur l'éducation thérapeutique et la compréhension et l'interprétation que le patient a de la douleur donc essayer de lui expliquer un petit peu les mécanismes neurologiques de la douleur. Pourquoi cela fait un petit peu plus mal dans certaines circonstances ou moins dans d'autres. Et la technique ostéopathique en elle-même c'est plutôt agir sur la mobilité de certaines zones, que ce soit au niveau articulaires ou au niveau viscérales ou sur des tensions musculaires etc.

Du coup vous cherchez des restrictions de mobilités que vous cherchez à améliorer derrière c'est ça?

**O4** : Oui je cherche des restrictions de mobilités et bon si ce sont des restrictions de mobilité qui sont en lien selon moi avec la douleur et le motif de consultation du patient, je vais le traiter. Si ce sont des choses qui font partie de la posture et de l'équilibre dans lequel c'est installé le patient, ce n'est pas à mon sens forcément indispensable de tout libérer à chaque fois au risque de changer un peu l'équilibre et de provoquer des grosses séances qui pourraient être plus douloureuses que bénéfiques. L'idée c'est de trouver ce qui est normal dans le schéma du patient et ce qui est anormal pour le traiter et permettre de trouver une fonction plus normale encore une fois.

Par rapport à lui et son référentiel, c'est ça?

**O4** : Oui

Et vous utilisez quoi comme techniques pour soigner vos patients?

**O4** : Tout dépend et du patient et des restrictions de mobilité. J'utilise beaucoup ce qu'on appelle des techniques tissulaires, c'est-à-dire des techniques sur les tissus myo-fasciaux au sens large : que ce soit au niveau musculaire, tendineux, au niveau des mésos viscéraux, au niveau des fascias profonds et superficiels. Et puis lorsqu'il y a des restrictions de mobilité articulaire bien identifiées, des techniques structurales qui sont des techniques articulaires plus directes où là on va utiliser un peu plus de vitesse pour redonner de la mobilité. Selon l'indication il me semble

important qu'on puisse être à même d'utiliser toutes ses techniques là même si on a tous plus ou moins des affinités pour telle ou telle approche.

Et par technique tissulaire vous entendez quoi exactement?

**O4** : Ce sont des techniques que l'on appelle de déroulement de fascia, soit des techniques d'énergie musculaire, soit parfois des techniques intra-osseuses. On essaye de travailler sur la trame osseuse directement notamment lorsqu'il y a eu des chocs directs sur les os. Sur le tibia par exemple, sur des chocs, parfois on arrive à changer la perception que l'on a de la trame osseuse. Alors c'est toujours très subjectif et compliqué de dire ce qui change effectivement au niveau physiologique chez le patient. Ce sont des techniques qui sont très souvent efficaces. Je privilégie quand je peux les techniques sur lesquelles j'ai des références scientifiques les plus carrées possible mais je ne ferme pas la porte à d'autres techniques si je sais par mon expérience ou par l'expérience de confrères qu'elles peuvent être efficaces.

Les domaines d'applications de l'ostéopathie, pour vous ce sont lesquels?

**O4** : C'est assez vaste. Celui auquel on pense en priorité, ce sont les douleurs d'origines articulaires ou musculaires, ce qu'on appelle de manière un peu vulgarisée des blocages ou des choses comme ça. C'est aussi des douleurs qui sont plus chroniques. Essayer de prendre en charge des douleurs chroniques pour essayer d'éviter qu'elles aient un retentissement trop important sur le quotidien du patient. Et parfois, mais je ne saurais pas avec mon niveau d'expérience vous dire sur quel critère ça se passe ou ça ne se passe pas. Parfois par l'intermédiaire de ces approches là et de ces techniques là on arrive à des choses qui sont plus de l'ordre de l'émotionnel. Donc travailler sur des gros stress ou angoisses profondes qui peuvent être liés à des événements anciens que parfois le patient exprime, parfois pas. Plus les années de pratiques passent, plus parfois je me rends compte qu'il y a des douleurs chroniques à priori mécaniques qui sont en fait très en lien avec de l'émotionnel.

Et donc ça vous le recherchez ou vous laissez le patient s'exprimer?

**O4** : Non je ne le recherche pas, parfois on peut ressentir qu'il y a quelque chose de sous-jacent chez le patient. Mais encore une fois c'est ma vision des choses. Si dans les circonstances du jour où je vois le patient, il y a quelque chose qui est prêt à se libérer pour lui, si la technique est juste, la libération va se faire presque automatiquement. Alors que si on va à tout prix chercher à gratter et à faire parler le patient et que ce n'est pas forcément le moment et que les circonstances ne sont pas réunies, pour moi il y a un vrai risque de mettre le patient plus dans un état d'insécurité, de stress et de grande angoisse plutôt que de faire du bien.

Il y a-t-il des contres indications à votre métier?

**O4** : Des contres indications à la pratique ostéopathique, des contres indications absolues je ne pense pas. En revanche il y a des contre-indications à certaines techniques en fonction du terrain, le patient, etc. Je disais que je choisisais les techniques en fonction du patient, ben c'est aussi en fonction des contres-indications, des facteurs de risques, etc.

Est-ce que vous connaissez un peu les origines de l'ostéopathie?

**O4** : Un petit peu. L'ostéopathie a été théorisé et mise en pratique par un américain qui s'appelait Andrew Taylor Still qui a une vie très intéressante quand on creuse un peu. Il a grandi dans une région des états-unis très proche de tribus amérindiennes donc très imprégné aussi de culture amérindienne, de la spiritualité amérindienne. Dans ses théories ostéopathiques, il y a beaucoup de dimensions justement spirituelles, émotionnelles etc. Ses premiers élèves ont aussi évolué dans ce "mouv" là si j'ose dire. Ce que je trouve très intéressant à posteriori, car on est maintenant dans une dynamique de l'ostéopathie où l'on cherche plutôt systématiquement à rationaliser au maximum et à tout ramener au scientifique. On laisse plutôt fréquemment l'enseignement de ce qu'on appelle les pères fondateurs, je trouve qu'il y a une grosse ignominie là-dedans. Dans ma philosophie de l'ostéopathie, il y a toute cette prise en compte de toute la dimension spirituelle, émotionnelle, etc du patient qu'on a tendance parfois à laisser un peu de côté aujourd'hui et qui je

pense font parties intégrante de la prise en charge d'un patient si l'on veut être le plus holistique possible, ce qui fait partie des principes fondateurs de l'ostéopathie.

Est-ce que vous savez comment c'est arrivé en France et en Europe ensuite?

**O4** : Alors c'est arrivé par l'intermédiaire d'un des élèves de Still, qui a fondé en Angleterre la British School of Osteopathy. Et de là ensuite ce sont formés des ostéopathes d'abord anglais puis Français auprès d'ostéopathes anglais et américains. Et qui ont ensuite développé l'ostéopathie en France, et probablement dans toute l'Europe mais j'avoue que je suis moins au point sur le paysage ostéopathique dans les pays frontaliers. À part l'Angleterre, je ne sais pas trop si l'ostéopathie est aussi développée en Espagne, Italie, Allemagne, etc que cela peut l'être en France et en Angleterre.

On l'a évoqué un peu tout à l'heure. Il y a différents courants en ostéopathie, sauriez-vous me donner des informations sur les points communs et différences entre ces courants?

**O4** : Ce sont des courants qui ont le même objectif final mais qui arrivent par des chemins un peu différents. Je vous parlais tout à l'heure de l'approche structurale, c'est une approche qui est plus concentrée sur les techniques articulaires directes, en manipulation directe. Vous avez ce qu'on appelle les approches fonctionnelles qui regroupent pas mal de choses différentes. Je vous ai parlé de l'approche tissulaire que moi j'utilise beaucoup parce que moi je la trouve intéressante et efficace. Vous avez aussi l'approche fonctionnelle/structurale, c'est-à-dire, dans l'approche structurale on va aller forcer au-delà d'une barrière de mobilité pour essayer de retrouver une mobilité normale. Dans l'approche fonctionnelle on va se servir des paramètres de mobilité qui sont déjà existants et qui fonctionnent bien pour essayer de retrouver un équilibre sans avoir à forcer au-delà d'une barrière de restriction. Et vous avez encore un peu plus loin dans le fonctionnel, au-delà du tissulaire, ce qu'on appelle l'ostéopathie biodynamique, où là on est vraiment dans une dimension qui est très spirituelle, où il y a parfois presque pas de mouvement perceptibles de la part du praticien vis-à-vis du patient. Le principe de base c'est le praticien sert de médiateur pour que l'homéostasie et la santé du patient s'autorégulent et retrouvent un fonctionnement normal. Donc c'est vrai qu'il y a entre un praticien qui va travailler en biodynamique et un autre en structurel un éventail assez large, ce qui fait qu'un patient qui verrait les deux praticiens, aurait probablement l'impression de ne pas avoir été vu par deux praticiens qui font le même métier.

On peut classer votre métier parmi les thérapies manuelles, est-ce que vous en connaissez d'autres ?

**O4** : La chiropraxie, l'étiopathie, la kinésithérapie. On pourrait éventuellement mettre la kinésiologie aussi, même si là on est plus dans une interprétation du corps sur des choses émotionnelles ou un peu différentes. C'est tout ce que je vois de prime abord, j'en oublie sûrement.

Dans le cadre de mon mémoire, j'ai choisi d'étudier principalement ses trois là auxquels j'ai rajouté les médecins ostéopathes. Il est vrai qu'il en existe d'autres, on peut penser à tout ce qui vient d'Asie également mais dans le cadre de ce mémoire j'ai choisi de rester sur les thérapies occidentales.

**O4** : C'est vrai qu'après il y a d'autres approches et d'autres voix dans les médecines orientales que je connais moins. Je l'ai trouvée très intéressante mais personnellement je me suis moins penché dessus. Je sais aussi que certains naturopathes utilisent en plus des techniques manuelles même si par définition leur métier, à la base en tout cas, ce n'est pas exclusivement ça. Les frontières sont parfois assez ténues entre les différents métiers et les différentes approches.

Justement pour vous, quelles seraient les frontières, les points communs et les différences de l'ostéopathie avec la chiropraxie ?

**O4** : Alors je ne connais pas très bien la chiropraxie, mais de ce que j'en sais, par exemple sur les techniques articulaires vertébrales il peut y avoir des similitudes entre les techniques structurales

et les techniques utilisées en chiropraxie. Même si, à ma connaissance en tout cas, en chiropraxie on utilise souvent des techniques à grand levier. C'est-à-dire avec une amplitude articulaire qui peut être parfois assez grande. Ils vont utiliser des outils tels que des angles sur la table, des drops pour les corrections du bassin notamment, qu'on n'utilise pas ou très peu en ostéopathie.

Et avec l'étiopathie ?

**O4** : Avec l'étiopathie, j'ai encore parfois du mal à cerner les vrais différences. Je connais moins l'étiopathie mais par des connaissances ou par des patients qui ont pu consulter des étiopathes, il y a effectivement parfois des techniques qui se ressemblent beaucoup. Même dans le principe et dans l'étymologie du mot étiopathie, on retrouve un des principes de l'ostéopathie qui est d'aller chercher la cause et de ne pas se cantonner aux symptômes douloureux. Pour l'instant, je n'ai jamais vraiment eu l'occasion d'échanger avec des étiopathes, pour qui je n'ai absolument rien contre, mais du coup je connais moins leur métier et ce qui fait leur spécificité par rapport à nous.

Et avec la kinésithérapie ?

**O4** : Je pense qu'on a plutôt un travail complémentaire avec la kinésithérapie. Cela fait longtemps que je travaille avec des kinésithérapeutes en cabinet et que lorsque cela est nécessaire, il arrive que le patient fasse des allers-retours entre l'ostéopathe et le kinésithérapeute. De manière assez schématique, le kinésithérapeute va faire plus un travail de fond et de rééducation et notamment en éducation thérapeutique du patient. En ostéopathie, on va intervenir un peu plus ponctuellement sur des restrictions un peu plus spécifiques, ou sur quelque chose que soit le kinésithérapeute n'aura pas vu, soit pour lequel il estime ne pas avoir les techniques adaptées etc.

Et est-ce que avec les médecins ostéopathes vous pensez qu'il y a une différence ?

**O4** : Je pense que pour une majorité d'entre eux, mais pas la totalité, il y a une vraie différence sur la formation qui probablement aujourd'hui tend à être un peu atténuée. J'ai déjà échangé avec quelques médecins ostéopathes, qui avaient eu des formations en ostéopathie, qui en toute humilité je trouve très parcellaire. On leur a appris sur quelques week-end à manipuler avec des techniques structurelles des vertèbres lombaires, thoraciques et cervicales. Une fois qu'ils avaient fait ça, on leur a dit « c'est bon vous pouvez faire de l'ostéopathie ». Ce qui d'un point de vue philosophique de l'ostéopathie et principes de base de l'ostéopathie me semble un peu léger. Mais il y a probablement des formations qui sont plus complètes et très intéressantes.

Vous l'avez évoqué, vous travaillez avec des kinésithérapeutes avec qui vous échangez au sujet de vos patients. Est-ce qu'il y a d'autres thérapeutes avec qui vous échangez ?

**O4** : Oui, assez régulièrement. Il y a également une psychologue qui travaille au sein du cabinet. Donc lorsqu'il y a un patient avec une dimension émotionnelle ou psychologique importante et qui participe aux soucis pour lesquels il vient nous consulter, cela arrive que l'on fasse des suivis en commun. Je travaille aussi avec des sages femmes sur le suivi des grossesses et des nourrissons. Et plus ponctuellement, pour des enfants qui ont soit des problèmes de concentration soit des troubles du langage avec une orthophoniste.

Et est-ce qu'il vous arrive de travailler avec d'autres ostéopathes ?

**O4** : Oui, on échange souvent. On s'envoie des patients lorsqu'on bloque sur quelque chose. Là où j'ai mon cabinet le plus ancien, il y a un groupe d'ostéopathes qui sont plutôt ouverts et avec qui on arrive à échanger de manière assez constructive. Surtout que la concurrence peut être méchante. Globalement je trouve que ce soit entre ostéopathes ou avec d'autres professions, on a plus à s'apporter en échangeant plutôt qu'à se tirer dans les pattes. J'essaie toujours d'être dans le dialogue et de voir ce que peut m'apporter la vision d'un autre praticien et éventuellement ce que moi je peux lui apporter. En général c'est beaucoup plus constructif et plus intéressant que de chercher chacun dans son coin.

On arrive à la fin de l'entretien. Je voulais savoir si vous vous êtes senti limité dans vos connaissances pour répondre à mes questions. Si oui ou non pour quelles raisons ?

**O4** : Peut-être un peu effectivement sur les spécificités de l'étiopathie par rapport à l'ostéopathie. Je reconnais sans problème manquer un peu de connaissance sur d'autres approches de thérapies manuelles qui pourraient parfois être assez proches de l'ostéopathie. Pas par dédain ou désintérêt mais parce que je n'ai jamais eu vraiment l'occasion de m'y intéresser.

Avez-vous des choses à ajouter sur le sujet ?

**O4** : Comme ça je ne vois pas, j'espère avoir été le plus clair possible. En tout cas si vous pouvez me transmettre votre mémoire cela m'intéresse.

## **Résumé**

Ce travail porte sur différentes thérapies manuelles présentes en France : la chiropraxie, l'étiopathie, la masso-kinésithérapie, la médecine manuelle ostéopathie et l'ostéopathie. Une première partie retrace l'installation de chacune d'entre elles, ainsi que leurs concepts et leurs influences. Elle montre les liens qui existent entre celles-ci. La frontière entre ces pratiques est parfois difficile à comprendre pour les patients. Cela n'est pas aidé par l'existence de nombreux articles rédigés sur internet comparant ces professions. Ceux-ci ne trouvent pas de terrain d'entente alors même qu'ils sont souvent rédigés par des thérapeutes. La deuxième partie de ce mémoire a pour but de comprendre pourquoi il n'existe pas de consensus. Des entretiens permettent de mettre en évidence un manque de connaissance des thérapeutes envers les autres professions. On retrouve des pratiques similaires dans chacune d'entre elles, le parcours et la personnalité du thérapeute influençant énormément sa pratique.