Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes

Médecins / - / Ostéopathie Structurelle

LANGEVIN

Clarisse

PROMOTION 10

Année 2018-2019

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 ● **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

Un grand merci **aux médecins** ayant accepté de me recevoir et de m'aider dans ce travail. Je ne m'attendais pas à autant de bienveillance ! Cette expérience fut, pour moi, très riche d'enseignements. Merci pour vos réponses et vos conseils.

**** Sur un plan plus personnel, et non sans émotions ****

A mes parents tout d'abord. Pour vos choix, qui m'ont valu quelques détours, mais sans lesquels je ne serais pas arrivée jusqu'ici aujourd'hui.

A ma sœur, Coralie, mon soutien indéfectible.

A Claudine, pour la relecture.

A Bruno, pour ton aide et ton grand cœur que j'ai eu le plaisir de mieux découvrir au travers de cette collaboration.

A Soisik, pour ton efficacité, ta pertinence et pour la rapidité de tes réponses.

D'une manière plus générale, merci **à l'équipe enseignante de l'IFSO de Rennes**. Merci de mettre du sens derrière chaque conseil. Merci de nous transmettre avec tant de cœur cette méthode qui permet, en premier lieu, au thérapeute de se sentir bien. Merci de nous apprendre à transmettre ce bien-être au patient, sans effort.

A Marcela, Axel, Baptiste, François, Christelle, Erwan, Greg…

Merci à la P10 dans son ensemble, pour tous les bons moments, et ils étaient nombreux !

Et le plus sincère des remerciements revient bien évidemment **à Maël**, qui a suivi l'aventure de si près qu'il pourrait prétendre l'avoir vécue. Merci pour ton soutien sans faille, malgré mes absences physiques, et de plus en plus, psychiques. Je reviens heureuse et gonflée à bloc, notre nouvelle vie démarre ici…

SOMMAIRE

GLOSSAIRE 4
INTRODUCTION 6
1. SITUER L'OSTEOPATHIE STRUCTURELLE 7
1.1. Fondements de l'ostéopathie 7
1.2. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé 9
1.3. La notion de lésion ostéopathique 10
1.3.1. De la lésion à la dysfonction 10
1.3.2. La Lésion Tissulaire Réversible 12
1.4. Modèle Fondamental de l'Ostéopathie Structurelle 14
1.5. Où s'arrête la manipulation ? 19
1.5.1. Notions positionnelles 19
1.5.2. Alors, qu'est-ce que le crac ? 21
1.5.3. On s'arrête à soi 22
1.6. Où s'arrête l'ostéopathie structurelle ? 23
2. L'OSTEOPATHIE STRUCTURELLE DANS LE PARCOURS DE SOIN 24
2.1. De la kinésithérapie à l'ostéopathie structurelle 24
2.2. L'ostéopathie face aux médecins 26
2.2.1. Un outil supplémentaire 26
2.2.2. Un remboursement différent 26
2.2.3. Une demande croissante 27
2.2.4. Des indications diverses mais méconnues 28
2.2.5. Une histoire chargée de mésententes 30
3. PROBLEMATIQUE 30
4. HYPOTHESE 31
5. MATERIEL ET METHODES 31
6. RESULTATS 35
7. DISCUSSION 45
7.1. Synthèse des résultats et confrontation avec l'hypothèse 45
7.2. Représentativité du corpus 48
7.3. Limites et biais de la méthode 49
7.4. Réflexions nées de ce travail 51
8. CONCLUSION 55
BIBLIOGRAPHIE 57
9. ANNEXES 62
RESUME 102

GLOSSAIRE

AFO : Association Française d'Ostéopathie

ASO : American School of Osteopathy

BSO : British School of Osteopathy

CI : Contre-Indication

CSQ : Cytosquelette

EFO : Ecole Française d'Ostéopathie

IFSO : Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie

LTR : Lésion Tissulaire Réversible

MEC : Matrice Extra Cellulaire

MFOS : Modèle Fondamental de l'Ostéopathie Structurelle

OMT : Techniques Manipulatives Ostéopathiques (traduit de l'anglais)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QCM : Questionnaire à Choix Multiples

TER : Travail d'Etude et de Recherche

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Cercle vertueux Structure-Fonction……7
Figure 2 : Cercle vicieux Dys-structure-Dys-fonction……7
Figure 3 : Boucle réflexe orthosympathique vasculaire après manipulation thérapeutique……..16
Figure 4 : Position de repos = acquise par le système avec le minimum de contraintes…….16
Figure 5 : Localisation de l'action……17
Figure 6 : Action localisée, analogie avec un bâton de bois vert……..17
Figure 7 : Action non localisée, dissipation de la force mécanique dans tout le système……17
Figure 8 : Modèle commun des cartes conceptuelles……..33
Figure 9 : Répartition homme/femme……35
Figure 10 : Répartition en fonction de l'âge……....36
Figure 11 : Connaissances globales des médecins à propos de l'ostéopathie……...45
Figure 12 : Connaissance des différents courants d'ostéopathie……46
Figure 13 : Proportion H/F, population étudiée……..48
Figure 14 : Proportion nationale H/F……..48
Figure 15 : Répartition des âges, TER……...49
Figure 16 : Répartition des âges, moyenne nationale……49
Figure 17 : Le plexus lombaire……..…65
Figure 18 : Innervation du membre inférieur……65
Figure 19 : Conjonctif lâche……..67
Figure 20 : Tissu réticulaire……..68
Figure 21 : Tissu conjonctif fibreux dense non orienté……69
Figure 22 : Tissu fibreux orienté unitendu (tendon)……69
Figure 23 : Tissu fibreux orienté bitendu (aponévrose)……..69
Figure 24 : Tissu élastique (paroi de l'aorte)……70
Figure 25 : Tissu osseux……..70

INTRODUCTION

L'ostéopathie est une discipline exclusivement manuelle, intégrative, qui permet une approche non médicamenteuse et non invasive concernant les troubles fonctionnels. Depuis sa reconnaissance légale en 2007, elle bénéficie d'un succès grandissant auprès de la population française[1] [2].

Cette discipline, née à la fin du XIXème siècle aux Etats-Unis, reste cependant une thérapie « récente » aux yeux du corps médical. En dépit de son succès auprès des patients, elle peine à trouver sa place dans le parcours de soin depuis son arrivée en France dans les années 1950.

D'autant plus qu'il existe aujourd'hui une grande disparité de courants ostéopathiques. Avec chacun des termes qui leurs sont propres, la communication est compromise entre ces différents courants.

Dans ces conditions, le flou ne peut qu'être entretenu vis-à-vis du corps médical. Est-ce là la raison de l'intégration difficile de l'ostéopathie au sein du parcours de soin ?

Ce Travail d'Etude et de Recherche (TER) a pour but de jeter un regard scientifique sur l'état des connaissances des médecins à propos de l'ostéopathie. Plus particulièrement, à propos de **l'ostéopathie structurelle directe et sans bras de levier**, telle qu'elle est enseignée à l'Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie (IFSO) de Rennes.

Celle-ci sera présentée dans une première partie contextuelle. Puis, dans un second temps, nous tâcherons de déterminer si il existe des incompréhensions vis-à-vis de la discipline au sein du corps médical. Le cas échéant, nous chercherons à préciser à quel niveau se situent ces incompréhensions, et si elles représentent un frein au recours à l'ostéopathie.

[1] Dubois, Thibault. « Etude des Motifs de consultation en Ostéopathie (Etude MOST) », 2012.

[2] GODFRIN, Hervé, et Magali PERIS. « Etude statistique du métier d'ostéopathe en 2018 - (EMOst 2018) », 5 avril 2018.

1. SITUER L'OSTEOPATHIE STRUCTURELLE

1.1. Fondements de l'ostéopathie

Andrew Taylor Still, médecin fondateur de l'ostéopathie aux Etats-Unis à la fin du XIXème siècle, établit le Concept Ostéopathique et décrit les 4 principes régissant la discipline :

1) Le rapport étroit entre structure et fonction
2) Le principe d'auto-régulation
3) « … le rôle de l'artère est suprême »
4) Le fait qu'il existe une interaction à distance

1) La structure gouverne la fonction : chaque structure du corps a une fonction physiologique, cette fonction entretient la structure qui la sous-tend et la structure gouverne la fonction (Fig. 1). Cela implique qu'une structure saine permettra une fonction optimale et qu'à contrario, une structure modifiée, une « dys-structure », entraînera une dys-fonction. La dys-fonction entretiendra à son tour cette dys-structure et de ce fait, un cercle vicieux s'installe (Fig. 2).

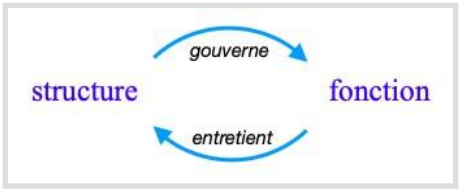


Figure 1 : Cercle vertueux Structure-Fonction

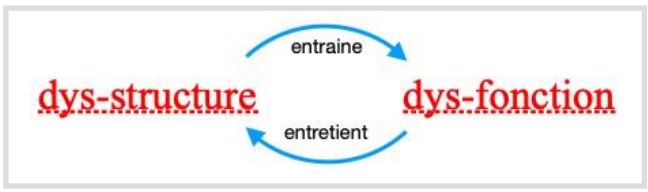


Figure 2 : Cercle vicieux Dys-structure-Dys-fonction

NB: Je garderai d'une façon volontaire cette orthographe de dys-fonction afin d'appuyer cette relation étroite structure-fonction. Le préfixe « dys » signifie mauvais état, anomalie, difficulté[3].

L'ostéopathie au sens large vise à traiter les troubles d'ordre fonctionnel. Jean-François Terramorsi, l'un des fondateurs de l'IFSO de Rennes, définit les maladies fonctionnelles de la façon suivante : « Une pathologie est dite fonctionnelle quand la

[3] Terramorsi, Jean-François, Roxane Terramorsi, Silvère Pinto, et Pierre Bédat. *Ostéopathie structurelle: Lésion structurée, concepts structurants*. Bastia; Monthey (Suisse): Éolienne ; Gépro, 2013.

structure qui la sous-tend est modifiée dans sa forme suite à un fonctionnement particulier (Cf. Annexe 1), et qui est encore réversible par la modification de certaines contraintes extérieures. »

L'ostéopathie, structurelle, plus particulièrement cherche donc à corriger ces troubles fonctionnels en traitant les dys-structures (la modification de la structure dans sa forme), et ce, en s'appuyant sur le principe d'auto-régulation (Cf. paragraphe suivant). Ceci aura secondairement pour conséquence la correction de la dys-fonction.

« On ne fait pas les choses, on fait en sorte que les choses se fassent »

2) Le principe d'auto-régulation met en évidence le fait que le corps possède tous les moyens nécessaires au rétablissement de l'homéostasie, c'est à dire à un état d'équilibre, en dépit des contraintes extérieures. L'organisme mettra toujours tout en oeuvre pour assurer son bon fonctionnement par rapport à son environnement, aux sollicitations rencontrées et en respectant le principe du moindre effort.

L'auto-régulation ne pourra être effective que lorsque les barrières tissulaires qui empêchent la libre circulation des différents flux (Cf. paragraphe suivant) au sein de l'organisme auront été levées.

3) Pour A.T. Still, « le rôle de l'artère est suprême » traduit le fait qu'une structure anatomique bien vascularisée et surtout bien drainée sera saine. En effet, le rôle du sang est d'apporter tous les éléments nécessaires à la nutrition des tissus, ainsi que les hormones permettant de réguler l'état des ces tissus. Le sang (et par extension le système lymphatique) permet également de drainer les déchets produits par l'activité des cellules composant la structure.

A.T. Still le décrivait ainsi : « *Pour l'ostéopathe, le fondement, c'est qu'à tout moment, la totalité du sang doit circuler dans l'ensemble des parties, aller et venir dans tous les organes. Les organes doivent en permanence disposer de sang pur et abondant. Le sang doit faire son oeuvre puis retourner au coeur et aux poumons pour y laisser ses impuretés, en ressortir purifié pour recommencer son travail, cela pendant toute la vie* »[4].

Cette règle peut s'étendre également système nerveux. Still lie étroitement le système nerveux au système sanguin : *« les nerfs, nourris et construits par le sang ne*

[4] Still, A.T. *Ostéopathie, recherche et pratique*. Vannes: Sully, 2012.

peuvent tolérer un approvisionnement sanguin déficient, tandis que le sang dépend de l'énergie du nerf »[5].

4) Enfin, le principe d'interaction à distance, ou principe de globalité, souligne le fait que l'ostéopathie considère le corps dans son ensemble, c'est à dire qu'elle s'appuie sur les liens existant entre les différents systèmes qui composent le corps humain. On considèrera des liens mécanique, neurologique, et vasculaire (neuro-vasculaire) ; nous y reviendrons plus tard (« Cohérence avec la plainte », p.18). La prise en charge est ainsi qualifiée de systémique : « Un système est un ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisé en fonction d'un but »[6].

Ce qu'il faut retenir :

L'ostéopathie est une discipline manuelle visant à traiter les troubles fonctionnels. Elle considère l'organisme dans son ensemble en s'appuyant sur l'anatomie et la physiologie, et particulièrement sur les liens existants entre les différents systèmes que composent le corps humain (prise en charge systémique).

La correction des troubles se fera en levant les barrières tissulaires qui entravent l'auto-régulation du corps. Le but étant que les structures soient correctement vascularisées et bien drainées afin que leur état de souplesse et d'élasticité leur permette de réagir aux sollicitations extérieures. Ainsi, la fonction sera correctement assurée.

1.2. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé

En 2010, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a proposé, à l'issue d'une concertation avec les représentants de différentes nations concernées, une définition de l'ostéopathie :

« L'ostéopathie (également dénommée médecine ostéopathique) repose sur l'utilisation du contact manuel pour le diagnostic et le traitement. Elle prend en compte les relations entre le

[5] Eckert, Marie. *Le concept de globalité en ostéopathie*. Bruxelles; Paris: De Boeck, 2013.

[6] Rosnay, Joel de. *Le macroscope: vers une vision globale*. Paris: Editions du Seuil, 1975.

corps, l'esprit, la raison, la santé et la maladie. Elle place l'accent sur l'intégrité structurelle et fonctionnelle du corps et la tendance intrinsèque de l'organisme à s'auto-guérir.
Les ostéopathes utilisent une grande variété de techniques thérapeutiques manuelles pour améliorer les fonctions physiologiques et/ou soutenir l'homéostasie altérées par des dysfonctions somatiques (les structures du corps), c'est à dire une altération ou une dégradation de la fonction des composantes concernées du système somatique : les structures squelettiques, articulaires, et myofasciales, ainsi que les éléments vasculaires, lymphatiques et neurologiques corrélés.
Les ostéopathes utilisent leur connaissance des relations entre la structure et la fonction pour optimiser les capacités du corps à s'auto-réguler et à s'auto-guérir. Cette approche holistique de la prise en charge du patient est fondée sur le concept que l'être humain constitue une unité fonctionnelle dynamique, dans laquelle toutes les parties sont reliées entre elles. »

Cette définition de l'ostéopathie au sens large introduit la notion de « dysfonction somatique » sur laquelle nous reviendrons au paragraphe suivant. Elle évoque également le fait que l'approche holistique de l'ostéopathie prend en compte les relations entre le corps, l'esprit, la raison… Nous apporterons sur ce point une nuance qui sera abordée dans le paragraphe « Où s'arrête l'ostéopathie structurelle » p.23.

1.3. La notion de lésion ostéopathique

1.3.1. De la lésion à la dysfonction

La dys-structure est, nous l'avons évoqué, le point de départ du traitement ostéopathique. Elle est considérée comme la cause des dys-fonctions (des maladies fonctionnelles), qu'elle soit locale ou à distance de la plainte. Il peut en siéger plusieurs au sein des différents systèmes en rapport avec les symptômes présentés. A la fin du XIXème siècle, A.T. Still nomme cette dys-structure la « **lésion ostéopathique** ».

Mais l'ostéopathie se retrouvera vite confrontée d'un point de vue sémantique au corps médical car, comme le développe la Fédération Nationale des Etudiants en Ostéopathie[7], *« la médecine dite "conventionnelle" parle de « lésions » lorsqu'elles sont*

[7] Fédéo. « De la lésion à la dysfonction », 12 avril 2015. Consulté le 9 janvier 2019. http://fedeo.eu/de-la-lesion-a-la-dysfonction/.

appréciables par des moyens d'investigation et se trouvent être l'effet d'une maladie. Pour A.T. Still, la lésion est appréciable par la palpation et elle est la cause et non l'effet des maladies ».

Ce différend sémantique trouvera une résolution avec l'apparition du terme de « dysfonction somatique » utilisé par I.C. Rumney en 1979. Voici une définition de la dysfonction somatique : *« Fonction altérée ou modifiée des composants connexes du système somatique (cadre corporel) : structures squelettiques, articulaires et myofasciales, et éléments vasculaires, lymphatiques et neuronaux connexes (traduit de l'anglais) »*[8] [9]. On parle bien ici de **fonction**, et non d'état des structures. En 1998, l'acronyme francisé S.T.A.R. (traduit de l'acronyme anglais T.A.R.T. utilisé par D. Dowling[10]) résume les caractéristiques de la dysfonction somatique et introduit une notion d'état modifié de la structure tissulaire : *S = sensibilité (sensibilité anormale), T = tissu avec changement de texture tel que tonus altéré, laxité, etc., A = asymétrie (mauvais alignement), R = réduction des amplitudes articulaires et de la souplesse (ex. contracture)*. Au travers de cet acronyme, la dysfonction est entendue en grande partie au sens positionnel : **mauvais alignement, asymétrie, réduction des amplitudes***.*

La terminologie de « lésion ostéopathique » est quant à elle encore couramment utilisé par certains courants d'ostéopathie de nos jours qui la définissent pour la plupart comme une **perte de mobilité** ou d'amplitude[11] [12] [13].

---

[8] Chaitow, Leon. « Somatic Dysfunction and Fascia's Gliding-Potential ». *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 18, nº 1 (janvier 2014): 1-3. https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2013.11.019.

[9] Fryer, Gary. « Somatic Dysfunction: An Osteopathic Conundrum ». *International Journal of Osteopathic Medicine* 22 (décembre 2016): 52-63. https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2016.02.002.

[10] Dowling, D. « STAR : a more viable alternative descriptor system of somatic dysfunction. » *Am. Acad. Appl. Osteopath. J.* 8 (2) (1998) : 34-7.

[11] « Qu'est-ce qu'une lésion ostéopathique ». Consulté le 9 janvier 2019. http://www.allo-medecins.fr/sante/specialiste/reeducation-et-massages/osteopathe,qu-est-ce-qu-une-lesion-osteopathique-,3010.html.

[12] « La lésion ostéopathique ». Consulté le 9 janvier 2019. http://www.formation-osteopathie.com/l-osteopathie/la-lesion-osteopathique.

[13] « Définition ostéopathie ». Consulté le 9 janvier 2019. https://osteopathie.ooreka.fr/comprendre/definition-osteopathie.

1.3.2. La Lésion Tissulaire Réversible

Lésion

Le terme de lésion n'a pour autant pas été abandonné par tous et ce pour deux raisons :

- Premièrement, pour nous, ostéopathes structurels, il n'était pas cohérent de considérer une dys-fonction comme la cause réversible des maladies fonctionnelles, question de redondance. Comme l'explique J.-F. Terramorsi, « La définition fonctionnelle de la lésion n'est pas privilégiée, car la perte de mobilité n'est pas considérée comme une lésion mais comme sa conséquence ».
- Deuxièmement, la définition d'après le dictionnaire du mot "lésion" est cohérente avec l'idée de dys-structure : « altération de la structure d'un tissu vivant sous l'influence d'une cause morbide » (Larousse). La cause morbide est la maladie pour la médecine conventionnelle, elle est un phénomène favorisant la maladie fonctionnelle pour les ostéopathes. Nuance entre effet et cause…

Donc, les ostéopathes structurels considérant le fait qu'à la base de toute dys-fonction siège une dys-structure, le choix a été fait de garder le terme de « Lésion ». Ce mot sera systématiquement associé aux adjectifs « Tissulaire » et « Réversible », et nous allons le développer dans les paragraphes suivants.

NB : Ce terme de Lésion Tissulaire Réversible (LTR) a été utilisé à l'Ecole d'Ostéopathie de Genève depuis les années 90[14] et repris à l'IFSO de Rennes, en conséquence d'une définition trop « fonctionnelle » de la dysfonction somatique, et trop « positionnelle » de la lésion ostéopathique. Ces considérations sémantiques peuvent paraître futiles mais ont, selon moi, leur importance dans la représentation d'une lésion que peut se faire un étudiant en ostéopathie. Car il faut garder à l'esprit que la LTR est la base de notre travail palpatoire et thérapeutique, et que la gestuelle employée afin de la traiter découlera de la représentation que le thérapeute s'en fait.

[14] Terramorsi, Jean-François, Roxane Terramorsi, Silvère Pinto, et Pierre Bédat. *Ostéopathie structurelle: lésion structurée, concepts structurants*. Bastia; Monthey (Suisse): Éolienne ; Gépro, 2013. p.149

Tissulaire

Les structures altérées dans le cas d'une lésion seraient celles qui sont responsables de la souplesse et de l'élasticité dans le corps. Ce sont entre autres les **molécules d'eau**, les fibres de **collagène** et d'**élastine** qui se situent au sein des matrices extra cellulaires (MEC)[15]. La lésion est considérée comme une altération des composantes physico-chimiques de ces fibres qui rend la MEC moins souple et moins élastique, donc **plus dense** (Cf. Annexe 1 : Processus d'installation d'une LTR).

Les tissus riches en MEC sont les **tissus conjonctifs**, tissus de soutien présents partout, dans tous les systèmes composant le corps. La lésion étant considérée comme une altération de l'état de ces tissus, elle y est donc matérialisée. De ce fait, elle est définie comme Tissulaire.

Réversible

Au sein du corps, on considère qu'une structure est définie par sa composition chimique mais également par son état physique[16].

La lésion qui sera accessible à un traitement ostéopathique est une altération **des variables d'état** du tissu conjonctif d'un point de vue physique (en pression, température etc…).

A l'inverse, si la structure est touchée dans sa composition, nous considèrerons cette atteinte comme irréversible. C'est le cas d'une structure **mal construite** (ex: dysplasie congénitale de hanche), **usée** (ex: arthrose évoluée de hanche) ou **cassée** (ex: fracture du cotyle). La manipulation ostéopathique n'aura pas de conséquence sur les structures dont les lésions sont irréversibles.

Ce qu'il faut retenir :

La LTR est matérialisée, c'est-à-dire qu'elle prend corps dans les structures tissulaires : elle est structurée.

C'est un changement d'état de la structure. Elle est auto entretenue et réversible par l'intervention d'une force extérieure spécifique. Son mode d'installation est décrit en Annexe 1.

[15] Ibid, p.23.

[16] Ibid, p.45.

1.4. Modèle Fondamental de l'Ostéopathie Structurelle

L'établissement d'un modèle permet à une discipline d'être cohérente et de répondre en toutes circonstances aux mêmes principes fondamentaux.

De ce fait, selon le modèle fondamental enseigné à l'IFSO de Rennes, l'ostéopathie structurelle vise à **changer l'état de la structure** qui est définie "en LTR". Cette LTR est objectivée par un test de résistance (Cf. Annexe 1 : Processus d'installation de la LTR) et sera traitée par une manipulation qui se veut **la plus directe possible**. Les manipulations se feront toujours **en cohérence par rapport à la plainte**.

Changer l'état de la structure en LTR :

La recherche de changement d'état du tissu conjonctif est un point absolument capital dans la différenciation entre :

- une action purement mécanique, où l'on rechercherait à « faire bouger » des articulations ou à « lever des spasmes musculaires[17] » (il me semble, du moins j'espère, ne pas avoir entamé un cursus de 5 ans d'études pour retomber sur les mêmes principes fondamentaux que la kinésithérapie !)
- et une action mécanique à visée réflexe, soit une stimulation mécanique du tissu, dans le but que celui-ci retrouve sa souplesse et son élasticité

Cette nuance fondamentale date, à Genève, de septembre 1982 où la méthode mécaniste est abandonnée au profit d'une méthode réflexe. Elle découle de la notion de « lésion » intra tissulaire (LTR) :

« La lésion n'étant pas définie comme une perte de mouvement, le geste thérapeutique ne recherche pas un gain d'amplitude ! »[18]

[17] Le Dressay, Célia. *L'ostéopathie pour tous*. Sully, 2005.

[18] Terramorsi, Jean-François, Roxane Terramorsi, Silvère Pinto, et Pierre Bédat. *Ostéopathie structurelle: lésion structurée, concepts structurants*. Bastia; Monthey (Suisse): Éolienne ; Gépro, 2013., p.24.

Depuis 1982, le MFOS et les réflexions y contribuant continuent d'évoluer. Les recherches scientifiques récentes permettent de nourrir ce modèle. Ainsi, l'effet recherché lors d'une manipulation sera d'ordre réflexe mais retrouvera également une dimension mécanique : le but consistant à surprendre le tissu afin qu'il change par lui-même d'état en s'appuyant sur des principes de **mécano transduction**.

La mécano transduction est un phénomène par lequel un signal mécanique est transformé par les cellules en réponse biologique. Les cellules (de la MEC notamment, puisque ce sont celles qui nous intéressent) sont mécano sensibles et perçoivent les contraintes physiques de leur milieu[19].

Le lien entre contraintes mécaniques et réponse biologique est assuré en temps réel par le cytosquelette (CSQ)[20]. Ce réarrangement du CSQ suite à une stimulation mécanique est un phénomène « mécano transmis » (nous le considérerons comme mécanique). Il conduirait à l'échelle macroscopique à une modification de la déformabilité du tissu objectivée au test de résistance après la manipulation.

Dans un second temps, on observerait les effets considérés comme réflexes :

- un phénomène local dit « mécano transduit » correspondant à une cascade biochimique avec modification de l'état de gel de la MEC[21], et donc également une modification de déformabilité au test de résistance.
- un effet à distance, neuro végétatif par retour réflexe orthosympathique vasculaire (Fig. 3) qui pérenniserait les premiers effets mécaniques de la manipulation (l'apport vasculaire apportant une stimulation mécanique à type de cisaillements sur les cellules de la MEC qui ferait perdurer la boucle réflexe) [20].

---

[19] Tampier, Thibault. « Du modèle tensègre de la cellule mécanotransductrice à l'architecture du corps: essai ». Travail d'Etude et de Recherche pour l'obtention du titre d'ostéopathe, Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes, 2017.

[20] Na, Sungsoo, Olivier Collin, et Farhan Chowdhury. « Rapid signal transduction in living cells is a unique feature of mechanotransduction ». *Proceedings of the National Academy of Sciences* 105 (2008): 6626.

[21] Terramorsi, Jean-François, Roxane Terramorsi, Silvère Pinto, et Pierre Bédat. *Ostéopathie structurelle: lésion structurée, concepts structurants*. Bastia; Monthey (Suisse): Éolienne ; Gépro, 2013. p.366.

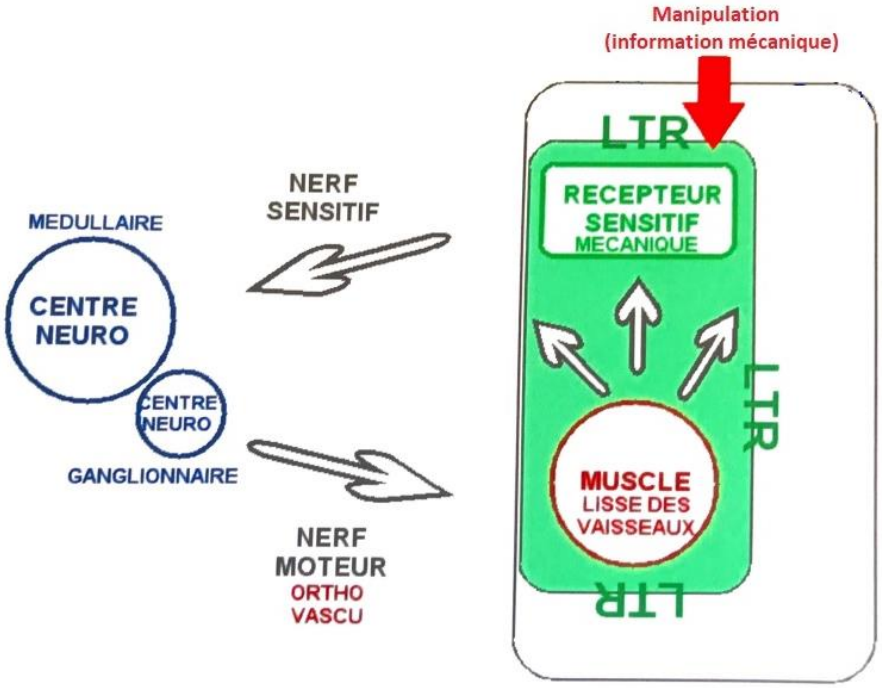


Figure 3 : Boucle réflexe orthosympathique vasculaire après manipulation thérapeutique[22]

La manipulation sera la plus directe possible :

Considérant les éléments précédents, la manipulation structurelle se doit d'être précise afin de discriminer le plus distinctement possible la zone en LTR et de concentrer la stimulation mécanique pour une réponse maximale.

Une manipulation précise nécessite de localiser notre action. En ostéopathie structurelle, nous utilisons des techniques directes sans bras de levier. Ceci veut dire que la localisation de l'action s'effectuera en « cassant la ligne de repos (R) » (Fig. 4 et 5).

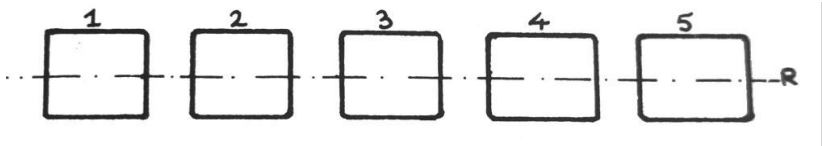


Figure 4 : Position de repos = acquise par le système avec le minimum de contraintes[23]

[22] Cours de Neurologie Fondamentale de Stéphane Bastien du 15/01/2017, IFSO de Rennes

[23] Terramorsi, Jean-François. *Principes fondamentaux, réalités concrètes des différentes lésions articulaires, circulatoires et autres: fondements raisonnés et pratiques des techniques de réduction*. Cherbourg: Inter-création, 1984.

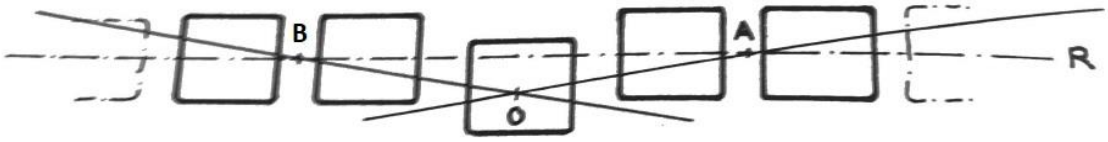


Figure 5 : Localisation de l'action = « Toute action sur les segments OA ou OB se répercutera en priorité en O »[23]

« Casser la ligne » revient à créer un point fixe aphysiologique au sein du système[24]. Ainsi, l'action, aussi minime soit-elle, se répercute directement sur la zone de manipulation (Fig. 5 et 6).

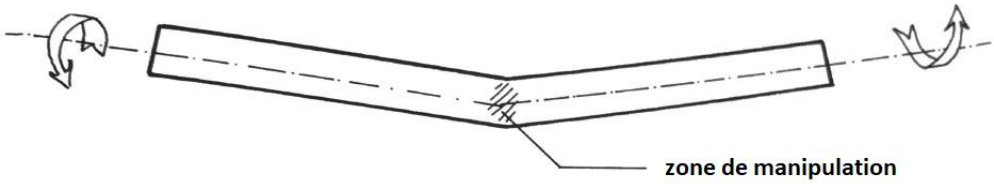


Figure 6 : Action localisée, analogie avec un bâton de bois vert [23]

La localisation de notre action nous permet une transmission précise de la stimulation mécanique avec une moindre mise en tension. Sans cette localisation, pour que l'action se répercute au point de manipulation, il serait nécessaire de mettre beaucoup plus de tension dans les éléments tissulaires sus et sous jacents (Fig. 7).

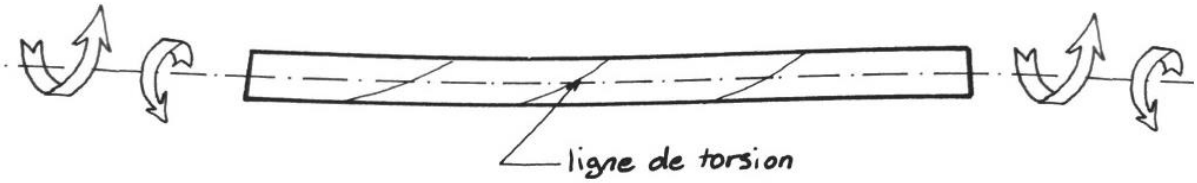


Figure 7 : Action non localisée, dissipation de la force mécanique dans tout le système [22]

De cette manière, les manipulations directes sans bras de levier offrent un confort et une sécurité nettement supérieurs pour le patient. Elles s'effectuent sans mise en tension par rapports aux techniques indirectes.

[24] Harwich, Andrew S. « Joint Manipulation: Toward a General Theory of High-Velocity, Low-Amplitude Thrust Techniques ». *Journal of Chiropractic Humanities* 24, nº 1 (décembre 2017): 15-23. https://doi.org/10.1016/j.echu.2017.01.001.

Ces dernières utilisent souvent de grand bras de levier et poussent les amplitudes articulaires passives à leur maximum. De ce fait, leurs effets sont essentiellement mécaniques dans les amplitudes extrêmes. Très peu réflexes.

En cohérence avec la plainte :

Les manipulations utilisées lors d'un traitement trouveront toujours une justification par rapport à la plainte du patient. Si aucune LTR n'est retrouvée localement, on ira investiguer à distance selon des relations dites intra somatiques, à savoir mécanique, neurologique et/ou neuro-vasculaire (Cf. Annexe 2 : Protocole d'investigation) :

- La variable mécanique correspond au conjonctif des articulations et des structures locales et à distance immédiate. Ex : genou, cheville et hanche pour une plainte au genou.
- La variable neurologique correspond aux tissus conjonctifs en regard des éléments d'innervation de la région en souffrance.
- Enfin, la variable neuro-vasculaire correspond aux tissus conjonctifs en regard des centres neuro-vasculaires contrôlant région en souffrance (ZIL de la moelle épinière et ganglions nerveux).

Par exemple, nous n'irons pas investiguer en premier lieu la base du crâne pour une plainte au membre inférieur, même sous couvert de principe d'interaction à distance et de globalité.

Enfin, il est important de garder à l'esprit que les principes du MFOS s'appliqueront **quelles que soient les structures abordées par l'ostéopathie** : systèmes musculo-squelettique, viscéral et aussi crânien. En effet, notre **action structurelle** se situe au niveau de la MEC. Or, les MEC sont partout : au sein des structures ligamentaires, dans la capsule articulaire, dans le muscle, les aponévroses, les membranes et les os du crâne, les os, mais aussi dans les organes viscéraux ainsi que les enveloppes dans lesquelles ils sont… partout[25] ! (Cf. Annexe 3 : Histologie « Les Tissus »)

[25] André, Jean-Michel, Martin Catala, Jean-Jacques Morère, Estelle Escudier, Georges Katsanis, et Jacques Poirier. « Histologie : les tissus », 14 janvier 2008. Consulté le 20 avril 2019. http://www.chups.jussieu.fr/polys/histo/histoP1/POLY.TDM.html.

Ce qu'il faut retenir :

L'ostéopathie structurelle ne vise pas un gain de mobilité. Son but est de changer l'état des structures en LTR afin qu'en découle une amélioration de la fonction (donc éventuellement, un gain de mobilité).

Ce changement d'état est obtenu grâce à des mécanismes mécano réflexes (mécano transduction et réflexe neuro végétatif).

Cet effet mécano réflexe est obtenu par des manipulations directes et sans bras de levier. Elles sont plus sécurisantes et confortables par rapport à des techniques indirectes.

Ces principes sont applicables à toutes les structures du corps (articulaires, tissulaires, crâniennes et viscérales), en gardant toujours une cohérence par rapport à la plainte.

1.5. Où s'arrête la manipulation ?

1.5.1. Notions positionnelles

La différence entre techniques directes et indirectes (respectivement mécano réflexe et uniquement mécanique) soulève la question de la sécurité du geste. La manipulation est un acte qui se veut précis et contrôlé, résultat d'un apprentissage de plusieurs années et d'un savoir-faire acquis au prix de nombreuses répétitions gestuelles. Cependant, comme toute pratique relevant d'une maîtrise complexe, les simplifications y ayant attrait peuvent être porteuses de confusion.

Voici un extrait de la définition de l'ostéopathie selon le Syndicat de Médecine Manuelle - Ostéopathie de France créé par le Dr Maigne[26] :

« … les manipulations qui entraînent une articulation au-delà des limites de son jeu volontaire et habituel, sans pour autant dépasser celui dicté par l'anatomie »

Comme Elodie Grimaud a pu le faire remarquer dans son travail de fin d'études[27], cette définition porte à confusion et implique nécessairement chez la personne qui la lit une notion positionnelle de la manipulation.

[26] Mathieu, Jean-Louis. « Présentation du Syndicat de Médeine Manuelle-Ostéopathie de France ». Consulté le 2 mars 2019. http://www.smmof.fr/index.php/presentation-128.html.

De surcroît, pour J.F. Terramorsi, la faculté de médecine a longtemps considéré la manipulation comme un déplacement des pièces d'une articulation au-delà de ses limites physiologiques. Ceci a véhiculé une notion justifiée de danger *« qui a marqué et marque encore des générations de médecins et de patients ignorant les subtilités de notre art »*.

Il en était de même dans les écrits de Still, fondateur de l'ostéopathie. Il parle de « variance par rapport à un emplacement normal [des os, NDLR] »[28], de « côtes poussant le diaphragme vers le bas »[29] ou de « remettre chaque os à sa place »[30]… Rappelons que tous les écrits de Still, datant du 19ème siècle, sont à lire au travers du prisme des connaissances anatomiques et biomécaniques de l'époque. Son raisonnement s'est certainement construit selon des modes de réflexion mécanistes newtoniens avec axes fixes et bras de levier[31]. L'idée de connaissance de « la bonne place », de « la place normale » de chaque os et de chaque élément constituant le corps reste présente au travers de ses écrits.

Le but de l'ostéopathie n'est pas *« de corriger une position, ni d'augmenter telle ou telle amplitude mais de* ***lever la barrière qui empêche le corps de trouver lui-même toutes les positions et fonctionnalités dont il a et aura besoin*** *pour évoluer harmonieusement dans son environnement »*[32]*. « Nous ne cherchons pas "la bonne place". Nous cherchons à permettre au corps de retrouver la liberté de ses choix »*[33].

---

[27] Grimaud, Elodie. « Médecins et ostéopathes: des rapports difficiles. Eléments d'analyse de la situation ». Travail d'Etude et de Recherche pour l'obtention du titre d'ostéopathe, Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes, 2013.

[28] Still, Andrew Taylor, et Pierre Tricot. *Philosophie et principes mécaniques de l'ostéopathie*. Vannes: Sully, 2013. p.61.

[29] Ibid, p.81.

[30] Ibid, p.115.

[31] Dufour, Michel, et Michel Pillu. *Biomécanique fonctionnelle: rappels anatomiques, stabilités, mobilités, contraintes : membres, tête, tronc*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson, 2016.

[32] Terramorsi, Jean-François, Roxane Terramorsi, Silvère Pinto, et Pierre Bédat. *Ostéopathie structurelle: lésion structurée, concepts structurants*. Bastia; Monthey (Suisse): Éolienne ; Gépro, 2013. p.29.

[33] Ibid, p.43.

Le flou est installé pour beaucoup dans la définition même de la « lésion ostéopathique », terme encore couramment utilisé. En effet, une simple recherche par Internet sur ce terme nous ramène à de nombreuses définitions portant sur une **perte de mobilité** de la structure. On revient donc bien à une notion positionnelle et fonctionnelle de la manipulation corrective qui viserait à **restituer une mobilité normale**. On est ici face à des considérations portées sur un aspect davantage quantitatif plutôt que qualitatif. Ainsi, la crainte de la manipulation qui « va trop loin » ne peut qu'être présente.

En aucun cas (et on peut l'entendre) la manipulation ne doit aller au-delà des limites d'aucune structure, d'aucun tissu ! Même par un mouvement extrêmement court, bref et isolé. Il me semble que le terme de « dysfonction somatique » soit plus approprié (ou disons moins inapproprié) à une pratique non dangereuse. En effet, ce terme implique toujours une notion de restriction de mouvement, mais il introduit également une notion de modification qualitative des tissus.

Enfin, il est intéressant de noter l'importance de la place que la notion positionnelle occupe auprès du grand public. Rémi Lusseau l'a d'ailleurs développé dans son devoir de fin d'études[34] : il apparaît que pour la majorité des gens, le crac obtenu lors d'une manipulation articulaire est associé à un **déblocage** et une **remise en place**.

1.5.2. Alors, qu'est-ce que le crac ?

Au vu des dernières études, le crac pouvant être obtenu lors d'une manipulation articulaire proviendrait de l'éclatement des bulles de gaz au sein du liquide synovial intra articulaire. Ces bulles de gaz se forment par un phénomène appelé tribonucléation dû à la modification de pression induite par la manipulation elle-même[35]. La tribonucléation est à l'origine des phénomènes de cavitation intra articulaire, comparables à ceux observés au sein du milieu interstitiel chez les plongeurs ne respectant pas les paliers lors de la remontée. Les scientifiques ont démontré que plus les surfaces articulaires étaient proches

[34] Lusseau, Rémi. « La représentation sociale du craquement articulaire obtenu dans une manipulation ostéopathique ». Travail d'Etude et de Recherche pour l'obtention du titre d'ostéopathe, Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes, 2014.

[35] Chandran Suja, V., et A. I. Barakat. « A Mathematical Model for the Sounds Produced by Knuckle Cracking ». *Scientific Reports* 8, nº 1 (décembre 2018). https://doi.org/10.1038/s41598-018-22664-4.

avant la manipulation, plus la pression diminuait pendant la manipulation, et plus le phénomène de tribonucléation était important. Il faut bien-sûr garder à l'esprit que l'articulation est étanche par sa capsule articulaire. Ces scientifiques ont mis au point un modèle mathématique mettant en relation tous les éléments physiques d'une articulation métacarpo phalangienne, depuis le coefficient de tension de surface du liquide synovial, jusqu'à l'excentricité du joint de fissuration[36].

On a donc bien une corrélation directe entre modification de pression et changement d'état (de liquide à gazeux) des composants du liquide synovial. Aucune composante de déplacement ici mais plutôt de variation de pression. Ceci permet d'appuyer le fait que faire craquer une articulation ne provoque pas de lésion irréversible à type d'usure sur le long terme, comme l'ont démontré K. deWeber en 2011[37] et D. Unger en 1998[38].

Il est par ailleurs important de préciser que le crac n'est pas un objectif en soi à atteindre lors d'une manipulation articulaire. Il n'est pas non plus le témoin de l'efficacité de la manipulation, l'efficacité résidant dans le changement d'état du tissu objectivé au test de résistance. D'ailleurs, ce crac ne pourra être présent que si l'on manipule un tissu articulaire puisqu'il est inhérent à la présence de liquide synovial ! Ainsi, **une méthode de soin en ostéopathie ne peut pas être réduite au simple fait qu'il y ait crac ou non**. En outre, l'ostéopathe ne manipule pas que des structures qui peuvent « craquer » (manipulations viscérales, crâniennes, tissulaires).

1.5.3. On s'arrête à soi

Avant la manipulation, lors du test de résistance, le praticien détermine où et dans quelle direction se trouve la « barrière restrictive ». Cette barrière correspond à la résistance

[36] Vidard, Mathieu. « Les doigts qui craquent ne sont plus un mystère », 2018. https://www.franceinter.fr/emissions/l-edito-carre/l-edito-carre-03-avril-2018.

[37] deWeber, K., M. Olszewski, et R. Ortolano. « Knuckle Cracking and Hand Osteoarthritis ». *The Journal of the American Board of Family Medicine* 24, nº 2 (1 mars 2011): 169-74. https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.02.100156.

[38] Unger, Donald L. « Does Knuckle Cracking Lead to Arthritis of the Fingers? » *Arthritis & Rheumatism* 41, nº 5 (mai 1998): 949-50. https://doi.org/10.1002/1529-0131(199805)41:5<949::AID-ART36>3.0.CO;2-3.

conjonctive qu'offre le tissu. Lorsqu'une structure est en LTR, cette barrière apparaît précocement par rapport à un test effectué sur une structure saine. La zone tissulaire apparaît également comme « plus dure » et son volume peut paraître augmenté.

Selon le MFOS, l'amplitude de la manipulation sera toujours située en deçà de cette barrière restrictive. La direction de la manipulation sera similaire à la résistance que présente la LTR. Pour que l'information mécanique se transmette au tissu, il faudra manipuler au plus près de la barrière. Pour ce faire, le thérapeute se placera de telle sorte que son centre de gravité se projette au travers de la zone en LTR. Il deviendra ainsi « la référence », le point à ne pas dépasser. Il devient alors objectivement possible de savoir où s'arrêter. Il suffit de s'arrêter « à soi ».

Cette notion peut être illustrée par les arts martiaux, où la main du karatéka s'arrête à fleur de son adversaire. Cet arrêt net est conditionné par son positionnement préalable. Ainsi, l'impulsion se transmet à la cible de manière précise.

1.6. Où s'arrête l'ostéopathie structurelle ?

Comme indiqué dans sa définition, l'ostéopathie est une discipline visant à traiter les **maladies fonctionnelles**, dues à une modification de l'état des tissus. Ainsi, comme nous l'avons évoqué précédemment, une structure altérée dans sa composition par une **atteinte constitutionnelle** (génétique, usure ou rupture = lésion irréversible) ne relèvera pas de l'ostéopathie structurelle mais de la médecine conventionnelle. Notre intervention en ostéopathie sera, au mieux, de limiter l'évolution possible de ces troubles en optimisant les fonctions restantes par le traitement des LTR associées à ce trouble irréversible.

Selon le modèle fondamental enseigné à l'IFSO de Rennes, on s'appuiera sur ce que l'on nomme les **variables de régulation**, qui sont les variables d'entrée appliquées à un système ouvert (un système est l'association d'au moins deux structures). Ces variables assurent la trophicité des tissus par contrôles **mécanique**, **neurologique** et **neuro-vasculaire**. Notre raisonnement et notre traitement en ostéopathie structurelle ne relèveront que de ces trois niveaux, dits intra somatiques.

La LTR peut ainsi être considérée comme étant une altération des variables d'état (mécanique, neurologique, neuro-vasculaire) de la structure tissulaire. Notre outil est donc mécanique mais ne se limite pas au mécanique. Il concerne tout ce qui assure un bon état de la structure tissulaire : bonne fonction mécanique, bon contrôle neurologique et bonne vascularisation.

« Méca, Neuro, Vascu ».

Si la maladie fonctionnelle relève de l'ordre de niveaux dits extra somatiques, c'est à dire énergétique, émotionnel, alimentaire etc… il conviendra d'orienter vers les professionnels compétents.

Enfin, l'ostéopathie structurelle telle qu'elle est enseignée à l'IFSO de Rennes n'utilise pas les concepts de Mécanisme Respiratoire Primaire (MRP) décrits par Sutherland et de motilité (micro mobilité automatique) des organes viscéraux décrite par J.-P. Barral car ces outils n'entrent pas dans le cadre conceptuel du MFOS.

2. L'OSTEOPATHIE STRUCTURELLE DANS LE PARCOURS DE SOIN

2.1. De la kinésithérapie à l'ostéopathie structurelle

A la fin de mes études de second cycle, au moment où ils fallu choisir mon orientation professionnelle, j'ai fait part à *mon ostéopathe* (également kiné) mon souhait de m'engager dans les études d'ostéopathie. Celle-ci m'a fortement déconseillé le cursus post bac, et ceci pour deux raisons :

- La première était que le nombre d'instituts de formation avait fortement augmenté ces dernières années. De ce fait, malgré une demande croissante de soins en ostéopathie, elle observait qu'il devenait de plus en plus difficile pour les jeunes diplômés de s'installer et de se constituer une patientèle[39].
- La seconde raison qu'elle me présentait -et dont je n'ai pris la mesure que récemment- était qu'en passant par un cursus kiné, j'allais « mettre un pied » dans le parcours de soin conventionnel, en obtenant un diplôme d'état. Ceci m'offrirait ainsi une plus grande confiance et une meilleure reconnaissance par le corps médical.

[39] GODFRIN, Hervé, et Magali PERIS. « Etude statistique du métier d'ostéopathe en 2018 - (EMOst 2018) », 5 avril 2018. p.21. http://www.lejournal.osteopathie-recherche.fr/index.php/statistiques-sondages/emost-2018-etude-du-metier-d-osteopathe-en-2018.

Le diplôme d'état de kinésithérapeute obtenu, je m'orientai alors vers l'IFSO de Rennes afin d'enfin entamer mes études en ostéopathie. Le choix de cet institut de formation s'est porté sur la méthode enseignée, l'ostéopathie structurelle, sur les conseils de collègues kiné-ostéos et de formateurs en thérapie manuelle rencontrés au détour de la formation continue.

En effet, cette approche structurelle permet une cohérence complétant l'approche fonctionnelle développée en kinésithérapie. Ainsi, la double compétence « **ostéo structurel + kiné »** permet d'appuyer la compréhension et la mise en pratique pragmatique du corollaire du premier principe de l'ostéopathie : **une bonne fonction entretient la structure**. Ainsi, une fonction optimale dans un environnement sain engendrera des contraintes acceptables et bénéfiques pour la structure, ce qui permettra d'assurer le maintien de l'homéostasie et d'assurer une bonne santé. En revanche, *un fonctionnement particulier*[40] (Cf. Annexe 1 : Processus d'installation d'une LTR) entraînera une apparition voire une réapparition des LTR.

La compétence fonctionnelle acquise durant les études de kinésithérapie peut ainsi être mise à profit au quotidien dans nos cabinets d'ostéopathie : elle permet, à la fin d'une séance concernant l'appareil locomoteur, de donner des conseils fonctionnels pertinents et adaptés au patient, véritable plus-value dans la prise en charge globale du patient.
NB: il ne s'agit en aucun cas de pratiquer des séances d'ostéopathie remboursées par la Sécurité Sociale sous couvert de prescription de kinésithérapie.

La double compétence nous permet également de conseiller, si la prise en charge structurelle s'avère insuffisante (optimisation des fonctions restantes sur une structure mal construite, usée ou cassée), le recours à une rééducation. Que ce soit en kinésithérapie pour l'appareil locomoteur, ou en orthophonie pour ce qui concerne les fonctions oro-myo-faciales, comme l'a développé Gwenaelle Massé[41] en 2018.

Ces conseils se doivent d'être en accord avec les médecins qui seront les décisionnaires prescripteurs des soins de rééducation. Une fois encore, la connaissance des

[40] Terramorsi, Jean-François, Roxane Terramorsi, Silvère Pinto, et Pierre Bédat. *Ostéopathie structurelle: lésion structurée, concepts structurants*. Bastia; Monthey (Suisse): Éolienne ; Gépro, 2013. p.107.

[41] Masse, Gwenaelle. « Enquête sur la collaboration des orthophonistes avec les ostéopathes ». Travail d'Etude et de Recherche pour l'obtention du titre d'ostéopathe, Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes, 2018.

champs de compétence de chacun, la collaboration et le dialogue entre ostéopathe et médecin sont souhaitables afin d'optimiser la prise en charge des patients.

2.2. L'ostéopathie face aux médecins

2.2.1. Un outil supplémentaire

Le médecin généraliste, dans son rôle de coordinateur des soins, est amené à avoir une vision d'ensemble du patient et de l'environnement dans lequel il évolue (ce postulat est en accord avec le principe de globalité énoncé par Still). Il doit également avoir une vision d'ensemble des différentes méthodes de soin et disciplines qu'il pourra proposer au patient, en plus de la pharmacopée. Connaître les niveaux d'action de ces différentes disciplines parait alors indispensable pour orienter au mieux le patient, au plus près de ses besoins, de sa sensibilité, de son projet de soin.

Le médecin spécialiste, quant à lui, peut être amené à utiliser l'ostéopathie comme outil supplémentaire dans les domaines spécifiques touchant à sa spécialité (pathologies crâniennes pour un neurologue par exemple, de la face et du cou pour un ORL, de l'appareil locomoteur pour un rhumatologue, pathologies digestives fonctionnelles pour un gastroentérologue etc…).

L'ostéopathie propose des réponses non chirurgicales et non médicamenteuses à des troubles fonctionnels fréquents[42].

2.2.2. Un remboursement différent

La question de l'orientation vers l'ostéopathie peut cependant être délicate pour les médecins. En France, la complémentarité des pratiques kinésithérapique et ostéopathique évoquée précédemment n'est pas intégrée d'un point de vue officiel dans le parcours de soin (celui-ci a été mis en place en 2004 dans un but de rationalisation des soins).

L'ostéopathie n'est pas remboursée par l'Assurance maladie mais par la plupart des mutuelles. Elle ne peut donc pas, par définition, entrer dans le parcours de soin[43]. Par

[42] Barry, Caroline, et Bruno Falissard. « Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie », 30 avril 2012. http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/rapports-publies.

conséquent, les médecins ne peuvent pas prescrire de séance d'ostéopathie. Ils peuvent, tout au plus et s'ils le souhaitent, conseiller voire orienter le patient, en gardant à l'esprit que le remboursement ne sera pas universel.

De manière contradictoire, la Loi les oblige tout de même à se positionner par rapport à l'ostéopathie. En effet, le décret du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie demande aux médecins de fournir un certificat de non contre-indication à l'ostéopathie pour certains actes lorsqu'ils sont réalisés par des ostéopathes non professionnels de santé[44].

2.2.3. Une demande croissante

De surcroît, il est aujourd'hui difficile pour les médecins d'ignorer l'ostéopathie car cette discipline répond à une demande bien présente de la part des patients. En 2012, le nombre de consultations ostéopathie en France était estimé à 20 millions et leur nombre aurait augmenté d'au moins 30% entre 2012 et 2016.

Parallèlement, la question de l'ostéopathie chez les médecins fait ces dernières années l'objet de nombreuses thèses pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en

---

[43] Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et arrêté du 3 février 2005 relatif au plan de reforme de santé pour le choix du médecin traitant. [En ligne]. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-2.pdf

[44] Décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et conditions d'exercice de l'ostéopathie publié au Journal Offciel de la République Française n°73 du 27 mars 2007 - Texte n°20. Extrait :

I. - Le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe ne peut effectuer les actes suivants :

1° Manipulations gynéco-obstétricales ;

2° Touchers pelviens.

II. - Après un diagnostic établi par un médecin attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie, le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe est habilité à effectuer les actes suivants :

1° Manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois ;

2° Manipulations du rachis cervical.

III. - Les dispositions prévues aux I et II du présent article ne sont pas applicables aux médecins ni aux autres professionnels de santé lorsqu'ils sont habilités à réaliser ces actes dans le cadre de l'exercice de leur profession de santé et dans le respect des dispositions relatives à leur exercice professionnel.

médecine[45] [46] [47] [48]. Il y apparaît que la plupart des médecins conseillent le recours à des thérapies alternatives, en particulier l'ostéopathie et que ces indications de consultation sont majoritairement en rapport avec des **plaintes rachidiennes**.

2.2.4. Des indications diverses mais méconnues

Les indications de consultation ne se limitent pourtant pas au rachis seul. Des associations d'ostéopathes ont établi des listes non exhaustives de pathologies pouvant bénéficier de soins d'ostéopathie.

L'association « Ostéopathes de France[49] » regroupe ces différentes pathologies par systèmes (détail des pathologies en Annexe 4) :

- le système orthopédique et locomoteur
- le système neurologique
- le système cardio-vasculaire
- le système digestif
- le système O.R.L. et pulmonaire
- le système neuro-végétatif
- les séquelles de traumatismes

[45] Binson, Rachel. « Les freins à la prescription de l'ostéopathie en médecine générale. Etat des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes libéraux et internes en médecine générale ». Thèse pour le doctorat en médecine, Université de Poitiers, 2014.

[46] Dumoulin, Cécile. « Recours des médecins généralistes à l'ostéopathie: enquête auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée ». Thèse pour le doctorat en médecine, Université de Nantes, 2012.

[47] Lebailly, François. « Recours à l'ostéopathie par les médecins généralistes bas-normands : évaluation et facteurs d'influence ». Thèse pour le doctorat en médecine, Université de Caen, 2014.

[48] Poupardin, Clotilde. « Le recours des médecins généralistes à la médecine manuelle-ostéopathie. État des lieux dans les départements de l'Eure et Seine-Maritime ». Thèse pour le doctorat en médecine, Université de Rouen, 2017.

[49] « Ostéopathes de France ». Consulté le 12 février 2019. https://osteofrance.com/osteopathie/.

L'Association Française d'Ostéopathie (AFO)[50], quant à elle, établit une liste de pathologies classées par régions (détail des pathologies en Annexe 4):

- crâne
- rachis cervical
- rachis dorsal
- rachis lombaire
- épaule
- coude - poignet - main
- bassin - hanches
- genou
- cheville -pied
- sphère ORL
- sphère pulmonaire
- sphère abdominale
- sphère génitale

Il est possible que la faible indication pour des pathologies autres que rachidienne provienne chez les médecins de l'évolution de l'ostéopathie au sein de leurs rangs. En effet, le Dr R. Maigne, fervent défenseur de l'ostéopathie pratiquée par les médecins, dénomma tout d'abord l'ostéopathie « Médecine Manuelle **Vertébrale** » puis la Médecine Manuelle Orthopédique et pour enfin revenir à la Médecine Manuelle-Ostéopathie (MMO) dans les années 90 [51].

En outre, le peu d'études portant sur l'efficacité de l'ostéopathie par rapport à d'autres thérapies sont en rapport, pour la très grande majorité, avec des indications rachidiennes[52].

[50] « Association Française d'Ostéopathie ». Consulté le 12 février 2019. https://www.afosteo.org/espace-patients/indications-therapeutiques/.

[51] Mathieu, Jean-Louis. « Présentation du Syndicat de Médecine Manuelle-Ostéopathie de France ». Consulté le 2 mars 2019. http://www.smmof.fr/index.php/presentation-128.html.

[52] Barry, Caroline, et Bruno Falissard. « Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie », 30 avril 2012. http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/rapports-publies.

2.2.5. Une histoire chargée de mésententes

Enfin, il me parait important de rappeler le contexte conflictuel dans lequel l'ostéopathie est apparue en France (Annexe 5 : Histoire de l'ostéopathie, influences, conflits et législation). Dans les années 60, devant l'essor de l'ostéopathie, et sous la pression des médecins, les pouvoirs publics s'intéressent à cette nouvelle pratique et s'en inquiètent. Ainsi, par l'arrêté ministériel du 6 janvier 1962 (article L 372 du Code de la Santé Publique), la législation établit un monopole d'exercice de l'ostéopathie au bénéfice exclusif des médecins. Les autres professionnels sont alors attaqués pour exercice illégal de la médecine.

Aujourd'hui, depuis la reconnaissance légale de l'ostéopathie en 2007 et l'ouverture de l'exercice aux professionnels de santé non médecins ainsi qu'aux ostéopathes non professionnels de santé, qu'en est-il ?

3. PROBLEMATIQUE

Les points de confrontation entre médecins et ostéopathes sont donc potentiellement multiples :

- **historique**, comme nous venons de l'évoquer
- **sémantique**, concernant la définition du mot « lésion », qui est la conséquence de la maladie pour les médecins, et sa cause pour les ostéopathes
- **méthodique**, concernant la prise en charge ; l'une allopathique traitant les symptômes, l'autre qui vise une amélioration du terrain en traitant la/les cause(s) des maladies fonctionnelles
- **pécuniaire**, du fait que l'ostéopathie ne soit pas remboursée par la sécurité sociale ; les médecins peuvent alors se retrouver dans une position délicate quant au conseil de la pratique de l'ostéopathie

L'entretien d'un certain frein au recours à l'ostéopathie par les médecins ne serait-il pas dû à un manque d'information sur les fondements de l'ostéopathie ? A un manque d'échange à propos de notre pratique ? Ces manques n'ont ils pas laissé la place à certaines idées reçues ?

4. HYPOTHESE

1) Méconnaissance de la part des médecins de l'ostéopathie structurelle directe et sans bras de levier et des principes qui la régissent
2) Vision « ancienne » positionnelle de la manipulation
3) Voire existence de craintes dues à des abus de langage laissant apparaître certaines croyances (par exemple : ostéopathie structurelle = cracking, manipulation = au-delà de l'amplitude physiologique, travail positionnel consistant à « remettre les os en place » ou « réaligner la colonne »)

5. MATERIEL ET METHODES

5.1. Choix de la méthode

Mon choix initial s'est avant tout porté sur l'utilisation d'un questionnaire à choix multiple (QCM) à distribuer à un panel de médecins. Un QCM est simple à mettre en place et permet d'avoir l'assurance de recevoir de nombreux résultats, moyennant une bonne diffusion. L'inconvénient majeur était en revanche la nécessité d'imposer des réponses préalablement choisies, donc déjà orientées et ayant pour conséquence de cadrer la pensée de l'interrogé sans finalement le laisser réellement s'exprimer[53].

Le choix s'est donc finalement porté sur des entretiens semi directifs, plus difficile et plus long à mettre en place mais permettant de créer du lien (compte tenu des rapports « difficiles » que peuvent avoir médecins et ostéopathes[54]).

L'intérêt de l'entretien semi directif est de laisser l'interrogé s'exprimer avec ses mots et d'ainsi obtenir une cohérence avec ce devoir axé sur l'importance de la sémantique. Le

[53] Lugen, Marine. « Petit guide de méthodologie de l'enquête (écrit dans le cadre du cours de "Projet Interdisciplinaire II") », 2015. Consulté le 16 octobre 2018. http://igeat.ulb.ac.be/fileadmin/media/publications/CEDD/Petit_guide_de_méthodologie_de_l_enquête_v2_01.pdf.

[54] Grimaud, Elodie. « Médecins et ostéopathes: des rapports difficiles. Eléments d'analyse de la situation ». Travail d'Etude et de Recherche pour l'obtention du titre d'ostéopathe, Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes, 2013.

cadre reste cependant assez strict puisque l'enquêteur connaît les points précis qu'il désire aborder. En l'occurrence dans notre situation, l'entrevue portait sur 4 questions thèmes composées de sous thèmes de relance si l'interrogé n'abordait pas de lui-même les problématiques recherchées.

Je me suis servie d'un « guide d'entretien » (Annexe 6) qui est un outil par lequel étaient répertoriés toutes les questions et tous les thèmes que je désirais aborder. L'ordre des thèmes n'avait pas d'importance et pouvait être modifié en cours d'entretien si l'un d'eux était abordé au cours de la discussion, afin de permettre une meilleure fluidité de l'échange.

A l'issue des entretiens, chaque entrevue enregistrée à été écoutée et retranscrite le plus fidèlement possible, en écartant certains tics de langage non utiles à l'étude qui auraient alourdi la lecture et l'analyse.

Les données collectées ont ensuite été triées par thèmes (ceux évoqués dans le guide d'entretien). La méthode ayant permis l'analyse transversale des résultats reprend celle utilisée par C. Dumoulin pour sa thèse[55] : il s'agit d'une schématisation de chaque entretien par une carte conceptuelle, qui permet de représenter facilement l'organisation du discours de l'interrogé. La réalisation de ces cartes a été possible après téléchargement du logiciel VUE à l'adresse suivante : http://vue.tufts.edu/download/index.cfm?fromvue=1

Un modèle commun a été utilisé pour créer la carte conceptuelle de chaque entretien (Fig. 8). Il se base sur les quatre grands thèmes du guide d'entretien : les connaissances des médecins à propos de l'ostéopathie, les facteurs influençant le recours à cette discipline, ceux influençant au contraire son non recours, et enfin le langage utilisé par les ostéopathes.

[55] Dumoulin, Cécile. « Recours des médecins généralistes à l'ostéopathie: enquête auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée ». Thèse pour le doctorat en médecine, Université de Nantes, 2012.

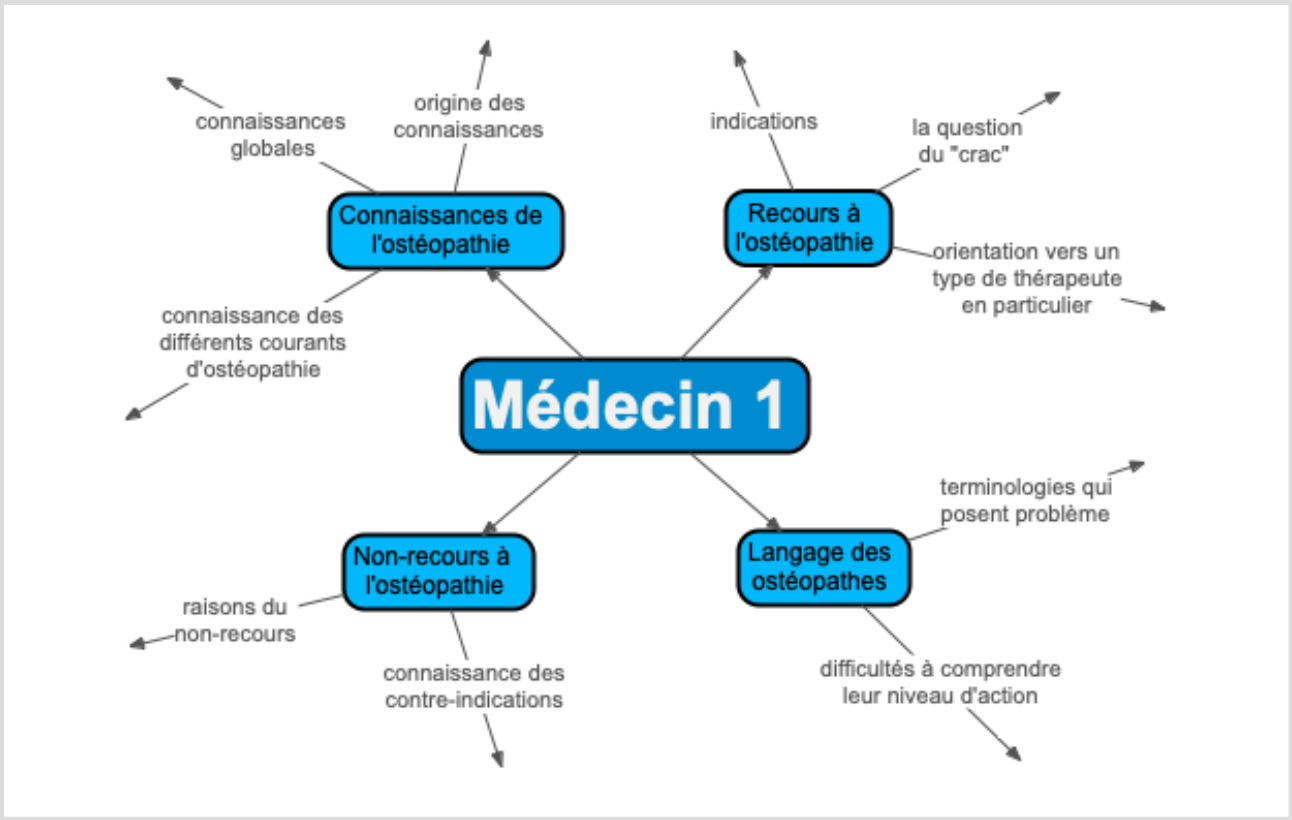


Figure 8 : Modèle commun des cartes conceptuelles

Dans un second temps, les données concernant chacun des thèmes ont été isolées dans chaque entretien, puis regroupées de façon transversale, c'est-à-dire d'un entretien à l'autre, afin de les comparer et d'en extraire les résultats.

Certaines citations, tirées de différents entretiens, ont permis d'illustrer et d'appuyer l'exposition des résultats. Le sigle « M *chiffre* » renvoie au médecin correspondant et permet de conserver l'anonymat. Dans ce même but, l'usage du genre masculin définissant « un médecin » sera systématiquement utilisé, même si le médecin correspondant est une femme.

5.2. Constitution de l'échantillon

La recherche d'une liste de médecins, généralistes ou spécialistes, s'est faite à partir du site Internet des Pages Jaunes, le 05/11/2018. Je tapai dans la barre de recherche le mot-clé « médecin », et étendis la recherche aux communes limitrophes d'Erdeven dans le Morbihan (mon lieu de travail) ainsi que la ville d'Auray où se concentrent les spécialistes. N'étaient retenus que les signets représentant une personne physique, étaient exclus les signets représentant une société d'exercice.

Les médecins ont ensuite été triés par spécialité puis par commune, et enfin par nom. Le tout trié par ordre alphabétique.

Concernant la taille de l'échantillon, il peut être plus petit que dans une enquête par questionnaire, car les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence[56].

La recherche ayant permis de recenser de 63 médecins, et l'objectif de l'enquête étant d'une vingtaine d'entretiens. Il a été choisi 1 médecin sur 3 en prenant la liste par ordre alphabétique. La liste finale était composée de 21 médecins retenus.

Parmi cette population, a été exclu : un médecin pratiquant la médecine manuelle - ostéopathie, pour éliminer un biais de recrutement.

Les entretiens ont été précédés d'une prise de rendez-vous en personne, auprès des médecins ou via leurs secrétaires, avec présentation de ma qualité de kinésithérapeute et étudiante en dernière année d'ostéopathie, du thème de la recherche, et enfin de la durée de l'entretien (inférieur à 15 minutes, durée d'une consultation médicale). Cette première présentation constitue un biais par manque de neutralité mais je craignais de n'avoir que très peu de réponses positives en prenant rendez-vous par téléphone, du fait du peu de disponibilité des médecins.

Si la proposition d'entretien était déclinée, je passais au médecin suivant dans la liste. Si je me voyais proposer un rendez-vous avec un médecin qui n'était pas retenu par la sélection, j'acceptai par courtoisie et précaution, de crainte de recevoir des refus par la suite.

Au total, 35 médecins ont été démarchés en personne : 19 médecins généralistes et 16 spécialistes. A la fin du temps imparti, 17 médecins avaient été interviewés. Les raisons pour lesquelles je n'ai pas rencontré les 18 médecins restants étaient multiples :

- 1 exclu de l'étude car pratiquant l'ostéopathie
- 1 partait à la retraite à la fin de la semaine et je n'ai pas voulu le déranger
- 9 ne m'ont pas rappelée suite au message laissé via leur secrétaire
- 4 n'avaient pas de temps à me consacrer avant le mois de janvier, l'étude prenant fin au 31/12/18
- 1 était parti à la retraite

[56] Blanchet, Alain, et Anne Gotman. *L'entretien*. Paris: A. Colin, 2017. p.50.

- 1 médecin hospitalier que je n'ai jamais trouvé dans les différents services et qui n'avait pas de secrétariat
- et enfin 1 qui a refusé de participer à l'enquête du fait d'un manque de temps et de sa mauvaise opinion de l'ostéopathie

5.3. Modalités de l'étude

L'étude s'est déroulée sur la période du 12/11/2018 au 31/12/2018. Il est à noter que deux médecins n'ont pas été mis au courant du thème de la recherche car leur secrétaire ou leur collègue m'ont donné rendez-vous avec eux sans leur accord préalable. Je leur présentai donc le thème de mon travail juste avant de démarrer l'entretien.

Au début de chaque entretien, je demandais l'autorisation aux médecins d'enregistrer l'entrevue à l'aide de l'application dictaphone de mon téléphone. Ceci à des fins de retranscription, pour ne pas avoir à prendre de note durant l'échange et ainsi être complètement attentive à leurs propos. Tous ont accepté.

6. RESULTATS

6.1. Caractéristiques de la population étudiée

- 17 médecins (dont 7 spécialistes et donc 10 médecins généralistes)
- 9 hommes et 8 femmes (Fig. 9)
- 1 médecin avait moins de 30 ans, 2 entre 30 et 40 ans, 6 entre 40 et 50 ans, 5 entre 50 et 60 ans et 3 avaient plus de 60 ans (Fig. 10)

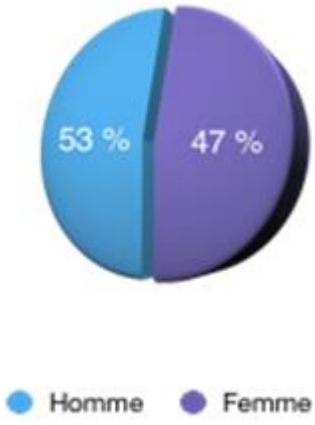


Figure 9 : Répartition homme/femme

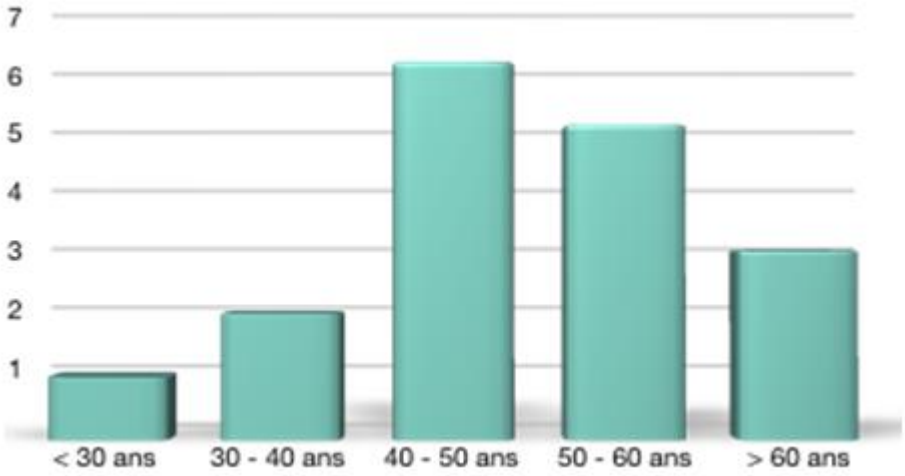


Figure 10 : Répartition en fonction de l'âge

A l'issue de l'étude et après retranscription des entretiens, un « nuage de mots » a été créé (Annexe 8), grâce au site Internet nuagedemots.fr, avec les mots et notions qui ont été les plus évoqués au cours de l'enquête.

6.2. Analyse transversale

6.2.1. Les connaissances des médecins concernant l'ostéopathie

Des connaissances générales globalement floues

Lorsqu'on les interroge sur leur connaissance de l'ostéopathie, six médecins (soit un tiers de l'échantillon) estiment qu'ils ont peu ou pas de connaissance : « on a une connaissance proche de zéro » (M12), « incapable de répondre » (M6), « aucune » (M13).

Deux médecins (M10 et M15) évoquent simplement des manipulations dans un but de soulagement.

Pour M2, l'ostéopathie se définit comme étant un complément à la kinésithérapie. A ce propos, une confusion apparaît chez M17, qui conçoit l'ostéopathie selon les principes de la kinésithérapie : « le principe, c'est le mouvement à priori, c'est de faire bouger les surfaces articulaires les unes sur les autres ».

Deux médecins évoquent le principe de globalité : « c'est une technique qui permet ne prise en charge globale des patients » (M1), « agir globalement sur un corps en étant

efficace et en traitant la cause » (M16). La notion de causalité est ici spontanément évoquée par un médecin.

Quelques médecins nous parlent de certaines techniques : évocation de l'ostéopathie viscérale (M14), du « cracking » (M17), « c'est quand on fait craquer les articulations » (M6), et un médecin parle des métamères (M9).

Enfin, deux médecins font part de leur bonne opinion de l'ostéopathie : « Pour moi c'est une bonne chose » (M9), « l'ostéopathie apporte vraiment des éléments intéressants » (M4).

Une méconnaissance des différents courants d'ostéopathie…

La majorité des médecins interrogés n'a pas connaissance de l'existence de différents courants d'ostéopathie. En effet, quatorze d'entre eux déclarent ne pas les connaître lorsque je leur pose la question. Les trois médecins qui distinguent différents courants ne les différencient cependant pas avec les mêmes termes :

- « il y a du "dur" et du "doux" » (M16)
- « il y a ceux qui font craquer et ceux qui ne font pas craquer, en deux mots c'est ça. C'est vite vu » (M12)
- « il y l'ostéopathie disons "mécaniste" et l'ostéopathie qui va aussi être plus sur les fasciae ou la médecine traditionnelle chinoise » (M1)

L'un d'entre eux (M12) est conscient que différents courants d'ostéopathie sont enseignés suivant l'institut de formation considéré : « elle est école-dépendante, complètement, et nous on n'est pas informés… ».

Origine de ces (mé)connaissances

Cette méconnaissance globale peut simplement s'expliquer par un manque de formation initiale et/ou d'information des médecins au sujet de l'ostéopathie. Aucun médecin ne déclare tirer de connaissances de lectures.

Par ailleurs, aucun médecin n'évoque spontanément de connaissances acquises au détour de leur formation initiale. Quatre d'entre eux tirent leurs connaissances de formations post graduées ayant attrait à l'ostéopathie (M1, M4, M9 et M16).

Pour huit d'entre eux, c'est le terrain qui les a familiarisés avec l'ostéopathie : « c'est ce qu'on entend des patients principalement » (M2), « Par les patients, même entre nous » (M10), « c'est le terrain et puis le fait d'en connaître quelques uns quand même, soit par l'intermédiaire de patients, soit directement » (M12), « en tant que stagiaire j'ai vu pratiquer mon maître de stage, un médecin qui faisait un peu d'ostéo » (M15), « d'avoir travaillé avec des médecins qui font de l'ostéopathie » (M15).

Sept médecins tirent leurs connaissances de leur vie personnelle. « Ce n'est pas du tout le milieu médical qui m'a sensibilisé(e) à l'ostéopathie » (M6). Soit parce qu'ils connaissent des ostéopathes (M6, M12, M14), soit parce qu'ils ont eux-mêmes déjà consulté (M3, M13, M15, M17).

6.2.2. Les conditions du recours à l'ostéopathie

Indications

Lorsqu'on leur demande pour quelles indications ils conseillent l'ostéopathie à leurs patients, les médecins répondent : (par ordre de fréquence)

- les **pathologies rachidiennes** pour dix d'entre eux (M2, M4, M7, M8, M9, M10, M13, M14, M15, M17). Parmi ceux-ci, sept évoquent les lombaires (M4, M8, M10, M13, M14, M15, M17)
- à la **suite d'un échec de traitement conventionnel** pour cinq médecins, notamment la kinésithérapie pour quatre d'entre eux (M2, M3, M16, M17)
- les **troubles ostéo-articulaires** pour quatre médecins, qui ne présentent « pas d'anomalie franche à la radio » (M11), pas de « pathologie avérée » (M2), ou spécifiquement chez le sportif, lorsque « l'examen clinique ne retrouve pas forcément d'anomalie » (M14)
- les **tensions et contractures musculaires** pour trois médecins (M2, M3, M5)
- les **douleurs costales, intercostales ou sterno costales** enfin, pour deux des médecins interrogés (M14 et M15)

Puis sont citées de façon éparse les problèmes articulaires, problèmes viscéraux, troubles de la statique pelvienne, plagiocéphalies, chevilles « engluées », défilé thoraco brachial, drainage lymphatique, drainage du foie.

La question du « crac »

Le recours aux manipulations articulaires partage les médecins interrogés. En effet, chez sept d'entre eux, le "crac" réveille de la réticence. Les manipulations cervicales sont spontanément évoquées à ce sujet par quatre médecins (M1, M2, M6 et M13).

Leur réticence provient :

- soit de leur expérience : « pour avoir vu certains dégâts chez certains patients » (M1), « j'ai eu 2 cas de dissections carotidiennes chez des patients jeunes qui ont fait une séance d'ostéo » (M2)
- d'un principe de précaution : « Dès qu'il y a de l'arthrose, après on ne sait pas si il y a une hernie » (M13)
- de leur propre perception : « D'entendre craquer ça fait un peu peur, je trouve » (M10), « C'est moins bien perçu… J'allais dire dans la mémoire collective, la mienne en particulier » (M8)

Dix médecins sur dix-sept ne sont pas dérangés par le "crac", dont six sous conditions :

- « Sur une pathologie qui est purement fonctionnelle, je m'en fiche. Sur une pathologie où j'ai un doute, je ne m'en fiche pas du tout » (M12)
- « du moment que ce n'est pas un craquement douloureux » (M4)
- « ça peut juste faire peur à certains patients » (M14)
- « *[ça dérange, ndlr]* juste au niveau cervical (…), ou si il y a des sciatiques » (M15)
- « Si c'est fait à bon escient, c'est toujours pareil, c'est dans les bonnes pratiques » (M9)
- « il y a craquer et craquer (…) ça peut être une petite méthode pour débloquer quelque chose. Mais quand on fait sauter tous les osselets, là, je ne vois pas l'intérêt » (M16).

Orientation vers un type de thérapeute

Pour trois médecins sur dix-sept (M2, M4, M9), l'orientation des patients se fait préférentiellement vers un ostéopathe qui ait une formation médicale initiale en amont ainsi que de l'expérience ; sont ici cités trois fois les kinésithérapeutes. « Je trouve que c'est important que ce soient des kinés qui fassent de l'ostéo parce qu'il y a une formation en amont, il y a une analyse médicale » (M9), « Alors je préfère quand c'est un kiné ostéopathe, parce que je me dis qu'il a plus de connaissances, et j'ai plus confiance » (M2), « je suis

assez orienté vers les gens qui ont une formation de base, notamment de kinésithérapeute, qui ont une formation médicale et qui ont un cursus » (M4)

Cinq médecins n'orientent pas leurs patients vers un thérapeute particulier, dont un qui n'indique pas l'ostéopathie (M6). Trois autres médecins (M10, M12, M13) orientent vers des ostéopathes qui sont des connaissances.

Cinq médecins (M7, M8, M12, M14, M16) accordent de l'importance au bouche-à-oreille et aux retours des patients. « Vous dire quel courant, je n'en sais absolument rien. Ce sont les retours qui comptent » (M8)

Enfin, cinq médecins (M1, M12, M14, M16, M17) prennent comme critère d'orientation la ou les techniques utilisée(s) par les ostéopathes qu'ils conseillent. « Plutôt de l'ostéopathie douce » (M17), « soit les patients, soit des gens que je connais qui m'ont dit : *« lui il travaille comme ça, c'est plutôt doux »*, *« il fait craquer »*, voilà des choses comme ça » (M14).

6.2.3. Les conditions du non-recours à l'ostéopathie

Raisons de non-recours

Les médecins peuvent être amenés dans certaines situations à déconseiller à leurs patients le recours à l'ostéopathie. L'objet de la question était d'identifier les critères justifiant ce dé-conseil. Ils ont été ici classés par ordre de fréquence :

- Lorsque le patient présente des **signes neurologiques** de type radiculalgie pour six médecins (M7, M13, M14, M17, et M9, M15 pour qui les signes neurologiques sont une contre-indication à l'ostéopathie)
- En cas de **hernie discale** pour quatre médecins (M3, M12, M13, et M2 pour qui une « hernie discale majeure » représente une contre-indication à l'ostéopathie)
- En cas d'**atteinte de l'intégrité osseuse** (ostéoporose, fracture, métastases osseuses, myélome) pour quatre médecins (M4, M11, M16 et M14 pour qui l'ostéoporose avec antécédent de fracture vertébrale représente une contre-indication à l'ostéopathie)

Trois médecins ne conseillent pas l'ostéopathie pour des raisons de doutes sur l'utilité et l'efficacité de cette discipline sur certaines pathologies : « ce n'est pas une question

de croyance, mais pour les plagiocéphalies j'entends, pour moi ce n'est pas utile » (M2), « toutes les techniques ostéopathiques tissus mous je suis moins convaincu » (M9), « Je ne leur dis pas non mais je leur dis « *ce n'est pas l'indication pour laquelle je vous conseillerais d'aller* », par exemple, pour une gamine qui a fait plusieurs otites d'affilée » (M14).

Un médecin (M9) conseille de différer la séance d'ostéopathie après un épisode aigu mais émet alors une remise en question concernant le bien-fondé de ce conseil : « Leur dire de laisser passer l'épisode inflammatoire aigu avec ce qu'on peut donner comme médicaments, et après de s'adresser à un ostéopathe. (…) Car il y a des dos qui sont quand même bien verrouillés donc je ne pense pas que… Enfin je n'en sais rien d'ailleurs… »

Enfin, trois médecins (M5, M15, M17) font spontanément part de leur confiance envers les ostéopathes et les techniques qu'ils emploient : « ils sont sensibilisés sur le fait de ne pas faire de manipulation vertébrale quand il y a la moindre suspicion, le moindre risque de dissection » (M5), « Je fais confiance aussi à l'ostéopathe pour ne pas aller au-delà… » (M15), « Je pense que la plupart des ostéopathes sont très prudents quand il s'agit de manipulations cervicales » (M17).

Par ailleurs, quatre médecins (M1, M5, M6, M10) ne déconseillent pas l'ostéopathie. « Si je prescris pas je n'ai pas à contre-indiquer » (M6).

Connaissances des contre-indications à l'ostéopathie

Trois médecins déclarent ne pas connaître de contre-indications à l'ostéopathie (M5, M13, M17). Pour trois autres (M3, M7, M15) les contre-indications relèvent d'une intuition, d'un ressenti et non d'une connaissance objectivée : « c'est plus de l'intuition par rapport à certaines situations » (M2), « celles que je viens de vous citer, qui sont mes critères à moi, je ne sais pas si c'est officiel » (M7).

Concernant les contre-indications (CI) citées, certaines sont répertoriées dans le « Benchmarks for Training in Osteopathy »[57] (Annexe 9 : Différents courants d'ostéopathie) publié par l'OMS en 2010 :

- métastases osseuses - cancer osseux (CI absolue)

[57] World Health Organization. *Benchmarks for Training in Traditional Ost, Ost,*. Geneve: World Health Organization, 2010.

- ostéoporose (CI relative)
- fracture (CI absolue)
- sciatique avec signes neurologiques (CI absolue : hernie discale intervertébrale aiguë avec signes neurologiques progressifs)
- hernie discale majeure (CI relative)

Un médecin (M12) évoque « tout doute sur une maladie organique », que j'ai entendu sur le moment au sens de néoplasme (qui est une CI relative, « à toute technique indirecte, fluidique, équilibrante ou réflexe appliquée localement »). Un autre médecin (M14) soulève bien le fait que les contre-indications dépendent des techniques employées : « Ça dépend de ce qu'ils veulent faire… ».

Enfin, certaines contre-indications citées ne sont pas répertoriées dans le « Benchmarks for Training in Osteopathy ». Il s'agit des pathologies discales (citées par deux médecins M9, M14) et des capsulites (M12).

6.2.4. A propos du jargon professionnel ostéopathique

Existence de terminologies problématiques

Lorsqu'on leur demande si ils trouvent que les ostéopathes ont un langage spécifique, avec notamment des terminologies qui pourraient poser problème, huit médecins (M1, M3, M4, M5, M6, M7, M8 et M16) répondent par la négative : « les ostéopathes que je connais se mettent à la portée du patient donc non » (M1), « les ostéopathes, je pense qu'ils parlent français » (M16).

Pour trois des dix-sept médecins, il n'y a pas ou pas assez de communication de la part des ostéopathes : « Je n'ai pas du tout l'occasion d'échanger avec des ostéopathes » (M2), « je ne peux pas te dire, je n'ai pas échangé assez » (M15), « je pense que l'ostéopathie manque globalement de dialogue et de communication » (M10).

Enfin, six médecins (M9, M11, M12, M13, M14 et M17) évoquent des terminologies qui leur posent problème. Selon M17, certaines explications manquent de fondements : « Je saurais pas dire exactement les termes mais des choses qui, je pense, ne sont pas en lien avec une réalité anatomique ou physiologique ».

Les cinq autres sont unanimes, le problème réside dans la notion d'os déplacé. Un médecin ironise : « *"Ouais, on a remis une vertèbre qui était déplacée"*, c'est le truc qui me fait toujours marrer, parce que je veux dire, si elle est déplacée c'est que t'es quand même très très mal… Ça crée un doute chez les gens dont on n'a pas forcément besoin. Pareil, sur les troubles digestifs, "on a remis le colon"… Alors attends deux secondes, parce que si le colon s'est barré, où va t'on ? » (M12). Les quatre autres en parlent de façon plus ou moins agacée « des simplifications du genre *"vous avez une vertèbre de déplacée"*. Ça, clairement » (M14), « je trouve que ce n'est pas toujours très bien expliqué. On voit souvent les gens arriver avec les mêmes discours un peu stéréotypés : le bassin déplacé ou des choses comme ça » (M9), « on se dit *"mais vous êtes sûr qu'il vous a dit ça ?"* » (M13), « on nous dit *"Mais vous ne voyez pas que c'est déplacé ? Il m'a dit que c'était déplacé"*. Pour nous, un déplacement, c'est différent » (M11).

Les six médecins évoquant des propos problématiques sont cependant tous prudents quant au fait que ce sont bien les patients et non les ostéopathes eux-mêmes qui rapportent ces termes : « Mais après, est-ce que c'est les professionnels qui ont ce langage là, réellement, qui ont ce langage-là adapté au patient ? Ou est-ce que c'est l'interprétation du patient ? » (M14), « Enfin c'est la traduction du patient » (M12), « ce sont des discours qui sont retransmis par les patients, d'ostéopathes, qui sont un peu gênants parfois » (M17), « on l'entend souvent par les patients » (M13), « Après je pense qu'ils font ça aussi pour simplifier les choses (…) mais des fois il y a un peu des clichés on va dire » (M9).

Enfin, M13 soulève le problème de la justification de certaines techniques par les ostéopathes : « Parfois, ils parlent d'organes et cela perturbe les patients. C'est à dire problème au foie, alors ça y est on a un cancer ». Sur ce point, nous le verrons, les termes utilisés pour expliquer notre action ne sont pas forcément reçus par le patient de la manière dont on le voudrait. Il parait alors important d'employer des termes clairs et adaptés afin d'expliquer au patient son trouble et la manière dont on le traite.

Difficulté à comprendre le niveau d'action des ostéopathes

Trois médecins suggèrent de façon plus ou moins directe que la connaissance du niveau d'action de l'ostéopathie ne relève pas de leur champ de compétence : « je n'ai pas de difficultés à comprendre parce que je n'ai pas regardé ! Je ne sais pas, c'est leur taf » (M8). Deux d'entre eux parlent de confiance : « je ne suis pas allé chercher midi à 14h, je l'ai

laissé faire son travail, chacun son job (…) j'ai fait confiance à la pédiatre qui me l'avais conseillée » (M6), « c'est une question de confiance (…) après que ce soit l'attache machin-chouette ou quoi, c'est un peu flou pour moi » (M16).

Trois médecins (M2, M7 et M14) ne se prononcent pas à ce sujet, soit parce que la question n'a pas été posée suite à des réponses négatives aux questions précédentes, soit parce que la réponse est hors sujet.

Sept médecins éprouvent des difficultés à comprendre ce sur quoi les ostéopathes travaillent et ce qu'ils manipulent : « C'est plus sur ceux qui vont faire craquer, c'est à dire que ce sont souvent ceux là qui parlent de déplacement de vertèbres, de déplacement de ceci ou de déplacement de cela. C'est un peu le micmac. » (M12). Ce médecin parle bien ici du fait que l'explication erronée ou simplifiée du geste thérapeutique induit une confusion.

« Ah oui, pour moi c'est un mystère ! Un mystère total… » (M11), « Alors ça c'est clair ! Je n'y connais rien… » (M3), « Oui, on ne comprend pas toujours, notamment chez les enfants (…), on peut parfois être interloqués par ce que font les ostéopathes sur les bébés » (M5), « Ça reste des choses assez énigmatiques, même quand on a eu une séance, on se sent mieux après et on ne sait pas toujours pourquoi. Moi ce que je trouve important, c'est le soulagement. Après, qu'est ce qui s'est passé pendant la séance, ce n'est pas toujours des choses très claires. Y compris dans l'indication de l'ostéopathie et dans ce qu'une séance montre, on n'a pas toujours d'explications » (M17), « Oui, et alors quand on rediscute avec des patients qui ont fait le débrief de leur séance d'ostéopathie, ils nous sortent des trucs qui me paraissent pas scientifique ou pas rigoureux. Le plus gros exemple c'est « j'ai mal au genou, ça vient du foie », enfin voilà, des choses qui n'ont pas de repères anatomiques pour moi. Ils extrapolent à d'autres organes un problème qui, à mon avis n'a rien à voir » (M15).

On peut ici relever la problématique de ce dernier témoignage : il parait important d'expliquer pour quelles raisons on investigue un organe à distance, dans le cas d'une douleur projetée pour cet exemple rapporté (l'interprétation a pu être modifiée dans ce cas précis, car il est en effet difficile de trouver un rapport entre le foie et le genou. Cf. Annexe 2 : Protocole d'investigation).

Enfin, quatre médecins n'ont pas de difficultés à comprendre le niveau d'action de l'ostéopathie, dont trois qui ont suivi une formation post graduée en rapport avec l'ostéopathie (M1, M4, M9), cela paraît donc logique. M10 suggère le dialogue et les échanges afin d'y voir plus clair : « il suffit de nous expliquer, tout simplement ».

7. DISCUSSION

7.1. Synthèse des résultats et confrontation avec l'hypothèse

Au sujet de la **connaissance des médecins concernant l'ostéopathie et ses différents courants**, la première hypothèse se vérifie. C'est-à-dire que d'après cette étude, il existe bel et bien une méconnaissance de la part des médecins à propos de l'ostéopathie structurelle directe et sans bras de levier, ainsi que des principes qui la régissent.

En effet, six médecins sur dix-sept n'ont pas de connaissance concernant l'ostéopathie « en général », sans même parler de courant. En prenant comme référence les principes de l'ostéopathie énoncés par Still présentés au début de ce devoir, sept d'entre eux ont des connaissances qualifiées d'inexactes ou erronées. Seuls deux médecins évoquent certains de ces principes fondateurs. Deux médecins sont considérés comme « Hors-sujet » car ils ont donné leur avis sur l'ostéopathie et non ce qu'ils en connaissaient (Fig. 11).

Figure 11 : Connaissances globales des médecins à propos de l'ostéopathie

Par ailleurs, quatorze médecins sur dix-sept n'ont pas connaissance de l'existence de différents courants d'ostéopathie. On peut également noter que sur les trois qui en distinguent, seul un médecin peut nous expliquer en quelques mots les principes de deux courants (Fig. 12). Toutefois, il ne relate rien qui évoque l'ostéopathie structurelle directe et

sans bras de levier. Pour lui, il y a l'ostéopathie « fascia bio énergétique » (qu'il pratique) et l'ostéopathie « mécaniste » qu'il associe au « crac » : *« je n'envoie pas vers ces thérapeutes là, non ».*

Figure 12 : Connaissance des différents courants d'ostéopathie

NB : En définitive, sur dix-sept médecins, aucun n'a connaissance de la manière de pratiquer enseignée à l'IFSO de Rennes !...

Concernant la **vision « ancienne » positionnelle de la manipulation**, véhiculée par la définition du Dr Maigne, la seconde hypothèse ne se vérifie pas à proprement parler. En effet la connaissance des médecins concernant l'ostéopathie étant limitée, des questions « techniques » concernant la pratique n'ont pas pu être abordées. Je n'ai donc pas réussi à conduire les médecins à me détailler ce qu'ils connaissaient de la manipulation à proprement parler.

Lorsque je les questionnais à propos de difficultés à comprendre le niveau d'action des ostéopathes : là encore, je n'ai pas réussi à les conduire à me parler spécifiquement des manipulations. La question aurait simplement dû être posée de manière explicite. Par exemple « Pouvez-vous m'expliquer en quelques mots l'action d'une manipulation ostéopathique ? ». De ce fait, les réponses à la dernière question tournaient plus globalement autour de différentes méthodes qui ne trouvaient pas d'explication aux yeux des médecins, ou du langage utilisé par les ostéopathes qu'ils avaient du mal à comprendre.

Justement, **concernant l'existence de craintes dues à certains abus de langage**, la troisième hypothèse n'est pas vraiment vérifiée du fait de sa formulation. En effet, l'étude ne permet pas d'affirmer qu'il existe des craintes quand au recours à l'ostéopathie, au contraire : seize médecins sur dix-sept conseillent à leur patients le recours à l'ostéopathie. Bien évidemment, cette affirmation est à lire avec prudence car il n'a pas été question de nous dire à quelle fréquence ils conseillaient ce recours. On peut également supposer que cette donnée présente un biais étant donné ma qualité d'interviewer et étudiante en ostéopathie (Cf. Biais de neutralité, p.50).

En revanche, ce que l'on peut relever c'est qu'il existe des craintes concernant les manipulations qui utilisent le « crac » articulaire : sept médecins sur dix-sept sont réticents quant à l'usage des manipulations articulaires. Les techniques employées représentent d'ailleurs le premier critère d'orientation vers un type de thérapeute (cinq médecins sur dix-sept ; ex-aequo avec le bouche à oreille et le retour des patients : cinq médecins sur dix-sept). Les craintes que peuvent avoir les médecins concernant les techniques employées par les ostéopathes ne sont pas les conséquences d'abus de langage mais d'expériences personnelles ou professionnelles vécues par les médecins.

Les abus de langage, quant à eux, dérangent par leur caractère non rigoureux et non scientifiques. Certains médecins parlent même de doutes qu'ils peuvent apporter aux patients, à l'éveil de suspicion quant à des maladies organiques. Ces abus de langage font également apparaître une dissonance entre le discours médical et le discours de l'ostéopathe, source de discrédit d'un côté comme de l'autre. Cependant, et comme nous l'avons évoqué, les médecins restent prudents et conscients que ces terminologies sont entendues de la bouche de leurs patients et non des ostéopathes eux mêmes. Le bénéfice du doute leur est donc accordé à ce propos.

Enfin, j'avais supposé que les abus de langage laissaient apparaître des **croyances à propos de l'ostéopathie structurelle**. Cette hypothèse ne se vérifie pas du fait de sa formulation, encore une fois. En effet, les entretiens ont bel et bien permis de relever certaines croyances concernant deux sujets principaux : les manipulations qui utilisent le « crac » ainsi que les contre-indications à l'ostéopathie (que j'ai regroupé par association d'idée aux raisons du dé-conseil de l'ostéopathie). La question posée lors de la formulation de la problématique était alors plus judicieuse que l'hypothèse telle qu'elle a été formulée : *« L'entretien d'un certain frein au recours à l'ostéopathie par les médecins ne serait-il pas dû à un manque d'information sur les fondements de l'ostéopathie ? A un manque d'échange à*

propos de notre pratique ? Ces manques n'ont ils pas laissé la place à certaines idées reçues ? ».

Nous reviendrons sur ces idées reçues et croyances dans un second temps, en proposant une solution pour pallier ces manques (Cf. p.51 : Réflexions nées de ce travail).

7.2. Représentativité du corpus

A propos du **sexe des médecins interrogés**, dans l'échantillon utilisé pour l'étude, 53% sont des hommes et 47% sont des femmes. Ces données sont comparables à 2% près aux chiffres nationaux donnés par la DREES au 1er janvier 2018 [58], où 51% des médecins (toute spécialité confondue) sont des hommes et 49% sont des femmes (Fig. 13 et 14).

Figure 13 : Proportion H/F, population étudiée

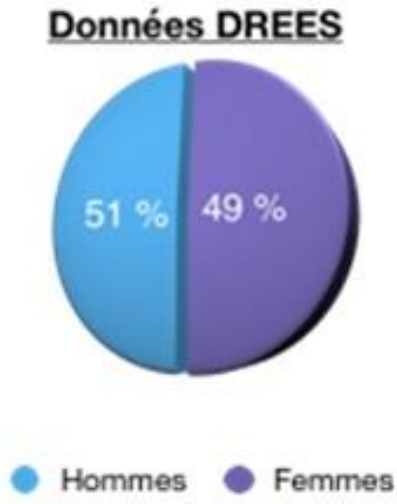


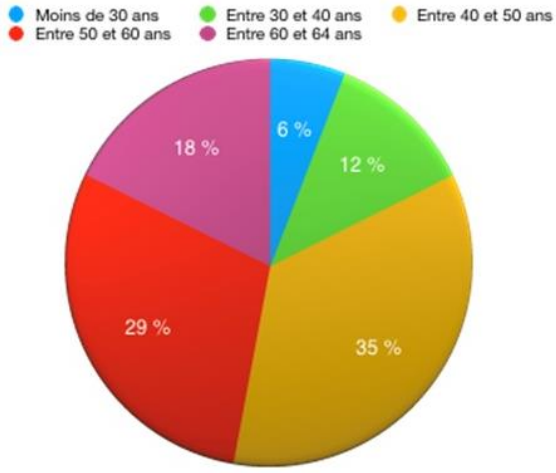
Figure 14 : Proportion nationale H/F

Concernant **l'âge de la population étudiée**, il est comparable aux données de la DREES à 4% près pour les tranches d'âge de moins de 30 ans, entre 50 et 60 ans et plus de 60 ans.

La proportion de médecins entre 30 et 40 ans interrogée est deux fois moins importante dans la population interrogée que la proportion nationale. Quant à la tranche de

[58] « Effectifs des médecins par spécialité, zone d'inscription, sexe et tranche d'âge ». Consulté le 26 avril 2019. http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3803.

40 à 50 ans, elle est sur représentée dans l'étude à 13% de plus que la moyenne nationale (Fig. 15 et 16).



Figue 15 : Répartition des âges, TER

Figure 16 : Répartition des âges, moyenne nationale

7.3. Limites et biais de la méthode

7.3.1. Biais de recrutement

Le mode d'accès aux enquêtés et le recrutement représente pour cette étude un biais de neutralité. En effet, la demande de rendez-vous en personne crée une certaine pression chez la personne démarchée, ce qui peut influer sur l'acceptation ou le refus de l'entretien. Ce mode d'accès a cependant été choisi en connaissance de cause : les médecins sont régulièrement démarchés pour différentes raisons et doivent « faire des choix, du tri ». Il m'apparaissait alors évident qu'un simple courrier ou coup de fil n'aurait pas eu le même résultat quant au nombre de médecins ayant accepté ma demande.

7.3.2. A propos de la formulation des questions

La première question relative à la connaissance de l'ostéopathie *« Que pouvez-vous me dire à propos de l'ostéopathie ? »* n'induit pas qu'une notion de connaissance. Elle peut être interprétée au sens de « Que pensez-vous de l'ostéopathie ? ». La question supplémentaire *« Qu'est ce que vous en connaissez ? »,* relative à leur connaissance et non à leur opinion, n'a été utilisée systématiquement qu'à partir du 10ème médecin.

De ce fait, deux médecins ont répondu uniquement à propos de leur avis sur l'ostéopathie et non à propos de ce qu'ils en connaissaient (ce qui est dommage car ils avaient tous deux effectué une formation d'ostéopathie).

7.3.3. Biais de neutralité

Pour cette étude, l'enquêteur, qui a mis au point l'hypothèse et le guide d'entretien, était la même personne que celle ayant réalisé les entretiens. De ce fait, malgré la vigilance mise en place pour adopter une posture neutre, un biais pouvait apparaître inhérent à des réponses induites :

- explicitement par la formulation des questions
- implicitement par mon statut de kiné - ostéopathe (les trois médecins ayant répondu orienter vers un ostéopathe ayant un cursus kiné n'auraient ils pas adapté leur réponse à leur interlocuteur?)

7.3.4. Biais d'interprétation

Lorsqu'un chercheur réalise une étude, il analyse les résultats en fonction de ses perceptions propres. L'étude aura une valeur plus objective si les données sont analysées par plusieurs chercheurs, dont certains seraient neutres dans l'idéal. Cette méthode s'appelle la triangulation des données. Elle est la clé de voûte d'un modèle scientifique qui privilégie l'objectivité en faisant disparaître le sujet écrivant. Ce modèle conçoit la rédaction comme une simple opération de transposition des résultats.

Ce travail n'a pas bénéficié de triangulation, mais seulement d'une relecture des entretiens retranscrits par deux personnes extérieures à l'étude. L'analyse des résultats, quant à elle, a été effectuée uniquement par moi-même et n'a pas fait l'objet de vérification par une tierce personne à proprement parler. On est donc, pour cette étude, face à un modèle plus général, qui accepte que la subjectivité de l'auteur soit inexorablement présente.[59]

[59] Blanchet, Alain, et Anne Gotman. *L'entretien*. Paris: A. Colin, 2017. p.105.

7.3.5. Puissance de l'étude

Le corpus de l'enquête par entretien est constitué par les entretiens réalisés au sein de la population choisie. On n'a affaire à un échantillon que lorsque les entretiens sont tirés de la population de telle sorte à être représentatifs de cette population, ce qui implique une base de données préalable (dans le cas de l'étude, la liste de 63 médecins). L'étude aurait bien sûr pu bénéficier d'un nombre de médecins interrogés plus important. La représentativité du corpus, en fonction de l'âge et du sexe des médecins interrogés, est cependant globalement satisfaisante.

Une information issue d'un entretien étant validée par le contexte et non par sa probabilité d'occurrence, elle peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires. La réduction relative du corpus nécessaire à une enquête par entretien tient donc au statut de l'information obtenue.

7.4. Réflexions nées de ce travail

7.4.1. Prise de conscience des croyances

Des croyances relatives aux **contre-indications à l'ostéopathie** ont pu être mises en évidence au travers de ce devoir. Quelques exemples :

- le cas des pathologies discales : plusieurs médecins déclarent que les pathologies discales (hernies discales en particulier) représentent une contre-indication à l'ostéopathie. En se référant à la liste des contre-indications établie par l'OMS (Annexe 9), on peut mettre en évidence le fait que seules les hernies discales « aiguës avec signes neurologiques progressifs » représentent une contre indication absolue aux techniques directes. Par ailleurs, les hernies discales (sans signes neurologiques) sont également répertoriées comme étant une contre indication relative aux « techniques directes qui impliquent spécifiquement une poussée ou un thrust appliqué localement ». Ces techniques sont entendues au sens « mécaniste » et dépassent la barrière restrictive (Cf. Discussion Annexe 9). Encore une fois à ce propos, les échanges sont de mise car il est évident que ces indications impliquent une attitude de prudence. Le caractère relatif de cette contre-indication met en exergue le flou existant quant aux différentes techniques et à leurs applications.

- le cas de certaines pathologies citées comme contre-indications ou raison de dé-conseil : **capsulite** (ne représente pas une contre-indication), **plagiocéphalie** ou **lumbago** (qui sont au contraire des pathologies citées comme indications par l'AFO, Cf. Annexe 4)

Nous pouvons également soulever la question des croyances relatives au **« crac »** articulaire. Entendu à ce sujet au cours des entretiens :
« *C'est de l'ancienne ostéopathie* », « [*le traitement kiné, doux et progressif] sera plus durable qu'un geste d'ostéopathie qui ne règlera pas les contractures musculaires* », « *c'est plus pour les footeux que pour les petites mamies* », « *j'ai l'impression que c'est plutôt traumatisant pour le squelette* ».

Pourquoi l'ostéopathie utilisant le « crac » est systématiquement considérée comme une ostéopathie « dure » ? Les manipulations articulaires ne sont qu'un outil et ne peuvent pas à elles seules résumer une méthode de soin en ostéopathie. Ce serait oublier tous les aspects relatifs aux techniques viscérales, crâniennes et tissulaires qui font autant partie (sinon plus ?) de l'arsenal thérapeutique d'un ostéopathe structurel.

7.4.2. Importance de la sémantique

La sémantique que nous utilisons afin de justifier et d'expliquer notre action est le reflet de la façon dont nous concevons nos actes. « *La conception qu'on a des choses change la façon dont on les réalise* » dit souvent Gilles Boudéhen[60], ostéopathe enseignant à l'IFSO de Rennes.

On peut ici faire référence à la p.10 (Notion de lésion ostéopathique), avec le distinguo entre « dysfonction somatique » et « lésion tissulaire réversible ».

- Dans le premier cas, on a une perte de mobilité qui sera traitée par une manipulation visant un gain de mobilité.
- Dans le second cas, on a une altération des qualités physiques d'un tissu qui sera traitée par une stimulation mécanique dosée selon la qualité de la résistance objectivée au test.

Cette nuance est de taille pour la personne manipulée ! Tant du point de vue du **confort** que de la **sécurité** : si l'on pense que la « lésion », entendue au sens « dysfonction somatique » est une perte des capacités de la sacro-iliaque (par exemple) à bailler vers l'avant (fonction - voire position), il sera fort probable que la manipulation associée soit un

[60] Boudéhen, Gilles. *Ostéopathie crânienne structurelle: la tenségrité appliquée aux bilans, aux techniques gestuelles et aux concepts crâniens*. Vannes: Sully, 2011.

bâillement plus ou moins forcé de l'articulation, qui plus est rapide. Quelque peu traumatisant n'est-ce pas…

Cette notion se retrouve dans certains écrits de médecins à propos des manipulations ostéopathiques[61]: *« Il s'agit de mouvements forcés, avec impulsion, de très faible amplitude et de très haute vélocité ».* Ce discours au sein du corps médical peut engendrer, à juste titre, certaines croyances quant à la pratique de l'ostéopathie.

En outre, les mots que l'on emploie pour expliquer notre action peuvent d'une part être différents de ce que l'on pense réellement, et d'autre part perçus par la cible d'une autre manière que celle que l'on aurait attendue. Jérémy Cuna expliquait[62] qu'entre « ce que je pense », « ce que je veux dire », « ce que je crois dire » et « ce que je dis réellement », il peut y avoir pas moins de 9 biais possibles ! Il est donc important de s'adapter à la cible qui reçoit notre message et de bien choisir les mots que l'on utilise.

Dans ce sens, et même dans un souci de simplification, il conviendra de ne pas employer de termes ayant un rapport avec une position, tels que « déplacé », « remettre ». Il s'agira également de ne pas parler d' « axe », de « place » ou de « limites », et encore moins de « forcer » lorsque l'on veut expliquer notre action ostéopathique.

7.4.3. Intérêt d'un outil d'information

Aucun médecin ne déclare tirer de connaissances de lectures. Cela corrobore le constat d'Elodie Grimaud avait fait au sujet du peu de littérature scientifique traitant d'ostéopathie publiée dans les revues médicales : *« On constate que très peu d'articles traitent de l'ostéopathie, ils ne sont pas récents et sont parus dans les revues dont le nombre d'abonnés est le moins important »*.

En outre, on ne peut pas savoir par l'intermédiaire de ces entretiens si les médecins lisent tout simplement de la littérature scientifique. Compte tenu de leurs emplois du temps chargés pour la quasi-totalité d'entre eux, on peut en effet se poser la question. Seul un

[61] Vautravers, Philippe, Marie-Ève Isner-Horobeti, et Jean-Yves Maigne. « Manipulations vertébrales – ostéopathie. Évidences/ignorances ». *Revue du Rhumatisme* 76, nº 5 (mai 2009): 405-9. https://doi.org/10.1016/j.rhum.2008.09.014.

[62] Jérémy Cuna, cours de communication thérapeutique (hypnose conversationnelle), Bretagne Ostéopathie IFSO – Rennes, le 23 avril 2018

médecin (M17) a spontanément fait référence à « la littérature scientifique ». Il nous dit pour autant ne pas tirer de connaissance concernant l'ostéopathie de ses lectures.

Les médecins interrogés admettent que les abus de langage sont majoritairement véhiculés par les patients. Soit par une retranscription erronée de leur part, soit par une simplification de discours de la part de l'ostéopathe. Dans les deux cas, cela leur pose problème. La communication directe entre ostéopathe et médecins à propos de la pratique de l'ostéopathie parait alors primordiale !

En prenant ces deux données en considération, et comme l'ont évoqué plusieurs travaux de fin d'étude traitant de la position des professionnels de santé vis-à-vis de l'ostéopathie[63] [64] [65], l'établissement d'un outil d'information à propos de notre pratique serait bénéfique. Ce « guide » permettrait d'une part d'informer les médecins sur les champs d'application de l'ostéopathie. Il pourrait également présenter ses principes d'action. D'autre part, il permettrait d'ouvrir le dialogue voire, qui sait, la collaboration entre ostéopathes et médecins. Car une corrélation a été établie entre la connaissance objective de l'ostéopathie par les médecins et le fait qu'ils aient déjà été en contact avec un ostéopathe[66]. Ce contact permet également un meilleur jugement du métier d'ostéopathe. Enfin et surtout, cela permettrait de mettre fin à certaines croyances gravitant autour de l'ostéopathie.

[63] Dumoulin, Cécile. « Recours des médecins généralistes à l'ostéopathie: enquête auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée ». Thèse pour le doctorat en médecine, Université de Nantes, 2012.

[64] Masse, Gwenaelle. « Enquête sur la collaboration des orthophonistes avec les ostéopathes ». Travail d'Etude et de Recherche pour l'obtention du titre d'ostéopathe, Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes, 2018.

[65] Ruellou, Maxime. « Enquête sur le rapport des internes en médecine générale avec l'ostéopathie ». Travail d'Etude et de Recherche pour l'obtention du titre d'ostéopathe, Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes, 2017.

[66] Ibid, p. 37.

8. CONCLUSION

De plus en plus plébiscitée par les patients, l'ostéopathie se fraie petit à petit une place sur le chemin de la reconnaissance. Les médecins, ayant dans un premier temps refusé son exercice par les professions non médicales, ouvrent maintenant leur porte à la discipline en l'incluant dans leur exercice quotidien. Pour autant, ils n'en perçoivent pas encore toutes les subtilités et il persiste une méconnaissance à l'égard de notre profession.

C'est pourquoi, en parallèle des changements qui s'opèrent de nos jours dès la formation initiale[67], une mise à disposition d'information sur le terrain serait bénéfique. Pour reprendre la conclusion de thèse de Cécile Dumoulin : *« il semblerait utile que tous les médecins généralistes au moins, soient informés clairement de ce qu'est l'ostéopathie, de ses champs d'application potentiels »*.

Aussi, ce partage d'information utilisant une sémantique adaptée permettrait de mettre fin à certaines croyances concernant l'ostéopathie structurelle, qui ne se limite pas à certaines pratiques. Il permettrait de démystifier le « crac » articulaire lorsqu'il est obtenu par une manipulation directe et sans bras de levier.

Expliquer en quoi consiste une manipulation structurelle, qu'elle fasse appel au « crac » ou non, permettrait aux médecins de comprendre notre champ d'action et notre savoir-faire acquis au décours de cinq années de formation (ce savoir-faire progressant encore durant toutes les années de pratiques d'un ostéopathe). Ce partage d'information pourrait permettre la mise en place d'une collaboration, dans le respect de chacune des professions et des compétences de chacun, à une époque ou le partage des connaissances est de mise.

L'aboutissement de ce travail se veut pragmatique. C'est pourquoi, à mon niveau, et à partir des données récoltées au cours de cette étude, je proposerai un exemple de guide d'information. Cet outil aura pour but de démystifier l'ostéopathie structurelle et de lui rendre les considérations que, selon moi, elle mérite. A savoir une méthode de fond qui permet de traiter des troubles fonctionnels, même anciens, et qui ne se réclame pas de manipulations forcées pour y arriver.

[67] L'IFSO de Rennes intervient depuis cette année à la fac de médecine de Rennes pour un cours de présentation de l'ostéopathie.

Ne restera plus à la profession « qu'à » augmenter le niveau de preuves scientifiques, si elle parvient à trouver les financements nécessaires et à accepter un niveau de preuve restreint[68], pour un accès à une réelle reconnaissance…

[68] Abiven, Benoit. « Mise en évidence de l'aspect relationnel dans le soin. Un apport des neurosciences en ostéopathie ». Travail d'Etude et de Recherche pour l'obtention du titre d'ostéopathe, Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes, 2018. p.32.

BIBLIOGRAPHIE

8.1. Ouvrages

(Par ordre alphabétique)

- Blanchet, Alain, et Anne Gotman. *L'entretien*. Paris: A. Colin, 2017.

- Boudéhen, Gilles. *Ostéopathie crânienne structurelle: la tenségrité appliquée aux bilans, aux techniques gestuelles et aux concepts crâniens*. Vannes: Sully, 2011.

- Dufour, Michel, et Michel Pillu. *Biomécanique fonctionnelle: rappels anatomiques, stabilités, mobilités, contraintes : membres, tête, tronc*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson, 2016.

- Eckert, Marie. *Le concept de globalité en ostéopathie*. Bruxelles; Paris: De Boeck, 2013.

- Le Dressay, Célia. *L'ostéopathie pour tous*. Sully, 2005.

- Rosnay, Joel de. *Le macroscope: vers une vision globale*. Paris: Editions du Seuil, 1975.

- Still, A.T. *Ostéopathie, recherche et pratique*. Vannes: Sully, 2012.

- Still, Andrew Taylor, et Pierre Tricot. *Philosophie et principes mécaniques de l'ostéopathie*. Vannes: Sully, 2013.

- Terramorsi, Jean-François. *Principes fondamentaux, réalités concrètes des différentes lésions articulaires, circulatoires et autres: fondements raisonnés et pratiques des techniques de réduction*. Cherbourg: Inter-création, 1984.

- Terramorsi, Jean-François, Roxane Terramorsi, Silvère Pinto, et Pierre Bédat. *Ostéopathie structurelle: lésion structurée, concepts structurants*. Bastia; Monthey (Suisse): Éolienne ; Gépro, 2013.

- Tricot, Pierre. *Approche tissulaire de l'ostéopathie.* Vannes: Sully, 2002.

- World Health Organization. *Benchmarks for Training in Traditional Ost, Ost,*. Geneve: World Health Organization, 2010.

8.2. Articles de revues

(par ordre alphabétique)

- Chaitow, Leon. « Somatic Dysfunction and Fascia's Gliding-Potential ». *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 18, n° 1 (janvier 2014): 1-3.

- Chandran Suja, V., et A. I. Barakat. « A Mathematical Model for the Sounds Produced by Knuckle Cracking ». *Scientific Reports* 8, n° 1 (décembre 2018).

- deWeber, K., M. Olszewski, et R. Ortolano. « Knuckle Cracking and Hand Osteoarthritis ». *The Journal of the American Board of Family Medicine* 24, nº 2 (1 mars 2011): 169-74.

- Dowling, D. « STAR : a more viable alternative descriptor system of somatic dysfunction. » *Am. Acad. Appl. Osteopath. J.* 8 (2) (1998) : 34-7.

- Fryer, Gary. « Somatic Dysfunction: An Osteopathic Conundrum ». *International Journal of Osteopathic Medicine* 22 (décembre 2016): 52-63.

- Harwich, Andrew S. « Joint Manipulation: Toward a General Theory of High-Velocity, Low-Amplitude Thrust Techniques ». *Journal of Chiropractic Humanities* 24, nº 1 (décembre 2017): 15-23.

- Jones, Allan R., Christopher J. Yelverton, et Charmaine Bester. « Ultrasound Imaging of the Trapeziometacarpal Articular Cavity to Investigate the Presence of Intraarticular Gas Bubbles After Chiropractic Manipulation ». *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 37, nº 7 (septembre 2014): 476-84.

- Na, Sungsoo, Olivier Collin, et Farhan Chowdhury. « Rapid signal transduction in living cells is a unique feature of mechanotransduction ». *Proceedings of the National Academy of Sciences* 105 (2008): 6626.

- Unger, Donald L. « Does Knuckle Cracking Lead to Arthritis of the Fingers? » *Arthritis & Rheumatism* 41, nº 5 (mai 1998): 949-50.

- Vautravers, Philippe, Marie-Ève Isner-Horobeti, et Jean-Yves Maigne. « Manipulations vertébrales – ostéopathie. Évidences/ignorances ». *Revue du Rhumatisme* 76, nº 5 (mai 2009): 405-9.

8.3. Rapports

(par ordre alphabétique)

- Barry, Caroline, et Bruno Falissard. « Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie », 30 avril 2012. http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/rapports-publies.

- Dubois, Thibault. « Etude des Motifs de consultation en Ostéopathie (Etude MOST) », 2012. https://www.afosteo.org/wp-content/uploads/2015/08/Etude-MOST.pdf.

- GODFRIN, Hervé, et Magali PERIS. « Etude statistique du métier d'ostéopathe en 2018 - (EMOst 2018) », 5 avril 2018. http://www.lejournal.osteopathie-recherche.fr/index.php/statistiques-sondages/emost-2018-etude-du-metier-d-osteopathe-en-2018.

8.4. Textes de loi

- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et arrêté du 3 février 2005 relatif au plan de reforme de santé pour le choix du médecin traitant. [En ligne]. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-2.pdf

- Décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et conditions d'exercice de l'ostéopathie publié au Journal Offciel de la République Française n°73 du 27 mars 2007 - Texte n°20.

8.5. Littérature grise

(par ordre alphabétique)

- Abiven, Benoit. « Mise en évidence de l'aspect relationnel dans le soin. Un apport des neurosciences en ostéopathie ». Travail d'Etude et de Recherche pour l'obtention du titre d'ostéopathe, Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes, 2018.

- Binson, Rachel. « Les freins à la prescription de l'ostéopathie en médecine générale. Etat des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes libéraux et internes en médecine générale ». Thèse pour le doctorat en médecine, Université de Poitiers, 2014.

- Dumoulin, Cécile. « Recours des médecins généralistes à l'ostéopathie: enquête auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée ». Thèse pour le doctorat en médecine, Université de Nantes, 2012.

- Grimaud, Elodie. « Médecins et ostéopathes: des rapports difficiles. Eléments d'analyse de la situation ». Travail d'Etude et de Recherche pour l'obtention du titre d'ostéopathe, Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes, 2013.

- Lebailly, François. « Recours à l'ostéopathie par les médecins généralistes bas-normands : évaluation et facteurs d'influence ». Thèse pour le doctorat en médecine, Université de Caen, 2014.

- Lusseau, Rémi. « La représentation sociale du craquement articulaire obtenu dans une manipulation ostéopathique ». Travail d'Etude et de Recherche pour l'obtention du titre d'ostéopathe, Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes, 2014.

- Masse, Gwenaelle. « Enquête sur la collaboration des orthophonistes avec les ostéopathes ». Travail d'Etude et de Recherche pour l'obtention du titre d'ostéopathe, Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes, 2018.

- Poupardin, Clotilde. « Le recours des médecins généralistes à la médecine manuelle-ostéopathie. État des lieux dans les départements de l'Eure et Seine-Maritime ». Thèse pour le doctorat en médecine, Université de Rouen, 2017.

- Ruellou, Maxime. « Enquête sur le rapport des internes en médecine générale avec l'ostéopathie ». Travail d'Etude et de Recherche pour l'obtention du titre d'ostéopathe, Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes, 2017.

- Tampier, Thibault. « Du modèle tensègre de la cellule mécanotransductrice à l'architecture du corps: essai ». Travail d'Etude et de Recherche pour l'obtention du titre d'ostéopathe, Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes, 2017.

8.6. Pages web

- André, Jean-Michel, Martin Catala, Jean-Jacques Morère, Estelle Escudier, Georges Katsanis, et Jacques Poirier. « Histologie : les tissus », 14 janvier 2008. Consulté le 20 avril 2019. http://www.chups.jussieu.fr/polys/histo/histoP1/POLY.TDM.html.

- Barthélémy, Pierre. « Les craquements de doigts étudiés sur 50 ans ». Consulté le 8 novembre 2018. https://www.lemonde.fr/sciences/article/2012/03/30/les-craquements-de-doigts-etudies-sur-50-ans_1677733_1650684.html.

- Educational Council of Osteopathic Principles of the American Association of Colleges of Osteopathic Medicine and staff from the Gibson D. Lewis Library at the University of North Texas Health Science Center at Fort Worth. « Authorized Osteopathic Thesaurus - Item 391 », décembre 2003. Consulté le 13 janvier 2019. https://www.aacom.org/docs/default-source/cib/thesaurus-2004_p-s.pdf?sfvrsn=bad27c97_2.

- Fédéo. « De la lésion à la dysfonction », 12 avril 2015. Consulté le 9 janvier 2019. http://fedeo.eu/de-la-lesion-a-la-dysfonction/.

- Lugen, Marine. « Petit guide de méthodologie de l'enquête (écrit dans le cadre du cours de "Projet Interdisciplinaire II") », 2015. Consulté le 16 octobre 2018. http://igeat.ulb.ac.be/fileadmin/media/publications/CEDD/Petit_guide_de_méthodologie_de_l_enquête_v2_01.pdf.

- Mathieu, Jean-Louis. « Présentation du Syndicat de Médeine Manuelle-Ostéopathie de France ». Consulté le 2 mars 2019. http://www.smmof.fr/index.php/presentation-128.html.

- Registre des ostéopathes de France. « Ostéopathie - Définition et concept ». Consulté le 13 janvier 2019. https://www.osteopathie.org/88-decouvrez-l-osteopathie-definition-et-concept.html.

- Vidard, Mathieu. « Les doigts qui craquent ne sont plus un mystère », 2018. https://www.franceinter.fr/emissions/l-edito-carre/l-edito-carre-03-avril-2018.

- « Histoire de l'ostéopathie », Consulté le 28 février 2019. http://www.osteopathe-benesse-maremne.fr/ostepathie/origine/.

- « Association Française d'Ostéopathie ». Consulté le 12 février 2019. https://www.afosteo.org/espace-patients/indications-therapeutiques/.

- « Définition ostéopathie ». Consulté le 9 janvier 2019. https://osteopathie.ooreka.fr/comprendre/definition-osteopathie.

- « Dictionnaire anglais-français ». Consulté le 13 janvier 2019. https://www.linguee.fr/anglais-francais/traduction/thrust.html.

- « Effectifs des médecins par spécialité, zone d'inscription, sexe et tranche d'âge ». Consulté le 26 avril 2019. http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3803.

- « Histoire de l'ostéopathie ». Consulté le 23 janvier 2019. http://www.atman.fr/accueil-devenir-osteopathe/histoire-de-losteopathie/.

- « La lésion ostéopathique ». Consulté le 9 janvier 2019. http://www.formation-osteopathie.com/l-osteopathie/la-lesion-osteopathique.

- « Ostéopathes de France ». Consulté le 12 février 2019. https://osteofrance.com/osteopathie/.

- « Qu'est-ce qu'une lésion ostéopathique ». Consulté le 9 janvier 2019. http://www.allo-medecins.fr/sante/specialiste/reeducation-et-massages/osteopathe,qu-est-ce-qu-une-lesion-osteopathique-,3010.html.

Annexes

8.7. Sommaire des annexes

Annexe 1 : Processus d'installation d'une LTR……61

Annexe 2 : Protocole d'investigation……...62

Annexe 3 : Histologie « Les Tissus »……..65

Annexe 4 : Indications de l'ostéopathie……..69

Annexe 5 : Histoire de l'ostéopathie, influences, conflits et législation……71

Annexe 6 : Guide d'entretien……75

Annexe 7 : Entretiens retranscrits……76

Annexe 8 : Nuage de mots……...…95

Annexe 9 : Différents courants d'ostéopathie selon l'OMS……96

8.8. Annexe 1 : Processus d'installation d'une LTR

La LTR est matérialisée, c'est à dire qu'elle prend corps dans les structures tissulaires : elle est **structurée**. C'est donc un **changement d'état** de la structure. Elle est **auto entretenue** et **réversible** par l'intervention d'une force extérieure spécifique.

Elle s'objective par un test de résistance positif, c'est à dire la palpation d'un tissu devenu moins souple. Une augmentation de la sensibilité pour ce tissu est également souvent associée.

Elle s'installe toujours suite à la diminution des sollicitations de la structure dans l'espace et dans le temps. Cette **hypo-sollicitation** peut être secondaire à une hyper-sollicitation (c'est, en quelque sorte, une mise au repos de la structure) ou bien s'installer de façon spontanée (sédentarité).

Quoiqu'il en soit, on considère que la diminution des sollicitations entraîne[69] :

- une baisse des besoins énergétiques locaux (l'organisme obéit à la loi du moindre effort et il est inutile d'apporter de l'énergie à une structure qui ne « travaille » pas)
- cela entraîne une baisse des échanges liquidiens dans les tissus (l'énergie étant véhiculée par le sang et les liquides physiologiques)
- cela entraîne une augmentation des processus statiques au détriment des processus dynamiques (ce qui correspond suivant les tissus considérés à une modification du rapport fibres collagéniques / fibres élastiques, et/ou une modification de la viscoélasticité des matrices aqueuses, et/ou une dégradation des protéoglycanes entrainant la déshydratation du milieu)
- cela entraine un changement d'état de la structure (c'est la LTR, le tissu devient moins souple et moins élastique au test de résistance)
- ce changement d'état induit une diminution de la fonction (selon le rapport structure/fonction décrit par Still, la dys-structure entraine une dys-fonction)
- cette diminution de la fonction entretient l'hypo-sollicitation
- Revenez au 1. Le cercle vicieux est installé, la LTR s'auto-entretient…

… Sauf si on lui applique une « force extérieure spécifique » : par exemple une manipulation ostéopathique.

[69] Terramorsi, Jean-François, Roxane Terramorsi, Silvère Pinto, et Pierre Bédat. *Ostéopathie structurelle: lésion structurée, concepts structurants*. Bastia; Monthey (Suisse): Éolienne ; Gépro, 2013. p.110.

8.9. Annexe 2 : Protocole d'investigation

L'anamnèse de l'ostéopathe structurel, selon la méthode enseignée à l'IFSO de Rennes[70], est décrite comme suit :

1. **Répertorier les phénomènes lésionnels** : cela permet d'identifier la ou les structures qui s'expriment
2. **Identifier le phénomène déclenchant** (ou non si non identifiable) ainsi que son intensité et analyser si il existe une cohérence entre les phénomènes lésionnels et l'intensité du phénomène déclenchant
3. **Estimer la « somme pathologique »** : c'est-à-dire faire l'inventaire des lésions irréversibles connues du patient (antécédents chirurgicaux, lésions organiques, traumatismes…) et questionner le patient sur l'environnement dans lequel il évolue
4. **Orienter l'anamnèse sur les variables de régulation de la structure qui s'exprime** : cela permet alors de découvrir des phénomènes lésionnels non verbalisés spontanément par le patient (car à distance de sa problématique du moment). C'est ce quatrième point que nous allons développé au travers de cette annexe.

La notion d'investigation à distance et ses modalités peuvent paraître difficiles à concevoir mais sont le fruit d'une logique anatomique. Nous prendrons 2 exemples :

1) Le cas d'une plainte localisée au genou
2) Et celui d'une plainte localisée à l'épaule

Comme nous l'avons précédemment évoqué, les variables de régulation sont d'ordre mécanique, neurologique et neuro-vasculaire.

Mécanique

I. Localement :

Investigation et recherche de LTR au niveau de toutes les articulations et des tissus mous 1) du genou et 2) de l'épaule

II. A distance : les articulations voisines et leurs tissus mous

1) Hanche, bassin, cheville et pied
2) Cervicales, base crânienne, dorsales hautes et moyennes, coude et poignet

Neurologique

Investigation et recherche de LTR au niveau des tissus conjonctifs en regard des zones d'innervation correspondant à la zone de plainte

[70] Terramorsi, Jean-François, Roxane Terramorsi, Silvère Pinto, et Pierre Bédat. *Ostéopathie structurelle: lésion structurée, concepts structurants*. Bastia; Monthey (Suisse): Éolienne ; Gépro, 2013. p.125.

1) Dermatomes du genou (lombaires moyennes + sacrum pour la face postérieure), racines nerveuses en relation avec les structures du genou (L2-L4, Cf. Fig. 17 et 18)

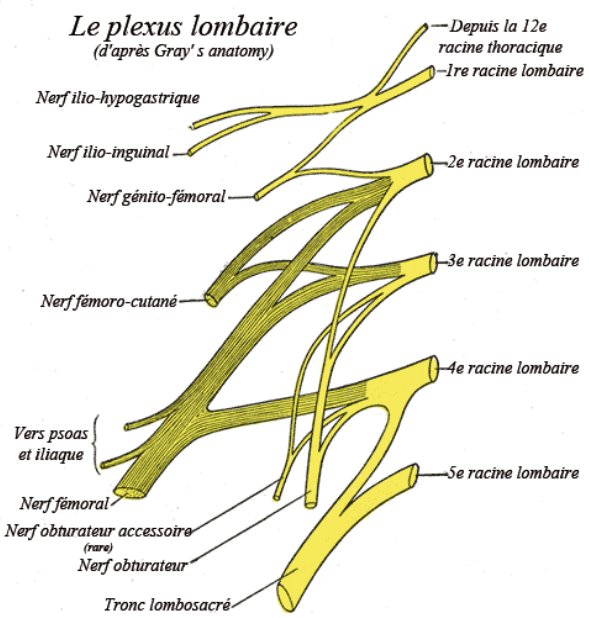


Figure 17 : Le plexus lombaire, image copiée à partir du site https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/2/28/Plexus_lombaire.png

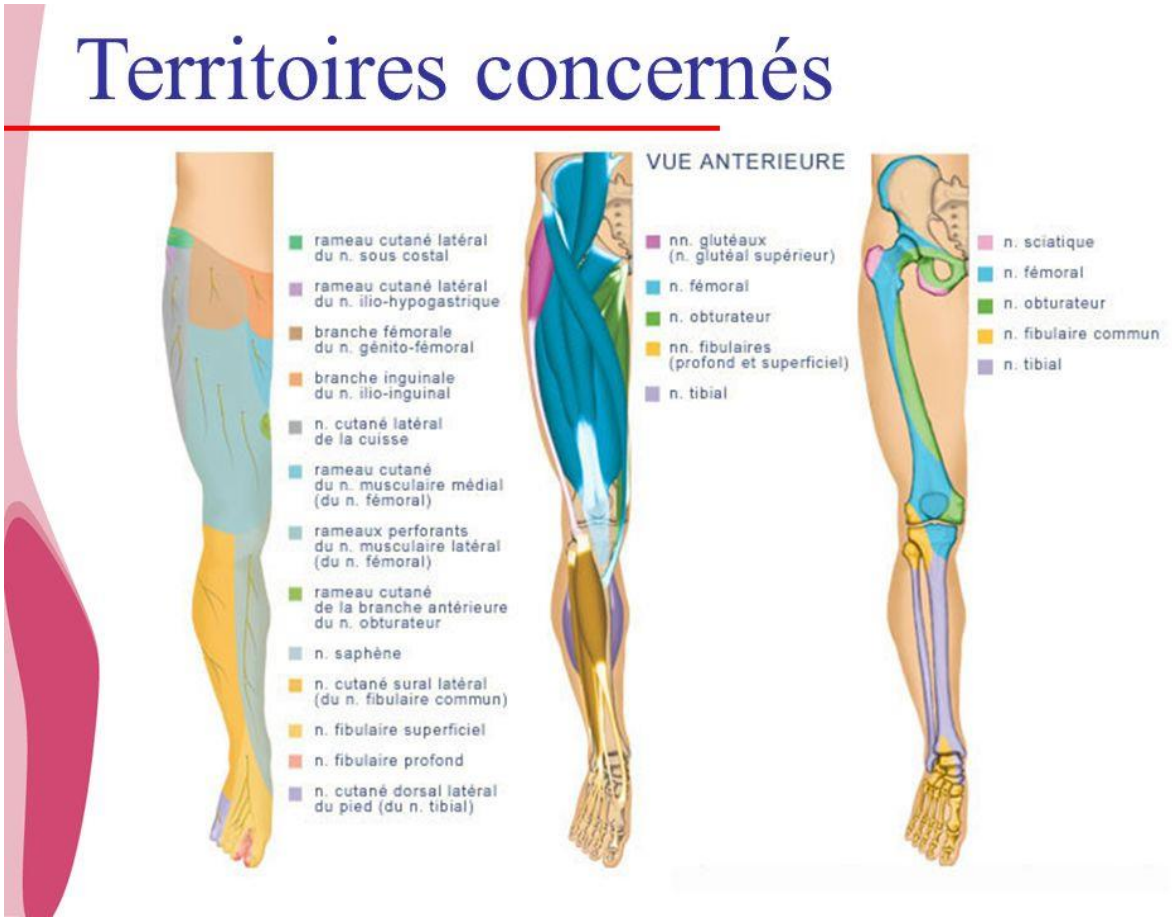


Figure 18 : Innervation du membre inférieur, image copiée à partir du site http://slideplayer.fr/slide/513782/2/images/4/Territoires+concern%C3%A9s.jpg

2) Dermatomes de l'épaule (cervicales moyennes et basses + thoraciques hautes), racines nerveuses en relation avec les structures de l'épaule, selon la même logique que pour le genou, en vous épargnant les planches anatomiques (C5-T1 = plexus brachial, articulations déjà investiguées via les dermatomes)

Neuro vasculaire

Ce sont les articulations en regard des centres orthosympathiques vasculaires régissant la région en souffrance : les 1er centres sont situés au niveau de la ZIL de la moelle épinière et les 2nd centres sont situés dans les ganglions de la chaîne caténaire. On investigue donc :

1) Les articulations en regard des centres orthosympathiques vasculaires régissant le membre inférieur (thoraciques + costo vertébrales basses et lombaires hautes de D8 à L2 [premier centre, médullaire] + lombaires, sacrum et coccyx de L2 au coccyx [second centre, ganglionnaire])

2) Les articulations en regard des centres orthosympathiques vasculaires régissant le membre supérieur (thoraciques moyennes de D4 à D8 [premier centre, médullaire] + articulations costo vertébrales de K1++ à 8 [second centre, ganglionnaire])

Douleurs projetées

Pour terminer, si aucune LTR n'a été trouvée sur les structures investiguées, on suspectera des douleurs projetées, notamment les **douleurs référées** qui sont un phénomène de **débordement synaptique au niveau médullaire**. C'est ici qu'intervient la notion de métamères. Ainsi, on pourra être amené à investiguer un organe à distance partageant les mêmes niveaux d'innervation que la zone pariétale en souffrance. En effet, une ou des LTR au sein d'un organe entraînant un dysfonctionnement peut (peuvent) s'exprimer à distance, par débordement synaptique[71].

[71] Kamina P. *Anatomie clinique tome 5 : Neuro-anatomie*. Maloine édit, Paris, 2013.

8.10. Annexe 3 : Histologie « Les Tissus »[72]

Les tissus conjonctifs sont constitués de cellules séparées par de la MEC. La MEC peut être souple et fibreuse (tissus conjonctifs lâches, réticulaires, denses, élastiques) ou même solide et minéralisée (tissu osseux).

Le tissu conjonctif lâche

Le tissu conjonctif lâche (ou tissu conjonctivo-vasculaire) se caractérise par la présence entre ses cellules d'une très abondante matrice extra-cellulaire (MEC).

Dans cette MEC, l'histologie classique distinguait des fibres (collagènes, élastiques et de réticuline) et une substance fondamentale (microscopiquement amorphe).

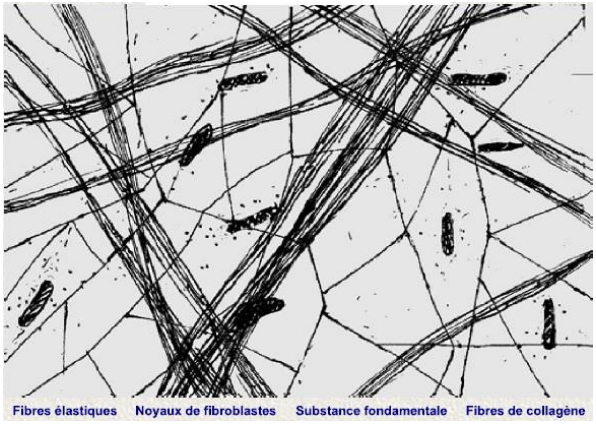


Figure 19 : Conjonctif lâche

On en trouve, notamment sous la peau (tissu conjonctif sous-cutané), entre les masses musculaires, dans le chorion et la sous-muqueuse du tube digestif, dans le chorion des voies respiratoires, des voies génitales et urinaires, dans l'adventice des vaisseaux, sous l'épithélium des séreuses, dans de nombreux organes pleins (stroma conjonctif). Le terme de *parenchyme* désigne le tissu propre d'un viscère plein, alors que le terme de *stroma* désigne le tissu conjonctif contenant les vaisseaux et nerfs destinés au parenchyme.

[72] André, Jean-Michel, Martin Catala, Jean-Jacques Morère, Estelle Escudier, Georges Katsanis, et Jacques Poirier. « Histologie : les tissus », 14 janvier 2008. Consulté le 20 avril 2019. http://www.chups.jussieu.fr/polys/histo/histoP1/POLY.TDM.html.

Ainsi, le tissu conjonctif possède un rôle de **soutien** et d'emballage des tissus et organes ; il assure le **passage** de nombreuses substances entre le sang et les tissus ; siège des cellules libres du système immunitaire (lymphocytes et plasmocytes, monocytes et macrophages, granulocytes, mastocytes), il joue un rôle majeur dans les **réactions inflammatoires** et dans les **phénomènes immunitaires** ainsi que dans les processus de cicatrisation (par prolifération des fibroblastes et production des macromolécules de la MEC).

Le tissu réticulaire

Le tissu réticulaire (ou réticulé) correspond au tissu conjonctif qui constitue le stroma des organes hématopoïétiques et lymphoïdes (ganglions lymphatiques, rate, moelle osseuse, du foie et du rein).

Figure 20 : Tissu réticulaire

Les tissus conjonctifs denses

Les tissus conjonctifs riches en fibres, pauvres en cellules et en substance fondamentale, ont une fonction essentiellement mécanique. Ils contiennent essentiellement des fibres de collagène ; ils se répartissent en deux sous-groupes :

1) Les tissus fibreux non orientés (derme, périoste, capsules articulaires, dure-mère, capsules des organes pleins (comme le foie, la rate, les reins, etc)

Figure 21 : Tissu conjonctif fibreux dense non orienté

2) Les tissus fibreux orientés (unitendus : ligaments et tendons, ou bitendus : aponévroses et stroma de la cornée)

Figure 22 : Tissu fibreux orienté unitendu (tendon)

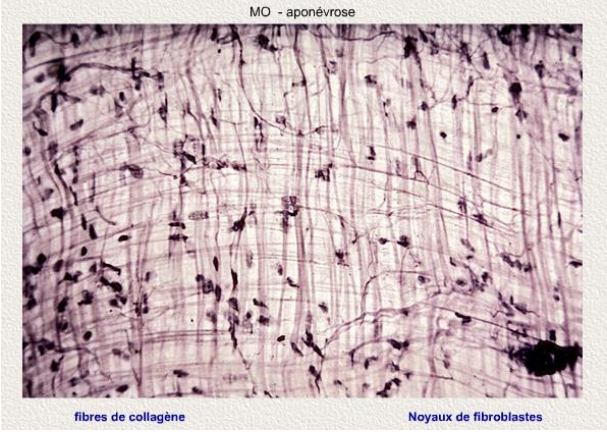


Figure 23 : Tissu fibreux orienté bitendu (aponévrose)

Les tissus élastiques

Les fibres (ou lames) élastiques y prédominent largement, entre de rares fibroblastes ou entre les cellules musculaires lisses (comme dans la média des artères de gros calibre).

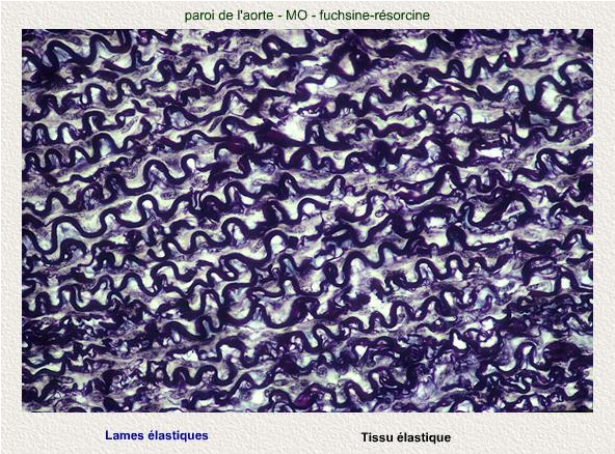


Figure 24 : Tissu élastique (paroi de l'aorte)

Le tissu osseux

Le tissu osseux, comme le tissu cartilagineux, est un « tissu squelettique », tissu conjonctif spécialisé, caractérisé par la nature solide de la MEC. La matrice osseuse a la particularité de se calcifier, ce qui la rend opaque aux rayons X et permet l'étude des os par radiographie. Les cellules bordantes, les ostéoblastes et les ostéocytes sont les cellules ostéo formatrices. Les ostéoclastes sont ostéo résorbants. Les ostéoblastes, les ostéoclastes et les cellules bordantes de l'os se trouvent à la surface des plages de tissu osseux, alors que les ostéocytes sont situés à l'intérieur de la matrice osseuse.

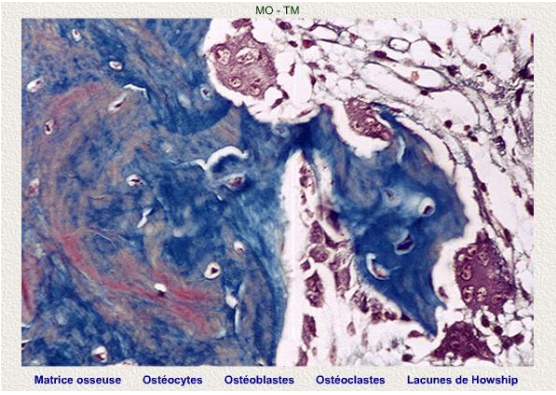


Figure 25 : Tissu osseux

8.11. Annexe 4 : Indications de l'ostéopathie

Des associations d'ostéopathes ont établi des listes non exhaustives de pathologies pouvant bénéficier de soins d'ostéopathie.

L'association « Ostéopathes de France » classe ces différentes pathologies par systèmes :

- **le système orthopédique et locomoteur** : entorses, tendinites, lombalgies, dorsalgies, costalgies, cervicalgies, périarthrites de l'épaule, douleurs articulaires, scolioses, pubalgies, douleurs coccygiennes, douleurs maxillaires.
- **le système neurologique** : névralgies cervico-brachiales, intercostales, faciales, d'Arnold, cruralgies, sciatiques…
- **le système cardio-vasculaire** : troubles circulatoires des membres inférieurs, congestion veineuse, hémorroïdes, palpitations, oppressions…
- **le système digestif** : ballonnements, hernie hiatale, flatulences, troubles hépatobiliaires, colites, constipation, ptôse d'organes, digestion difficile, gastrites,acidité gastrique…
- **le système O.R.L. et pulmonaire** : rhinites, sinusites, vertiges, bourdonnements, céphalées, migraines, bronchites, asthme, bronchiolites…
- **le système neuro-végétatif** : états dépressifs, d'hypernervosité, anxiété, stress, troubles du sommeil, spasmophilie…
- **les séquelles de traumatismes** : fractures, entorses, chutes, accidents de voiture.

L'Association Française d'Ostéopathie, quant à elle, établit une liste de pathologies classées par régions :

- **crâne** : maux de tête, migraines, plagiocéphalie du nourrisson, suite d'accouchement (forceps, siège, césarienne, cordon…)
- **rachis cervical** : cervicalgies, torticolis, névralgie d'Arnold, névralgies cervico-brachiales
- **rachis dorsal** : dorsalgies, douleurs intercostales, névralgies intercostales, scapulalgies, syndrome de Tietze
- **rachis lombaire** : cruralgies, lombalgies, lumbago, sciatiques
- **épaule** : bursites, capsulites, entorses, luxations, périarthrites, tendinopathies
- **coude - poignet - main** : canal carpien, loge de Guyon, entorses, tendinopathies, tennis elbow, paresthésies (fourmillements)

- **bassin - hanches** : coxalgies, coxarthrose, douleurs sacro-illiaques, pubalgies, tendinopathies
- **genou** : entorses, Osgood Schlatter, Larsen Johanson, tendinopathies : pattes d'oie, quadricipitales, rotuliennes, syndrome de l'essuie-glace, syndrome fémoro-patellaire, paresthésies (fourmillements)
- **cheville -pied** : aponévrosites plantaires, entorses, maladie de Sever, syndrome de Morton, tendinopathies
- **sphère ORL** : amygdalite, canal lacrymal, conjonctivites, otites, asthme, rhume des foins, sinusites, tendinites métaboliques, troubles de l'enfant : audition, canal lacrymal, régurgitations gastro-œsophagiennes (RGO), sommeil, succion, vertiges
- **sphère pulmonaire** : syndrome pulmonaire restrictif (mécanique), troubles ventilatoires
- **sphère abdominale** : ballonnements, côlon irritable, constipations, duodénites, gastrites, hernies hiatales, hémorroïdes, nausées
- **sphère génitale** : cystite, incontinence, pertes à l'effort, préparation à l'accouchement (bassin, périnée), troubles du cycle (dysménorrhées, dyspareunies, fibromes), troubles de la grossesse (nausées, douleurs ostéoarticulaires), troubles de la ménopause, cystite, énurésie, incontinences, prostatites

8.12. Annexe 5 : Histoire de l'ostéopathie, influences, conflits et législation

Les fondateurs de l'ostéopathie [73] [74]

Andrew Taylor Still (1828-1917)

Il nait en 1828 aux Etats-Unis, dans l'ouest de la Virginie. Son père, qui est fermier, pasteur et médecin lui transmettra ses valeurs sociales et religieuses. Ainsi, sa conception de la vie et du vivant repose fortement sur plusieurs modèles :

- biblique car élevé et formé dans la religion protestante méthodiste
- de la nature, notamment de la terre car issu d'une famille ayant des activités de fermiers et de chasseurs
- de science physique car passionné de mécanique et d'hydraulique

Médecin et fermier, comme con père, il doute de la réelle efficacité de la médecine américaine de l'époque. Il gardera tout au long de sa vie une hostilité non dissimulée envers celle-ci, car en 1864, il assiste impuissant à la mort de trois de ses enfants dans une épidémie de méningite. Ce déclic le persuade que la médecine de l'époque se trompe. Il faut chercher les symptômes des maladies avant leur apparition. Il s'oriente donc vers une écoute différente de ses patients, Dieu ayant donné à l'homme les moyens de s'auto-guérir.

Il suggéra que *« l'organisation physiologique interne de notre corps pouvait dépendre de la transmission des messages, et que la moelle épinière était une sorte de bureau à travers lequel tout message devait passer »* [livre Tricot p.32]. On peut relever que les connaissances anatomiques de notre époque permettent d'approuver cette intuition.

En 1874, Still rompt avec la médecine traditionnelle de son époque et donne naissance à l'ostéopathie. Il structure une nouvelle approche de maintient de l'état de santé qui considère l'homme dans son environnement, son hygiène de vie et son équilibre interne.

Il fonde ensuite le premier centre de soin et d'enseignement de l'ostéopathie « The American School of Osteopathy » en 1892 à Kirksville dans le Missouri. Il meurt en 1917.

---

[73] Tricot, Pierre. *Approche tissulaire de l'ostéopathie.* Vannes: Sully, 2002.

[74] Le Dressay, Célia. *L'ostéopathie pour tous*. Sully, 2005.

John Martin Littlejohn (1865-1947)

Il découvre l'ostéopathie en tant que patient et recouvre la santé, pourtant fragile depuis plusieurs années, l'ayant contraint à plusieurs immigrations sous des contrées au climat plus clément que son Ecosse natale.

Impressionné par Still et sa méthode, il décide d'étudier l'ostéopathie au collège de Kirksville, l'American School of Ostéopathy (ASO).

Il sera par la suite recruté par A.T. Still pour y donner des cours de physiologie. Progressivement s'installera un conflit entre A.T. Still et J.M. Littlejohn concernant le modèle fondamental de l'ostéopathie. Le premier préfère des fondements basés sur l'anatomie là où le second ne jure que par la physiologie et la science médicale.

Ce conflit poussera Littlejohn à quitter l'ASO pour fonder le Littlejohn College of Osteopathy à Chicago. Là, il reprendra les études et obtiendra son diplôme de Docteur en Médecine, et retournera en Angleterre afin de fonder la British School of Osteopathy (BSO) à Londres en 1917. C'est ainsi que l'ostéopathie arrive en Europe.

J.M. Littlejohn étudie particulièrement la physiologie nerveuse et circulatoire vertébrale et développe une compréhension pratique des centres nerveux de la colonne. Il étudie également l'adaptation mécanique du corps humain à la position érigée.

NB : P. Tricot, lorsqu'il évoque les discordes entre Still et Littlejohn, soulève le problème de la langue. « Parlaient-ils seulement la même langue? » dit-il, allusion faite aux origines différentes de leurs anglais parlés. L'un américain, l'autre européen. L'un profondément croyant, l'autre féru de science. L'un farouchement opposé à la médecine, l'autre lui-même devenu médecin après ses études d'ostéopathie.

William Garner Sutherland (1873-1954)

C'est un journaliste qui, en allant enquêter sur l'ostéopathie à Kirksville, s'intéresse à la discipline au point d'entamer ses études. Instigateur de « l'idée folle » consistant à penser que les os du crâne présentent une mobilité qui s'apparente à une respiration (en rapport avec l'aspect biseauté des os du crâne, notamment l'écaille du temporal, comme les ouïes d'un poisson). S'en suit une longue série d'expérimentation sur son propre crâne afin de confirmer son idée. A partir de là, il décrit un modèle mécanique appelé le Mécanisme Respiratoire Primaire qui « consiste en la fluctuation du liquide céphalo-rachidien, essentiellement à l'intérieur et autour du cerveau et de la moelle épinière ».

Il enseignera l'ostéopathie crânienne à l'ASO. Au fil du temps, son approche a évolué d'un modèle très mécaniste (articulaire crânien) vers un point de vue membraneux (membranes de tension réciproque), puis liquidien (liquide céphalo-rachidien) pour enfin terminer à la fin de sa vie à des considérations presque totalement spirituelles (le « Souffle de Vie »).

Après avoir traversé l'Atlantique, l'ostéopathie franchit la Manche [75] [76] [77] [78] [79] [80] [81] [82]

A partir de 1950, en France : les enseignements privés sont délivrés aux professionnels de santé dans le cadre de la société de recherches ostéopathiques créée en 1951 par Paul Gény (1912-1996, kinésithérapeute) et Jacques Pottier. Ils fondent l'Ecole Française d'Ostéopathie (EFO) en 1957.

Parallèlement, le Docteur Lavezzani, instruit par un élève de Still, crée en 1952 de la Société Française d'ostéopathie (SFO).

En 1954 est créé le Syndicat des Médecins Ostéothérapeutes Français (SMOF) sous l'impulsion du Docteur Maigne. Il deviendra le Syndicat de Médecine Manuelle-Ostéopathie de France (SMMOF) dans les années 90. Le SMMOF se défend aujourd'hui d'être le syndicat majeur de médecins ostéopathes. Le Docteur Maigne

[75] Site du Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeute. Consulté le 28 février 2019. http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2012/12/Le-référentiel.pdf. p.34

[76] GODFRIN, Hervé, et Magali PERIS. « Etude statistique du métier d'ostéopathe en 2018 - (EMOst 2018) », 5 avril 2018. http://www.lejournal.osteopathie-recherche.fr/index.php/statistiques-sondages/emost-2018-etude-du-metier-d-osteopathe-en-2018.

[77] « Histoire de l'ostéopathie », Consulté le 28 février 2019. http://www.osteopathe-benesse-maremne.fr/ostepathie/origine/.

[78] « Histoire de l'ostéopathie ». Consulté le 23 janvier 2019. http://www.atman.fr/accueil-devenir-osteopathe/histoire-de-losteopathie/.

[79] Mathieu, Jean-Louis. « Présentation du Syndicat de Médeine Manuelle-Ostéopathie de France ». Consulté le 2 mars 2019. http://www.smmof.fr/index.php/presentation-128.html.

[80] Poupardin, Clotilde. « Le recours des médecins généralistes à la médecine manuelle-ostéopathie. État des lieux dans les départements de l'Eure et Seine-Maritime ». Thèse pour le doctorat en médecine, Université de Rouen, 2017.

[81] Grimaud, Elodie. « Médecins et ostéopathes: des rapports difficiles. Eléments d'analyse de la situation ». Travail d'Etude et de Recherche pour l'obtention du titre d'ostéopathe, Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes, 2013.

[82] Masse, Gwenaelle. « Enquête sur la collaboration des orthophonistes avec les ostéopathes ». Travail d'Etude et de Recherche pour l'obtention du titre d'ostéopathe, Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes, 2018.

décrit une sémiologie ostéopathique précise avec des tableaux cliniques caractéristiques permettant une connaissance de la pratique.

Dans les années 60, devant l'essor de l'ostéopathie, et sous la pression des médecins, les pouvoirs publics s'intéressent à cette nouvelle pratique et s'en inquiètent. Ainsi, par l'arrêté ministériel du 6 janvier 1962 (article L 372 du Code de la Santé Publique), la législation établit un monopole d'exercice de l'ostéopathie au bénéfice exclusif des médecins. Les autres professionnels sont alors attaqués pour exercice illégal de la médecine.

C'est alors qu'en 1965, pour les raisons juridiques mentionnés ci-dessus, l'EFO s'expatrie en Angleterre à Maidstone. Elle devient l'European School of Osteopathy (École Européenne d'Ostéopathie) que Paul Geny crée avec l'aide de John Wernham (élève de Littlejohn). A ce jour, cette école est toujours une référence. C'est dans ce collège qu'ont été formés bon nombre des premiers masseurs-kinésithérapeutes-ostéopathes français.

Dans le courant des années 1960, plusieurs praticiens formés à l'école de Paul Gény poursuivent leur formation avec un ostéopathe anglais, Denis Brookes, passionné d'ostéopathie crânienne, qui réussit à faire venir, en 1964, trois ostéopathes américains (Harold I. Magoun, Viola Frymann, Thomas Schooley, tous élèves directs de Sutherland) pour enseigner les bases de l'ostéopathie crânienne.

C'est à partir de ces années que naissent plusieurs collèges ostéopathiques et que l'ostéopathie pratiquée par des kinésithérapeutes prend véritablement son essor. La formation, basée sur le savoir-faire du thérapeute, se fait essentiellement par apprentissage direct, « sur le tas », les savoirs d'expérience se développent en lien avec des savoirs théoriques.

L'émergence de la formation encadrée en ostéopathie en France ne date que d'une vingtaine d'années : en 1997, le Parlement Européen adopte un rapport sur le statut des médecines non conventionnelles (dont l'ostéopathie fait partie). Le Ministère de la Santé français met alors en place une commission de travail dont l'objectif est de légaliser les professions d'ostéopathe et de chiropracteur.

Il faudra attendre cinq ans pour que, le 4 mars 2002, la loi n°2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dite « loi Kouchner » légalise l'ostéopathie en France. Cinq autres années seront nécessaires afin que les décrets d'application soient publiés au Journal Officiel[83] et réglementent ainsi la pratique de l'ostéopathie.

En 2009, les modalités de formation sont révisées et un nouveau décret instaure un volume minimal d'heures de formation. Enfin en 2014, un décret relatif aux conditions d'agrément des écoles de formation en ostéopathie est publié.

[83] Décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et conditions d'exercice de l'ostéopathie publié au Journal Offciel de la République Française n°73 du 27 mars 2007 - Texte n°20.

8.13. Annexe 6 : Guide d'entretien

Support pour des entretiens semi directifs réalisés auprès des médecins, généralistes ou non, du Morbihan, dans un périmètre rapproché autour de la ville d'Erdeven.
Durée de l'entretien inférieur à 15 minutes (durée d'une consultation médicale) et lieu de l'entretien sur le lieu de travail du médecin interrogé, dans un souci de facilité pour ce dernier.
L'entretien sera enregistré dans un but de retranscription et anonymisé.

1/ Que pouvez-vous me dire à propos de l'ostéopathie?

- Connaissez-vous différents courants d'ostéopathie? Si oui, lesquels?
- D'où tirez-vous votre connaissance de l'ostéopathie (Terrain/lecture/formation?)

2/ Vous arrive-t'il de conseiller à vos patients le recours à l'ostéopathie?

- Pour quelles indications?
- Orientez-vous vers un type de thérapeute en particulier? Si oui, quel type de thérapeute?
- Qui « craque » ou pas? Le fait de craquer est-il une contre-indication pour vous?

3/ Vous arrive-t'il de déconseiller l'ostéopathie?

- Si oui, pour quelle(s) raison(s)?
- Connaissez-vous des contre-indications à l'ostéopathie?

4/ Trouvez-vous que les ostéopathes ont un langage spécifique?

- Des terminologies qui peuvent poser problème?
- Des difficultés à comprendre ce sur quoi ils travaillent et ce qu'ils manipulent?

5/ Questions administratives :

- Quelle est votre spécialité médicale?
- Tranche d'âge: Dans quelle décennie vous situez-vous?

8.14. Annexe 7 : Entretiens retranscrits

Médecin 1 :

Que pouvez-vous me dire à propos de l'ostéopathie ? Qu'est ce que vous en connaissez ?
- Pour moi, c'est une technique qui permet une prise en charge globale du patient, au travers des tissus, des fasciae, des articulations. Ça peut toucher aussi bien des problèmes articulaires que des problème plus profonds comme les problèmes viscéraux etc…
Ça s'adresse à tous âges, c'est a dire qu'on peut vous adresser un nouveau-né comme on peut vous adresser une personne âgée. Notamment ça peut permettre chez le nouveau-né de remettre un peu en équilibre suite à un accouchement qui aurait été difficile, par exemple.
Ça peut toucher les problèmes articulaires comme les problèmes viscéraux.

Très bien, vous avez une bonne connaissance globale, d'où tirez-vous cette connaissance ? Sur le terrain, lectures, formation(s) ?
- Alors personnellement j'ai fait de la fasciathérapie, j'ai fait une formation de fasciathérapeute, que je n'utilise pas assez à mon goût mais bon, la pression fait que… On ne peut pas tout faire…

Très bien. Est ce que vous connaissez différents courants d'ostéopathie?
- Alors justement, dans ma tête, il y l'ostéopathie disons « mécaniste » et l'ostéopathie qui va aussi être plus sur les fasciae ou la médecine traditionnelle chinoise, plus en fascia-bio-énergie.

D'accord, Et qu'est ce que vous entendez par « thérapie mécaniste » justement?
- Eh bien, « thérapie mécaniste », ça voudrait dire justement qui s'intéresserait peut être un peu moins au versant énergétique de la prise en charge du patient.

D'accord. Est ce qu'il vous arrive, du coup, de conseiller le recours à l'ostéopathie à certains de vos patients?
- Ah oui, régulièrement !

Régulièrement, pour quelles indications par exemple?
- Pour tout ! Aussi bien un patient qui vient me voir, et chez qui je constate qu'il y a un problème articulaire, ou qui se plaint d'un problème articulaire ; que chez un patient, par exemple, qui va avoir de la chimiothérapie pour un cancer (…). Pour des séances de drainage lymphatique, de drainage du foie etc…

Est ce que vous orientez vers un type de thérapeute en particulier?
- Donc moi je travaille plus avec des fasciathérapeutes vu que j'ai cette connaissance là, donc plutôt vers des fasciathérapeutes.

D'accord. Du coup, est-ce que, par exemple, les thérapeutes qui font craquer, c'est une contre-indication pour vous?
- Oui, je n'envoie pas vers ces thérapeutes là, non.

D'accord, donc c'est une contre-indication pour vous?
- Oui, plutôt oui, on va dire que oui.

Du coup, pour quelle raison?
- Pour en avoir fait personnellement et pour avoir constaté les résultats que ça peut faire, et pour avoir vu certains dégâts chez certains patients.

De quel ordre?
- Au niveau articulaire.

C'est à dire, des lésions objectivées, ou des douleurs?

- Alors des douleurs cervicales qui se sont aggravées, avec des paresthésies des membres supérieurs et à titre personnel une douleur de sacrum qui s'est aggravée par une douleur de sacro-iliaque.

A l'inverse, est-ce qu'il vous arrive de déconseiller l'ostéopathie à certains patients?
- Non.

Est ce que vous connaissez des contre-indications à l'ostéopathie?
- Non. Il y en a?

Oui, il y en a : étant donné que les ostéopathes peuvent être consultés en première intention, donc par exemple toutes les urgences médicales (fractures, AVC etc…) et après il peut y avoir des contre-indications relatives, notamment des fragilités osseuses ou des fragilités du tissu conjonctif.
- Oui effectivement, si j'avais un patient en face de moi avec ces problèmes là, c'est évident que je n'enverrai pas, j'y penserais.

Très bien. Dernière question, est ce que vous trouvez que les ostéopathes ont un langage spécifique?
- Je n'ai pas l'impression non.

Pas de terminologies qui pourraient poser problème?
- Ceux que je connais ; les ostéopathes que je connais se mettent à la portée du patient donc non.

Donc pas de difficulté à comprendre ce sur quoi ils travaillent et ce qu'ils manipulent?
- Non je n'ai pas l'impression que ça pose problème.

Médecin 2

Que pouvez -vous me dire à propos de l'ostéopathie?
- L'ostéopathie, pour moi, c'est un complément. Je prescris beaucoup de séances de kiné, et pour moi l'ostéopathie ça peut venir en complément, ou alors en traitement d'entretien pour des blocages niveau du dos, au niveau articulaire. Quand il y a une pathologie, c'est plus pour moi de la kiné, l'ostéo peut être un plus. Mais par contre, quand il n'y a pas de pathologie avérée, ça peut être de l'ostéo pour de l'entretien.

Très bien. Est-ce que vous connaissez différents courants d'ostéopathie?
- Alors, je sais qu'il existe plusieurs type de formations, mais je ne les connais pas non.

Votre connaissance de l'ostéopathie, d'où est-ce que vous la tirez? Sur le terrain, de lectures, de certaines formations que vous auriez pu faire?
- Ce sont des connaissances générales, de monsieur et madame tout le monde. Je n'ai jamais eu personnellement affaire à un ostéopathe mais c'est ce qu'on entend des patients principalement.

D'accord. Il vous arrive donc de conseiller à vos patients le recours à l'ostéopathie, pour quelles indications? Pourriez-vous développer un peu?
- Oui, pour des douleurs du dos, en règle générale, des douleurs chroniques. C'est principalement par rapport au dos. L'ostéopathie chez le nouveau-né, je ne prescris pas du tout ; ce n'est pas que je n'y crois pas, ce n'est pas une question de croyance, mais pour les plagiocéphalies j'entends, pour moi ce n'est pas utile. Chez le nouveau-né, pour des torticolis ce sera plus le kiné, donc là pour le nouveau-né je n'ai pas trop d'indication. Chez les adultes, ce sera plutôt des douleurs, des tensions à traiter et à soigner.

Très bien. Quand vous orientez vers un ostéopathe, est-ce que vous orientez vers un type de thérapeute en particulier?
- Alors je préfère quand c'est un kiné-ostéopathe, parce que je me dis qu'il a plus de connaissances, et j'ai plus confiance. J'ai eu des expériences malencontreuses avec des ostéopathes quand j'étais interne en neurologie, où j'ai vu des dissections carotidiennes. Je ne connais pas tous les courants et toutes les formations qui existent mais je pense qu'il y a des techniques qui sont peut-être plus fiables et des formations qui sont peut-être plus fiables que d'autres et comme je ne connais pas, quand je

sais qu'il y a un kiné qui est ostéopathe, je préfère envoyer chez le kiné et qu'il fasse aussi de l'ostéo. J'ai plus confiance.

Le fait que les ostéos fassent craquer, est ce que pour vous c'est une contre-indication? Que l'ostéo soit kiné ou ostéo exclusif?
- Le fait de faire craquer, ça ne me convient pas vraiment. C'est peut-être juste une idée reçue, mais j'ai l'impression que c'est plutôt traumatisant pour le squelette. Notamment en faisant craquer le cou, comme je vous disais, j'ai eu 2 cas de dissections carotidiennes chez des patients jeunes qui ont fait une séance d'ostéo et qui se sont retrouvés paralysés, c'est donc compliqué.

Très bien. Est ce qu'il vous arrive également de déconseiller l'ostéopathie?
- Je ne déconseille pas l'ostéopathie, au contraire. Les gens peuvent être tellement tendus que ça permet peut-être de libérer les tensions, donc au contraire ça peut être très bien, mais encore une fois il ne faut vraiment pas aller voir n'importe qui, et c'est pour ça que je préfère envoyer chez des kinés, encore une fois.

D'accord. Est-ce que vous connaissez des contre-indications à l'ostéopathie?
- Non… Enfin si, peut-être que si quelqu'un a une hernie discale majeure, j'imagine que faire craquer les vertèbres ce n'est peut être pas l'idéal ! Les contre-indications ce seraient peut-être des méthodes qui seraient moins bien que d'autres.

Trouvez-vous que les ostéopathes ont un langage spécifique?
- Je n'ai pas du tout l'occasion d'échanger avec des ostéopathes.

Médecin 3

Que pouvez-vous me dire à propos de l'ostéopathie? Qu'est ce que vous en connaissez?
- Pas grand chose…

Est ce que vous connaissez, par exemple, différents courants d'ostéopathie?
- Non, du tout.

Est ce qu'il vous arrive de conseiller à vos patients le recours à l'ostéopathie?
- Oui, ça m'arrive.

Pour quelles indications par exemple?
- Quand la kiné, sur certaines contractures, ne fait pas d'effet. Je propose au patient d'aller voir un ostéo. Mais j'ai tendance à conseiller la kiné en premier.

Est ce que vous orientez vers un type d'ostéopathe en particulier?
- Non.

Très bien. Est ce que pour vous, un ostéopathe qui fait craquer peut représenter une contre-indication?
- Non, car objectivement, je ne sais pas à quoi ça correspond de faire craquer. Je sais que certains font craquer, d'autres pas. Des patients me disent que ça leur fait beaucoup de bien donc l'essentiel c'est que les patients aillent bien !

J'entends. Vous arrive-t'il de déconseiller l'ostéopathie?
- Dans certaines situations oui, des personnes âgées par exemple, ou des gens qui ont déjà une hernie discale connue.

Et connaissez-vous des contre-indications à l'ostéopathie?
- Pour moi, c'est plus de l'intuition par rapport à certaines situations.

Et trouvez-vous que les ostéopathes ont une certaine façon de parler? Est ce qu'il vous est difficile de comprendre ce sur quoi les ostéos travaillent et ce qu'il manipulent?
- Alors ça c'est clair ! Je n'y connais rien…

Avez-vous déjà eu l'occasion d'échanger avec des ostéopathes?
- Pas vraiment non. Juste une fois, car à titre personnel je suis allée en voir un, conseillé par ma kiné.

Est-ce que vous trouviez qu'il avait un langage spécifique?
- Non il s'est mis à ma portée !

Et donc vous n'aviez pas, pour autant, saisi ce qu'il faisait?
- Si, sur moi c'était facile, mais ce n'était que pour une séance donc je n'ai pas vu toute l'ostéopathie !

Médecin 4

Qu'est ce que pouvez me dire à propos de l'ostéopathie?
- J'avais fait moi-même une formation à Rennes avec le GEMO. Je n'ai pas fait le DU mais j'ai quelques notions. Je trouve que l'ostéopathie apporte vraiment des éléments intéressants, c'est un bon complément de la kinésithérapie. Je trouve que c'est important que ce soient des kinés qui fassent de l'ostéo parce qu'il y a une formation en amont, il y a une analyse médicale. Ça reste une discipline qui doit être très encadrée à mon avis parce qu'on peut faire des grosses bêtises en ostéo, particulièrement au niveau cervical.

Est-ce que vous connaissez différents courants d'ostéopathie?
- Je ne les connais pas tous, la formation que j'ai faite avec le GEMO était destinée aux médecins. Tous ceux qui concernent les kinés je ne les connais pas en particulier. Mais j'imagine que les gens qui ont déjà une formation de kiné en amont vont faire des formations sérieuses.

Au-delà de la formation que vous avez-faite, d'où tirez-vous votre connaissance de l'ostéopathie? De lectures, sur le terrain?
- Un peu sur le terrain et en discutant avec des kinés, des ostéos, et je connais quelqu'un qui est chiro.

D'accord. Est ce qu'il vous arrive de conseiller à vos patients le recours à l'ostéopathie?
- Oui.

Pour quelles indications?
- Surtout les problèmes lombaires, dorso-lombaires.

Et dans ce cas, est-ce que vous orientez vers un type de thérapeute en particulier?
- J'oriente toujours vers des kinés. Des kinés plutôt traditionnels, c'est à dire des gens qui touchent le patient et qui accordent du temps au patient, et qui ne prennent pas plusieurs patients en même temps.

Est-ce que les thérapeutes qui font craquer, ça vous dérange? Ça peut être une contre-indication pour vous?
- Non le craquement, du moment que ce n'est pas un craquement douloureux, ça ne pose pas de problème. Le craquement c'est juste quelque chose qui est lié à l'articulation.

Est ce que, à contrario, il vous arrive de déconseiller l'ostéopathie?
- Oui, par exemple des gens qui ont des douleurs rachidiennes et qui ont une maladie type myélome, type métastases osseuses.

Tout à fait, donc vous en avez cité une, est-ce que vous connaissez d'autres contre-indications à l'ostéopathie?
- L'ostéoporose éventuellement, l'ostéoporose très évoluée.

Est ce que, quand vous échangez avec eux, vous trouvez-que les ostéos peuvent avoir un langage spécifique? Avec des terminologies qui peuvent poser problème?
- Non.

Pas de difficulté à comprendre ce sur quoi ils travaillent et ce qu'ils manipulent?
- Non.

Médecin 5

Que pouvez-vous me dire à propos de l'ostéopathie? Qu'est ce que vous en connaissez?
- L'ostéopathie est donc l'étude des métamères (…). Dans l'esprit des gens, l'ostéopathie c'est plus de la manipulation, de la chiropractie, plus que la réelle origine de l'ostéopathie qui est l'étude des métamères.
Donc je sais que l'ostéopathie est pratiquée par les médecins, par les kinés, et par ce qu'on appelle les ni-ni, ni médecin ni kiné. D'où une certaine guerre entre l'ordre des médecins, l'ordre des kinés et ces gens qui font de l'ostéopathie sans être ni médecin ni kiné.

Est-ce que vous connaissez différents courants d'ostéopathie?
- Non, je sais qu'il y en a mais je ne les connais pas.

Votre connaissance de l'ostéopathie, d'où la tirez-vous?
- D'un collègue qui en a fait lorsque j'étais étudiant(e), donc il y a 30 ans. C'est lui qui nous avait expliqué que le métamère du coeur par exemple se trouvait, je crois, au niveau du poignet ou au niveau du pouce (…).

Est-ce qu'il vous arrive de conseiller à vos patients le recours à l'ostéopathie?
- Oui, notamment pour les défilés thoraco-brachiaux, j'adresse assez fréquemment au kiné et à l'ostéopathe effectivement pour tout ce qui est contracture musculaire au niveau de la ceinture scapulaire.

Très bien. Quand vous orientez, est-ce que vous orientez vers un type d'ostéopathe en particulier?
- Non.

Est ce que les ostéopathes qui font craquer c'est une contre-indication pour vous?
- Non.

Et à l'inverse, est-ce qu'il vous arrive de déconseiller l'ostéopathie?
- Non. J'ai des copains qui sont ni-ni, ni kiné ni médecin et qui font de l'ostéopathie, on en avait parlé ensemble et ils sont sensibilisés sur le fait de ne pas faire de manipulation vertébrale quand il y a la moindre suspicion, le moindre risque de dissection.

Est-ce que vous connaissez des contre-indications à l'ostéopathie?
- Non.

Trouvez-vous que les ostéopathes ont un langage spécifique? Des terminologies qui pourraient poser problème?
- Non.

Lorsque vous échangez avec eux, pouvez-vous avoir des difficultés à comprendre ce sur quoi ils travaillent et ce qu'ils manipulent?
- Oui, on ne comprend pas toujours, notamment chez les enfants. Les fontanelles par exemple, travailler sur la fontanelle du bébé. C'est ce que des collègues médecins m'ont rapporté (…), on peut parfois être interloqués par ce que font les ostéopathes sur les bébés.

Médecin 6

Que pouvez-vous me dire à propos de l'ostéopathie?
- Incapable de répondre… C'est quand on fait craquer les articulations, pour moi c'est ça, ça ne va pas chercher plus loin !

Est-ce que vous connaissez différents courants d'ostéopathie?
- Absolument pas.

Vos connaissances à propos de l'ostéo, d'où les tirez-vous? Du terrain, de lectures ou de formations?
- De ma vie privée. J'ai une copine kiné, son mari fait de l'ostéo, elle essaie elle même de me faire des manips d'ostéo. Pour mon petit, c'est une ostéo qui a rectifié l'axe de mon petit. Voilà c'est ma vie privée. Ce n'est pas du tout le milieu médical qui m'a sensibilisé à l'ostéopathie.

Vous conseillez à vos patients le recours à l'ostéopathie?
- Non, spontanément non. On leur dit de marcher, de lever les jambes, de marcher dans l'eau de mer… On est plus kiné, mais pas ostéopathie non. (…)

Est-ce que pour vous, les ostéopathes qui font craquer ça peut être une contre-indication?
- Ce n'est pas une contre-indication, c'est plus une réticence. Vous avez des vaisseaux frêles, notamment au niveau vertébral. Quand elle (son amie kiné ndlr) essaie de me faire craquer le cou, je me dis mes artères vértébrales, mes veines vertébrales… Il y a une appréhension parce que c'est du matériel fragile. Une paroi de veine si on l'agresse de trop ça peut se tromboser. Il y a une appréhension sur les articulations qui protègent les organes nobles. Après sur les autres articulations, je n'ai pas d'appréhension particulière.
Mais c'est vrai que j'aime bien la douceur du kiné, et la notion de temps qu'il y a dans la kiné. La notion de choses progressives. Et peut être à tort mais, la notion que quelque chose qui est doux et progressif sera peut être plus durable dans le temps qu'un geste d'ostéopathie qui n'aura peut être pas réglé les contractures musculaires qui se sont créées autour et qui, du coup, reviendront.

Est ce qu'il vous arrive de déconseiller l'ostéopathie?
- Non, si je prescris pas je n'ai pas à contre-indiquer.

Connaissez-vous des contre-indications à l'ostéopathie?
- Non… L'ostéoporose peut être? L'inquiétude du patient qui va se contracter aussi.

Ça on peut le gérer en général ! Lorsque vous échangez avec les ostéopathes, est ce que vous trouvez qu'ils ont un langage spécifique? Un jargon professionnel?
- Pas du tout. Que ce soit ma kiné, son mari ou même l'ostéo, que je n'ai vu que 2 fois, qui a vu mon bébé, c'était très français. Et ce n'était pas vraiment parlé en fait.

Est ce que vous avez pu avoir du mal à comprendre ce sur quoi les ostéopathes travaillent et ce qu'ils manipulent?
- Non, mais je ne suis pas allé chercher midi à 14h, je l'ai laissé faire son travail, chacun son job. J'y suis allée, je n'y connaissais rien, j'ai fait confiance à la pédiatre qui me l'avait conseillée.

Médecin 7

Que pouvez-vous me dire à propos de l'ostéopathie? Qu'est ce que vous en connaissez?
- C'est une bonne question… C'est un peu trop vague.

Si par exemple, un patient vous demande « qu'est-ce que c'est l'ostéopathie ? », est ce que vous sauriez expliquer en quelques mots?
- Franchement non.

Est-ce que vous connaissez différents courant d'ostéopathie?
- Non.

Est-ce qu'il vous arrive de conseiller à vos patients le recours à l'ostéopathie?
- Oui, pour tout ce qui va être douleurs dorsales aigües. Ou quand je sens à la palpation qu'il peut y avoir une rotation au niveau des corps vertébraux, des choses comme ça.

Est-ce que vous orientez vers un type de thérapeute en particulier?
- Un type non mais je connais quelques ostéopathes avec qui j'ai l'habitude de travailler.

Ils travaillent d'une manière particulière? Ou ils ont une formation particulière? Comment vous les connaissez ces ostéopathes?
- Je les connais soit pour les avoir pratiqué moi-même, soit pas les retours des patients.

D'accord. Est ce que les ostéopathes qui font craquer, pour vous, c'est une contre-indication?
- Non, pas plus.

Très bien, et à l'inverse, est ce qu'il vous arrive de déconseiller l'ostéopathie?
- Oui, selon la pathologie, pas selon le mode de l'ostéopathe.

Pour quelles pathologies vous déconseilleriez?
- Si j'ai une névralgie ou une sciatique, dans certains cas, je vais contre-indiquer. Sur des formes avec des symptômes neurologiques notamment, je vais éviter.

Est ce que vous connaissez des contre-indications à l'ostéopathie?
- A part celles que je viens de vous citer, qui sont mes critères à moi, je ne sais pas si c'est officiel.

Et si vous avez l'occasion d'échanger avec les ostéos, est ce que vous trouvez qu'il ont un langage spécifique? Une sorte de jargon professionnel?
- Non, pas particulièrement.

Il n'y a pas de terminologie qui peuvent poser problème? Pas de difficultés à comprendre ce sur quoi ils travaillent, ce qu'ils manipulent?
- Je ne suis pas sure que j'aie beaucoup échangé à ce sujet là.

Médecin 8

Que pouvez-vous me dire à propos de l'ostéopathie?
- C'est à dire?

D'une manière générale, comment définiriez-vous l'ostéopathie? Avec vos mots à vous.
- Avec mes mots à moi? Ce serait des manipulations d'endroits très localisés dans le but de… défaire des noeuds, tiens je vais le dire comme ça.

Est ce que vous connaissez différents courants d'ostéopathie?
- Pas du tout.

Votre connaissance de l'ostéopathie, d'où est ce que vous la tirez? Sur le terrain, des lectures, différentes formations?
- Non, uniquement d'expériences retour, retour patient.

Est-ce qu'il vous arrive de conseiller à vos patients le recours à l'ostéopathie?
- Oui, bien-sûr ! On a quelques ostéopathes, j'allais dire privilégiés dans le coin, donc ce n'est pas un souci.

Pour quelles indications conseillez-vous l'ostéopathie?
- Essentiellement, exclusivement colonne. Cervicales, dorso-lombaires. Peut-être un peu de périphérique comme ça mais… Je suis plus réservé, en ce qui me concerne en tout cas.

Très bien. Et quand vous orientez, est ce que vous orientez vers un type de thérapeute en particulier? Vous me disiez que vous aviez des ostéos « privilégiés »?
- Exclusivement des gens dont j'ai de bons retours. Vous dire quel courant, je n'en sais absolument rien. Ce sont les retours qui comptent.

Est ce que les ostéopathes qui font craquer, pour vous, c'est une contre-indication?
- C'est moins bien perçu… J'allais dire dans la mémoire collective, la mienne en particulier.

Pour quelles raisons?

- En fait, pour moi, ce sont des gens qui sont plus… Sur le bord d'une touche d'un terrain de foot.

C'est à dire?
- Ils gèrent plus les problèmes… Plus sur les footeux que sur les petites mamies ! Oui le côté craquer, je suis assez réservé.

Est-ce qu'il vous arrive de déconseiller l'ostéopathie à certains patients qui en feraient la demande?
- Non, ça n'arrive pas. Leur dire de laisser passer l'épisode inflammatoire aigu avec ce qu'on peut donner comme médicaments, et après de s'adresser à un ostéopathe. C'est plutôt dans ce sens là, c'est plutôt le côté différé des choses. Car il y a des dos qui sont quand même bien verrouillés donc je ne pense pas que… Enfin je n'en sais rien d'ailleurs…

Est ce que vous connaissez des contre-indications à l'ostéopathie?
- Non. A part, je pense que les fractures au niveau cervical, ça doit être ça? On n'appellera pas ça une contre-indication !
Par contre chez les ostéopathes comme chez les kinés, je fais toujours une radio avant d'envoyer. Comme ça on évite les incidents. Même si je ne la vois pas moi, la radio, je leur dis d'amener leur radio au praticien.

Très bien. Est-ce qu'il vous arrive d'échanger avec les ostéopathes?
- Jamais. Ce n'est pas par… C'est parce que l'occasion ne se présente pas.

Quand les patients vous donnent des retours de ce qu'ils ont fait avec les ostéos, est ce qu'il y a des terminologies qui peuvent vous poser problème?
- Non, pas du tout.

Ils ne vous expliquent pas?
- Non, j'ai le soulagement, le bien-être, le mieux-être, ça reste du qualificatif ressenti.

Et est-ce que vous pourriez avoir des difficultés, par exemple à comprendre ce sur quoi les ostéopathes travaillent, ce qu'ils manipulent?
- Non, je n'ai pas de difficultés à comprendre parce que je n'ai pas regardé ! Je ne sais pas, c'est leur taf (…).

Médecin 9

Que pouvez-vous me dire à propos de l'ostéopathie?
- Ah c'est un vaste domaine ! Qu'est ce que je peux dire ? Eh bien moi même j'ai une formation déjà, j'ai fait une formation mais je n'ai pas beaucoup pratiqué (…). Pour moi c'est une approche médicale importante sur le diagnostic, et je trouve que ça fait partie de l'arsenal thérapeutique. Pour moi ça peut être une bonne indication. L'ostéopathie a ses indications, elle a aussi ses contre-indications, le tout c'est de savoir les respecter. Pour moi c'est une bonne chose.

On va y venir dès maintenant, quelles indications peut avoir l'ostéopathie selon vous?
- Je trouve que là où on a le plus d'intérêt c'est sur les rachialgies mécaniques. Après moi je suis quand même clairement branché appareil locomoteur (…). Après toutes les techniques ostéopathiques tissus mous je suis moins convaincu. C'est donc globalement axé appareil locomoteur, et souvent le rachis.

Très bien, donc il vous arrive d'orienter vos patients vers l'ostéopathie?
- Oh oui, régulièrement.

Est-ce que vous orientez vers un type de thérapeute en particulier?
- Alors je suis assez orienté vers les gens qui ont une formation de base, notamment de kinésithérapeute, qui ont une formation médicale et qui ont un cursus. Donc j'ai quelques kiné-ostéos que je connais avec qui je travaille.

D'accord. Ces kiné-ostéos avec lesquels vous travaillez est-ce qu'ils font craquer?

- Parfois oui.

Ce n'est pas une contre-indication pour vous?
- Pas forcément non. Si c'est fait à bon escient, c'est toujours pareil, c'est dans les bonnes pratiques. Pareil, le cracking pour moi ce n'est pas une contre indication mais il y a des contre-indications qu'il faut respecter et certaines indications aussi.
Après je ne travaille pas avec tout le monde. Les agressifs……. Voilà…

Et du coup les contre-indications?
- Les contre-indications, eh bien (…) quand il y a des sciatiques avec des signes un petit peu neurologiques. Donc je pense qu'il faut savoir examiner les gens, ce qui n'est pas tout le temps le cas. Taper les réflexes, faire un examen neuro et ils ne sont pas tous examinés…

Est-ce qu'il vous arrive de déconseiller l'ostéopathie, du coup, à certains patients?
- Aussi.

Pour quelles raisons par exemple?
- Sur les cervicales, des gens qui ont des cervicarthroses un peu évoluées, des myélopathies, des discopathies. Je leur dis attention aux cervicales là dessus, je ne serais pas très interventionniste parce que des fois, les gens quand ils ne savent pas trop ils ont tendance à naviguer plutôt à droite à gauche donc on est là aussi un peu pour les guider (…).

Est ce que vous connaissez différents courants d'ostéopathie?
- Différents courant?

Différentes manières de travailler.
- Ah si il y en a qui ont différentes manières, oui tout à fait. Même entre ostéos il y en a qui n'ont pas tout à fait la même façon de travailler mais je ne les connais pas bien, non.

Votre connaissance de l'ostéo, donc vous m'avez dit que vous aviez fait une formation, vous la tirez aussi peut-être du terrain, de lectures que vous auriez pu faire?
- Non c'est surtout la formation que j'ai eu après mon internat, j'ai fait une formation de deux ans d'ostéo en plus, avec des compléments encore que j'ai fait derrière, qui m'ont servi surtout sur l'examen clinique notamment du rachis (…). Ca m'a beaucoup aidé sur les pathologies mécaniques rachis, épaule, cervicales, ça a été très utile (…).

Est-ce que vous trouvez que les ostéopathes ont un langage spécifique?
- Parfois, un peu oui. Parfois.

Dans quel sens?
- Pour les gens, je trouve que ce n'est pas toujours très bien expliqué. On voit souvent les gens arriver avec les mêmes discours un peu stéréotypés : le bassin déplacé ou des choses comme ça, un peu classique quoi.
Après je pense qu'ils font ça aussi pour simplifier les choses parce qu'on n'est pas tout le temps à expliquer ceci-cela mais des fois il y a un peu des clichés on va dire.

Et est ce que vous auriez des difficultés à comprendre ce sur quoi ils travaillent et ce qu'ils manipulent?
- Non, pas vraiment. Ayant eu une formation, en général quand je les ai au téléphone on se comprend bien, on sait de quoi on parle, il n'y a pas de souci.
Je vous dis j'ai quelques kinés avec qui j'ai l'habitude de travailler, en qui j'ai confiance et ça se passe bien.

Médecin 10

Que pouvez-vous me dire à propos de l'ostéopathie?
- C'est assez vague comme question…

Qu'est ce que vous connaissez de l'ostéopathie?
- Pour moi c'est surtout de la manipulation, le soulagement des douleurs articulaires et musculaires.

Est ce que vous connaissez différents courants d'ostéopathie?
- Non.

Votre connaissance de l'ostéopathie, d'où est ce que vous la tirez? Du terrain, de lectures, de formations que vous auriez pu faire?
- Disons… Je vais trouver mes mots… On entend parler de l'ostéopathie mais on n'a pas de vraie formation ou de connaissances, soit biblio, soit livresque.

Vous entendez parler par les patients?
- Par les patients, voilà, tout à fait. Même entre nous.

Est ce qu'il vous arrive de conseiller à vos patients le recours à l'ostéopathie?
- Ca arrive.

Pour quelles indications par exemple?
- Lombalgies, troubles de la statique pelvienne, voilà.

D'accord, est ce que vous orientez vers un type de thérapeute en particulier?
- Oui.

Lequel?
- Ah non, je peux pas donner de nom comme ça (…).

Ma question portait sur le type de thérapeute et non sur une personne en particulier.
- Je ne connais pas les différents mouvements d'ostéopathie, donc je ne sais pas quelles sont ses formations ou ses compétences particulières.

Et l'ostéopathe avec lequel vous travaillez, vous l'avez connu via quel biais? C'est une connaissance, c'est quelqu'un qu'on vous a conseillé?
- C'est une connaissance, oui.

D'accord. Est-ce que les ostéopathes qui font craquer c'est une contre-contre-indication pour vous?
- Pour moi, c'est plutôt de l'ancienne ostéopathie, peut-être. Ça me rebute un petit peu.

Est-ce que vous sauriez m'expliquer pourquoi ça vous rebute?
- D'entendre craquer ça fait un peu peur, je trouve. Ça sollicite les articulations, ça ne signifie pas forcément que ce soit efficace.

Très bien. Est ce qu'à l'inverse, il vous arrive de déconseiller l'ostéopathie à certains patients?
- Non.

Est ce que vous connaissez des contre-indications à l'ostéopathie?
- Une pathologie tumorale ou lytique ou osseuse… Ça semble évident, on évite de manipuler un os pathologique.

Bien sûr. Est ce que vous avez l'occasion d'échanger avec les ostéopathes?
- Non, du tout.

Non, vous ne trouvez pas que les ostéopathes peuvent avoir un langage spécifique, au travers de ce que vous rapportent les patients?
- Pas vraiment.

Pas de terminologies qui peuvent poser problème?
- Non, mais je pense que l'ostéopathie manque globalement de dialogue et de communication autour…

Oui, d'où mon travail! Est ce que vous pourriez avoir des difficultés à comprendre ce sur quoi les ostéos travaillent et ce qu'ils manipulent?
- Non, il suffit de nous expliquer, tout simplement.

Médecin 11

Que pouvez-vous me dire à propos de l'ostéopathie? Qu'est-ce que vous en connaissez?
- Pas grand chose. Presque rien.

Est-ce que vous connaitriez différents courants d'ostéopathie?
- Non.

Est-ce qu'il vous arrive de conseiller à vos patients le recours à l'ostéopathie?
- Oui.

Pour quelles indications par exemple?
- Toutes les indications ostéo-articulaires qui ne montrent pas d'anomalie franche à la radio notamment.

Très bien. Est ce que vous orientez vers un type de thérapeute en particulier?
- Non.

Les ostéopathes qui font craquer, pour vous, est-ce que ce serait une contre-indication?
- Non plus, non. Pas spécialement.

Est ce qu'il vous arrive de déconseiller l'ostéopathie?
- Oui, dans des cas de fracture éventuellement.

Est-ce que que vous trouvez, des retours qu'on peut vous faire, quelles ostéopathes peuvent avoir un langage spécifique? Avec des terminologies qui pourraient poser problème?
- Tout à fait.

Quel type de terminologie?
- Ça c'est depuis très longtemps, il n'y a pas que les ostéos : « remettre les articulations en place » mais ça ils utilisent moins je crois maintenant. Moins qu'avant je pense.
Ce qui nous gêne parfois, nous. Parce qu'on nous dit « Mais vous ne voyez pas que c'est déplacé? Il m'a dit que c'était déplacé ». Pour nous, un déplacement, c'est différent.

Est-ce que, de ce fait, vous pourriez avoir des difficultés à comprendre ce sur quoi les ostéos travaillent et ce qu'ils manipulent?
- Ah oui, pour moi c'est un mystère! Un mystère total…

Vous n'échangez jamais avec des ostéos?
- Non.

Médecin 12

Que pouvez-vous me dire à propos de l'ostéopathie? Qu'est ce que vous en connaissez?
- Ah c'est compliqué votre question! Parce qu'elle est école-dépendante, complètement, et nous on n'est pas informés… Voilà, donc on a une connaissance proche de zéro, d'autant que les écoles d'ostéopathie ne donnent pas leurs programmes, donc on est incapables de juger.
Il y a surement des gens très valables, surement des gens très nuls, maintenant la part des choses est très difficile à faire. C'est un monde un peu à part…
Il est certain que si on savait d'où venaient les gens, si on savait le programme qu'ils ont eu, ça nous aiderait beaucoup pour dire « Allez chez tel ou tel ostéopathe » parce qu'on saura leurs capacités. Là, c'est un peu du bouche à oreille, du grand n'importe quoi !

C'est parfait car ça m'amène à ma seconde question, est-ce que vous connaissez différents courants d'ostéopathie?
- Alors il y en a 2 dont on m'a parlé beaucoup : il y a ceux qui font craquer et ceux qui ne font pas craquer, en deux mots c'est ça. C'est vite vu !

D'accord, d'où tirez-vous cette connaissance de l'ostéopathie? Du terrain, de lectures que vous auriez pu faire, de formations que vous auriez pu faire?
- Du terrain ! (…) C'est le terrain et puis le fait d'en connaitre quelques uns quand même, soit par l'intermédiaire de patients, soit directement. Parce qu'on n'est fâchés avec personne. (…)

Est-ce qu'il vous arrive de conseiller à vos patients le recours à l'ostéopathie?
- Dans la mesure où on ne sait pas ce que font les ostéopathes, c'est très compliqué… Je reviens à la première question en fait.

Donc vous ne conseillez pas?
- Je serais assez neutre.

D'accord. Est-ce que vous sauriez pour quelles indications, en général, les gens peuvent consulter un ostéopathe?
- C'est beaucoup de l'ostéo tendineux, articulaire tendineux pour une grande partie.
Alors il y a une petite frange qui est assez rigolote, donc si ça m'arrive de conseiller : des enfants qui après la naissance ont un crâne qui est un peu biscornu (…) par rapport aux parents c'est bien de leur proposer. Ils sont demandeurs et ce serait idiot de ne pas le faire. Il vaut mieux aller dans leur sens de toutes les façons puisqu'ils iront qu'on le veuille ou qu'on le veuille pas. Autant que ce soit nous qui dirigions.

Et lorsque vous dirigez, du coup, vous orientez…?
- Le problème c'est qu'on ne sait pas !

Voilà, vous n'orientez pas vers un type de thérapeute en particulier?
- Non, mais enfin je vois *l'ostéopathe qui travaille dans ce cabinet* (NDLR pour remplacer son nom), je le connais bien, donc c'est vrai que j'aurais tendance à conseiller celui là (…), mais c'est parce qu'on se connait à titre perso et que je sais qu'il ne fait pas craquer comme un malade et les gens ne repartent pas mal.

Décidément, ça m'amène encore à ma question suivante : est-ce que les ostéopathes qui font craquer c'est une contre-indication pour vous?
- Tout dépend de la pathologie ! Sur une pathologie qui est purement fonctionnelle, je m'en fiche. Sur une pathologie où j'ai un doute, je ne m'en fiche pas du tout.

Alors, quel type de pathologie?
- Par exemple, c'est ce que j'ai eu il n'y a pas très longtemps, une hernie discale cervicale qui était quand même un peu symptomatique. Là j'ai dit aux gens, vous ne faites pas d'ostéopathie, tout court d'ailleurs. Frein tant qu'on n'a pas tout fait, tant que tout le bilan n'est pas fait, vous n'y allez pas. (…)

Très bien, donc ça vous arrive de déconseiller l'ostéopathe dans certaines circonstances?
- Ah oui tout à fait.

Et donc, hormis ce cas de hernie cervicale, est-ce qu'il y a d'autres…
- C'est vrai pour toutes les hernies potentielles!

Est-ce qu'il y a d'autres…
- Une capsulite, je dis « vous ne faites plus rien, pour l'instant on laisse refroidir ». Ce sont pour ces indications là. (…)

Est-ce que vous connaissez des contre-indications à l'ostéopathie?
- Tout doute sur une pathologie organique (…)

Est-ce que vous trouvez que les ostéopathes ont un langage spécifique lorsque vous échangez avec eux?
- Un peu comme les kinés. C'est à dire que « Ouais, on a remis une vertèbre qui était déplacée », c'est le truc qui me fait toujours marrer, parce que je veux dire, si elle est déplacée c'est que t'es quand même très très mal… Mais ce sont des mots, maintenant avec l'expérience je passe dessus. Mais c'est vrai que c'est quand même un défaut, à mon sens, parce que ça crée un doute chez les gens dont on n'a pas forcément besoin. Et sur une pathologie qui va récidiver, ça peut avoir des conséquences parce que les gens ne comprennent pas qu'on leur explique, que non, heureusement tout est aligné sinon c'est une catastrophe.

Et au travers de ce que les ostéopathes peuvent dire par leur langage particulier, est-ce que vous auriez des difficultés à comprendre ce sur quoi ils travaillent et ce qu'ils manipulent?
- Oh non, sur les chaines musculaires etc. Je veux dire certains font de l'ostéopathie, je vais dire plus « kiné ».

Qu'est ce que ça veut dire de l'ostéopathie plus « kiné »?
- C'est à dire qu'ils vont plus travailler sur les chaînes musculaires, et là c'est intéressant. Même intéressant pour nous, parce qu'on en apprend.

Et d'autres qui font de l'ostéopathie, alors moins « kiné » ce serait moins intéressant?
- C'est plus sur ceux qui vont faire craquer, c'est à dire que ce sont souvent ceux là qui parlent de déplacement de vertèbres, de déplacement de ceci ou de déplacement de cela. C'est un peu le mic-mac.
Mais c'est compliqué, pareil, sur les troubles digestifs, « on a remis le colon »… Alors attends deux secondes, parce que si le colon s'est barré, où va t'on ?
(Rires) Mais vous savez, on l'entend ! Enfin c'est la traduction du patient, parce que oui, il faut quand même être très mesuré. Parce que c'est le patient qui nous raconte l'histoire. (…)

Médecin 13

Que pouvez-vous me dire à propos de l'ostéopathie? D'une manière générale, qu'est-ce que vous en connaissez?
- Pour les douleurs en général.

D'accord, est-ce que vous connaissez différents courants d'ostéopathie?
- Non.

Votre connaissance de l'ostéopathie…
- Aucune !

Aucune, vous avez déjà entendu parler ?…
- Oui, j'ai des correspondants, c'est à dire que j'envoie mes patients faire de l'ostéopathie. Après je ne connais pas, en soi…

C'est vraiment sur le terrain que vous vous informez?
- Enfin… Personnellement, déjà.

Oui, à titre personnel, il vous est déjà arrivé de consulter?
- Oui.

Donc il vous arrive de conseiller à vos patients le recours à l'ostéopathie?
- Oui.

Pour quelles indications par exemple?
- Essentiellement dans les douleurs lombaires, les douleurs cervicales. Dès que je n'y arrive pas avec mes outils (…).

D'accord, est-ce que vous orientez vers un type de thérapeute en particulier? Vos correspondants, est-ce qu'ils ont une manière de travailler particulière?
- Alors soit ils ont déjà leur ostéopathe, soit effectivement j'ai quelques correspondants.

Ces correspondants, vous les avez « choisis » comment, entre guillemets? Pour quelles raisons?
- Je les connais.

Est-ce que les ostéopathes qui font craquer ça peut être une contre-indication pour vous?
- Oui.

Pour quelles raisons?
- Sur les cervicales. Dès qu'il y a de l'arthrose, après on ne sait pas si il y a une hernie. Voilà.

D'accord, et donc justement est-ce qu'il vous arrive de déconseiller l'ostéopathie?
- Oui, sur les hernies avec névralgie cervico brachiale.

D'accord, est-ce que vous connaissez des contre-indications à l'ostéopathie?
- Non.

Lorsque vous échangez avec les ostéopathes, est ce que vous trouvez qu'ils ont un langage spécifique? Avec des terminologies qui pourraient poser problème?
- Oui.

Quel type de terminologie, est-ce que vous pourriez m'en dire un peu plus?
- Parfois, ils parlent d'organes et cela perturbe les patients. C'est à dire problème au foie, alors ça y est on a un cancer. (…)
Ou alors, une « vertèbre déplacée », on l'entend souvent par les patients. Alors on se dit « mais vous êtes sûr qu'il vous a dit ça? ».

Est-ce que vous pourriez avoir des difficultés à comprendre ce sur quoi les ostéopathes travaillent et ce qu'ils manipulent? Au travers de ce qu'ils vous rapportent.
- Non, j'avais eu l'explication, effectivement quand ça craquait, c'est qu'on entendait les bulles d'air. Après je ne connais pas assez…

Vous avez l'occasion d'échanger un peu?
- Rarement.

C'est via les patients?
- Oui, via les patients. Et quand j'y vais, pour moi.

Médecin 14

Qu'est ce que tu peux me dire à propos de l'ostéopathie? Qu'est ce que tu en connais? Est-ce que tu saurais m'expliquer en quelques mots en quoi ça consiste?
- C'est vaste et je pense qu'il y a plusieurs façons de travailler. Je pense qu'il y a une partie qui est très « mécanique » avec une analyse de la posture, au niveau articulaire, au niveau du rachis. Après, je sais qu'il y a toute une partie plutôt viscérale mais là je ne sais pas trop à quoi ça correspond.

Est-ce que tu connais différents courants d'ostéopathie?
- Non.

Ta connaissance de l'ostéo, d'où est-ce que tu la tires? Du terrain, de lectures, de formations que tu aurais pu faire?
- Du fait dans un premier temps de connaître des ostéopathes, et puis d'avoir travaillé avec des médecins qui font de l'ostéopathie. (…)

Est-ce qu'il t'arrive de conseiller à tes patients le recours à l'ostéopathie?
- Oui.

Pour quelles indications?
- Souvent sur des douleurs thoraciques, des douleurs intercostales, d'insertion sterno costales ou costo vertébrales. Après sur des lombalgies aussi, enfin des lumbagos finalement. Et puis des sportifs aussi.

Pour quels problèmes chez les sportifs?
- Des douleurs pour lesquelles on ne trouve pas trop de raison, les radios sont normales, mon examen clinique ne retrouve pas forcément d'anomalie, et ils ont des plaintes assez récurrentes.

Est-ce que quand tu orientes, tu orientes vers un type de thérapeute en particulier?
- Non, c'est souvent soit les patients, soit des gens que je connais qui m'ont dit : « lui il travaille comme ça, c'est plutôt doux », « il fait craquer », voilà des choses comme ça. Et en fonction de ce que j'ai entendu… Voilà ce n'est pas très fin comme orientation.

C'est bien parce que ça m'amène à la question suivante, est ce que les thérapeutes qui font craquer, pour toi c'est une contre-indication?
- Non, mais ça peut juste faire peur à certaines personnes.

Certains patients?
- Oui.

Est-ce qu'il t'arrive à l'inverse de déconseiller l'ostéopathie?
- Oui.

Pour quelles indications?
- Des personnes âgées, ostéoporotiques, avec des antécédents de fracture vertébrale.
Des gens avec des lombosciatiques où on sait que ça vient d'un pincement, vraiment avec une origine discale.
C'est tout pour la contre-indication. Après il y a des gens qui me posent la question « est-ce que vous pensez que ça pourrait être bien d'aller voir l'ostéopathe pour ça ou ça ? ». Je ne leur dis pas non mais je leur dis « ce n'est pas l'indication pour laquelle je vous conseillerais d'aller ».

Est-ce que tu aurais des exemples d'indications pour lesquelles les patients te demandent ton avis?
- Oui, hier par exemple, pour une gamine qui a fait plusieurs otites d'affilée. La directrice de l'école avait dit à la mère que c'était bien d'aller voir l'ostéopathe dans ces conditions là, qu'il manipulait et que ça pouvait arrêter les otites à répétition. (…) Je ne lui dis pas de ne pas y aller, mais je lui ai dit « je ne peux pas vous dire d'y aller pour ça».

D'accord. Est-ce que tu connais des contre-indications à l'ostéopathie?
- Ça dépend de ce qu'ils veulent faire…

Est-ce que tu trouves que les ostéopathes peuvent avoir un langage spécifique, avec des terminologies qui peuvent te poser problème?
- Oui, des simplifications du genre « vous avez une vertèbre de déplacée ». Ça, clairement. Mais après, est-ce que c'est les professionnels qui ont ce langage là, réellement, qui ont ce langage là adapté au patient? Ou est-ce que c'est l'interprétation du patient je sais pas puisque je ne suis pas dans la pièce. Mais c'est un truc qui est vraiment agaçant, que les gens viennent avec un diagnostic tout fait qui ne correspond pas à une réalité.

Est-ce que du coup, tu pourrais ressentir des difficultés à comprendre ce sur quoi les ostéopathes travaillent et ce qu'ils manipulent?
- Non, je pense que ce n'est pas spécifique aux ostéopathes, je pense que c'est simplement les professionnels de santé qui, avec certains patients, simplifient un discours.

Médecin 15

Que peux-tu me dire à propos de l'ostéopathie? Qu'est-ce que tu en connais?

- L'ostéopathie, manipulation thérapeutiques quoi? Pour soulager les patients… Voilà.

Est-ce que tu connais différents courants d'ostéopathie?
- Non.

Cette connaissance de l'ostéo, d'où tu la tires? Du terrain, de lectures, de formations que tu aurais pu faire?
- Non, en tant que stagiaire j'ai vu pratiquer mon maître de stage, un médecin qui faisait un peu d'ostéo. J'en ai eu besoin pour un de mes enfants, pour moi-même une fois, donc voilà.

Très bien, est-ce qu'il t'arrive de conseiller à tes patients le recours à l'ostéopathie?
- Oui.

Pour quelles indications par exemple?
- Souvent des douleurs mécaniques, lombaires, dorso lombaires, costales, sterno costales. Et des chevilles qui sont un peu engluées, voilà des choses comme ça.

Est-ce que tu orientes vers un type de thérapeute en particulier?
- Non. Pas du tout.

Est-ce que les thérapeutes qui font craquer, pour toi, ça peut-être une contre-indication?
- Oui, juste au niveau cervical. Ou si il y a des sciatiques, de tout façon je conseille pas d'ostéopathie si il y a des radiculalgies.

Donc justement, est-ce qu'il t'arrive de déconseiller l'ostéopathie?
- Eh bien dans ces cas là. Au niveau cervical je suis assez prudent, et tout ce qui est lombaire avec sciatalgie, cruralgie. Je fais confiance aussi à l'ostéopathe pour ne pas aller au-delà…

Est-ce que tu connais des contre-indications à l'ostéopathie?
- A part celles que je viens de citer, non. (…)

Est-ce que, si tu as l'occasion d'échanger avec des ostéos ou avec des patients à propos d'ostéo, est-ce que tu trouves que les ostéopathes auraient un langage spécifique? Avec des terminologies qui pourraient poser problème?
- Non, je ne peux pas te dire, je n'ai pas échangé assez.

Est-ce que tu pourrais avoir des difficultés à comprendre ce sur quoi les ostéopathes travaillent et ce qu'ils manipulent?
- Oui, et alors quand on rediscute avec des patients qui ont fait le débrief de leur séance d'ostéopathie, il nous sortent des trucs qui me paraissent pas scientifique ou pas rigoureux.

Est-ce que tu aurais des exemples?
- Le plus gros exemple c'est « j'ai mal au genou, ça vient du foie », enfin voilà, des choses qui n'ont pas de repères anatomiques pour moi. Ils extrapolent à d'autres organes un problème qui, à mon avis n'a rien à voir.
Voilà et puis des conseils alimentaires qui aussi n'ont pas de sens. Qui vont au-delà du cadre de l'ostéopathie et qui n'ont pas de sens dans certaines pathologies.

Médecin 16

Qu'est ce que vous pouvez me dire à propos de l'ostéopathie? Qu'est ce que vous en connaissez?
- Que c'est un grand sac où on met plein de choses !

Alors qu'est ce qu'on peut mettre par exemple? Selon vous?
- Selon moi, alors il n'y a pas une ostéopathie, il y a de l'ostéopathie avec plein de méthodes. Il y en a des bonnes, des moins bonnes. Comment, je dirais, quand je vends ça au patient je leur dirais que c'est pour « agir globalement sur un corps en étant efficace et en traitant la cause ». Voilà essayer d'être plus… de traiter la cause.

Ça, c'est l'ostéopathie que je conçois, il y a de l'ostéopathie où la personne y va dix fois… Là pour moi ce n'est pas de l'ostéopathie.

Donc vous êtes consciente qu'il y a plusieurs courants d'ostéopathie? Est-ce que vous en connaissez plusieurs, est-ce que vous sauriez les différencier?
- Non je ne saurais pas les différencier. Je vais dire il y a du « dur » et du « doux ».

Qu'est ce que ça voudrait dire?
- Eh bien le « doux » on va dire que c'est la personne qui ne va pas faire trop de manipulations, qui va peut-être faire un petit truc mais ça ne va pas faire « crac », pas de cracking, qui va être dans… (montre la position des mains sur la base du crâne en écoute crânienne NDLR), dans le crânien. Ou même ça peut être dans le dos aussi, partout, dans le corps où on va être plus dans une approche en profondeur je pense. Et là je pense qu'on est dans le global. On agit sur les fonds et tréfonds, on agit quoi. On ne fait pas du symptôme.

Votre connaissance de l'ostéopathie, d'où est-ce que vous la tirez? Du terrain, de formations, de lectures?
- Moi j'ai fait il y a 26 ans exactement une formation de posturologie, enfin non j'ai fait deux trucs. Une formation, je ne sais pas si vous connaissez, ça s'appelle de la myothérapie. C'était un médecin qui avait mis ça en place, il s'était inspiré de l'ostéopathie, d'anatomie, acupuncture, c'était quelque chose qui me plaisait car je ne pouvais pas faire de mal. Et donc en fait on est dans les étirements, dans les chaînes musculaires. Chaîne ascendante, chaîne descendante, et puis des petits trucs de dépannage. (…)
Et après j'avais fait un truc de posturologie, donc là pour la posture avec l'appareil manducateur, enfin les effecteurs, l'appareil manducateur, les pieds, les yeux. (…)

Est-ce qu'il vous arrive de conseiller à vos patients le recours à l'ostéopathie?
- Oui.

Pour quelles indications par exemple?
- Tout (…). L'ostéopathie, ça peut être dans l'aigu. Ça peut être quelqu'un qui est chronique. Quelqu'un qui est chronique, je lui dis il y a un problème là, il faut faire autre chose là. Quelqu'un qui vient ponctuellement pour un mal de dos, par exemple, bon on va y aller avec la grosse Bertha anti-inflammatoire etc… mais… ah je suis assez ostéopathie moi.
Kiné et ostéo alors il y a aussi le kiné-ostéopathe, je ne parle pas pour vous mais c'est pour qu'il y ait une approche. Quelqu'un qui fait des séances de kiné, ça ne marche pas, ça ne fonctionne pas, je leur dis « là, il faut… Il y a quelque chose à débloquer ».
Mais c'est complémentaire. Pour moi, je pense que l'ostéopathe va agir sur quelque chose qui est en profondeur, et le kiné (mais pas n'importe lequel) va pouvoir agir après, en complément, sur le travail de l'ostéopathe.

Est-ce que vous orientez vers un type de thérapeute en particulier?
- Ceux que je connais, en qui j'ai confiance.

Comment vous les connaissez?
- Alors il y a le bouche à oreille des patients, donc je leur demande et du coup je me fais une petite idée. (…)
Le cracking, une personne qui a peur parce qu'elle va avoir mal, je ne conseille pas. (…)

Donc les ostéopathes qui font craquer, pour vous, ça peut être une contre-indication?
- Eh bien il y a craquer et craquer. On peut craquer, je n'y connais rien mais ça peut être une petite méthode pour débloquer quelque chose. Mais quand on fait sauter tous les osselets, là, je ne vois pas l'intérêt. Je n'y connais rien mais, des fois on peut être obligés de faire un déblocage, mais après on s'arrête quoi. (…)
Le patient il faut qu'il adhère et il ne faut pas qu'il ait mal.

Est-ce qu'il vous arrive de déconseiller l'ostéopathie? (…) Si un patient vous demande par exemple « pour mon problème, est-ce que aller voir l'ostéopathe ça m'aiderait ? » et où vous lui diriez « non, pour ce cas là, l'ostéopathie ne serait pas adaptée ». Dans quel cas?
- C'est peut-être déjà arrivé mais ça ne me revient pas… Quelqu'un qui est bourré d'ostéoporose, pour qui une vertèbre ce n'est plus une vertèbre mais de la crêpe dentelle, par exemple, je vais lui dire non. Ou alors si mais quelqu'un qui est très doux, quelque chose qui va être digital.

Est-ce que, à part l'ostéoporose, vous connaissez d'autre contre-indications à l'ostéopathie?
- Si il y a une métastase osseuse, un cancer osseux, des trucs comme ça. (…)

Est-ce que vous trouvez que les ostéopathes peuvent avoir un langage spécifique? Quand vous échangez avec eux, ou le retour des patients, avec des terminologies qui peuvent poser problème?
- Non, les ostéopathes, je pense qu'ils parlent français. Pour moi ils parlent français.

Vous n'avez pas de difficultés à comprendre ce sur quoi ils travaillent et ce qu'ils manipulent?
- Ah si, si, des fois si, ça m'échappe. Moi l'anatomie, j'en ai fait mais j'ai beaucoup oublié. Et puis en plus les termes ont changé…
Après (…) c'est une question de confiance. Moi je vois le corps de la personne, je demande à un autre professionnel de travailler et de faire du bien au patient, après que ce soit l'attache machin-chouette ou quoi, c'est un peu flou pour moi. Je fais vraiment entièrement confiance. (…)
Mais je n'ai pas tellement de retour avec les ostéopathes, peu d'échange. L'ostéopathe va venir vers moi si il y a un souci.

Médecin 17

Qu'est-ce que tu peux me dire à propos de l'ostéopathie? Qu'est ce que tu en connais?
- Que le principe, c'est le mouvement à priori, c'est de faire bouger les surfaces articulaires les unes sur les autres, notamment. Voilà, qu'il y a différentes techniques, notamment le cracking, que moi personnellement j'ai un peu de réticence, ce n'est pas quelque chose que j'affectionne.
J'en connais que sur le plan de la littérature, il n'y a pas énormément de preuve de l'efficacité de l'ostéopathie par rapport à d'autres techniques, notamment la kinésithérapie.

Est-ce que tu connais différents courants d'ostéopathie?
- Non, pas vraiment.

Ta connaissance de l'ostéopathie, d'où est-ce que tu la tires? Du terrain, de lectures que tu aurais pu faire, ou de formations?
- Je n'ai pas fait de formation sur l'ostéopathie, je n'ai pas fait de lecture à proprement parler sur l'ostéopathie.
D'expérience personnelle, j'ai eu affaire à des ostéopathes notamment parce que j'ai eu pas mal de soucis de dos et puis de soucis de cou, et c'est pour ça que le cracking je n'aime pas trop en fait. (…)
Je préfère les formes d'ostéopathie entre guillemets « douces ».

Pourquoi tu peux être réticent à propos du cracking, ça faisait mal?
- Alors je ne suis pas sûr que ça ait trop modifié mes douleurs en fait. Et je me demande même si ça en a pas re déclenché d'autres après.

Est-ce qu'il t'arrive de conseiller à tes patients le recours à l'ostéopathie?
- Oui.

Pour quelles indications par exemple?
- Des gens par exemple qui ont des soucis de dos, lombaires notamment. Ça m'arrive de leur conseiller de voir un ostéopathe. On a parfois des gens qui reviennent, moi j'ai tendance à prescrire en premier lieu de la kiné, et où on est un peu dans une impasse donc on se dit on peut pet-être essayer autre chose effectivement.

Est-ce que tu orientes vers un type d'ostéopathe en particulier?
- Plutôt de l'ostéopathie douce.

D'accord. A l'inverse, est-ce qu'il t'arrive de déconseiller l'ostéopathie?
- On est de plus en plus amenés à voir des gens qui ont été voir un ostéopathe avant de venir nous voir en fait. Et ça, c'est un mouvement qui s'amplifie. Ou même des gens qui ne viennent plus consulter de médecin parce que ils ont été voir l'ostéopathe. Alors il y a des discours des fois… Alors ce sont des discours qui sont retransmis par les patients, d'ostéopathes, qui sont un peu gênants parfois.

Alors, dans quel sens? Parce qu'on va y venir, dans quel sens ça peut être gênant?
- Je saurais pas dire exactement les termes mais des choses qui, je pense, ne sont pas en lien avec une réalité anatomique ou physiologique.

Est-ce que, du coup, par ces termes qu'on peut te rapporter, tu aurais des difficultés à comprendre ce sur quoi les ostéopathes travaillent et ce qu'ils manipulent?
- Ça reste des choses assez énigmatiques, même quand on a eu une séance, on se sent mieux après et on ne sait pas toujours pourquoi. Moi ce que je trouve important, c'est le soulagement. Après, qu'est ce qui s'est passé pendant la séance, ce n'est pas toujours des choses très claires. Y compris dans l'indication de l'ostéopathie et dans ce qu'une séance montre, on n'a pas toujours d'explications.

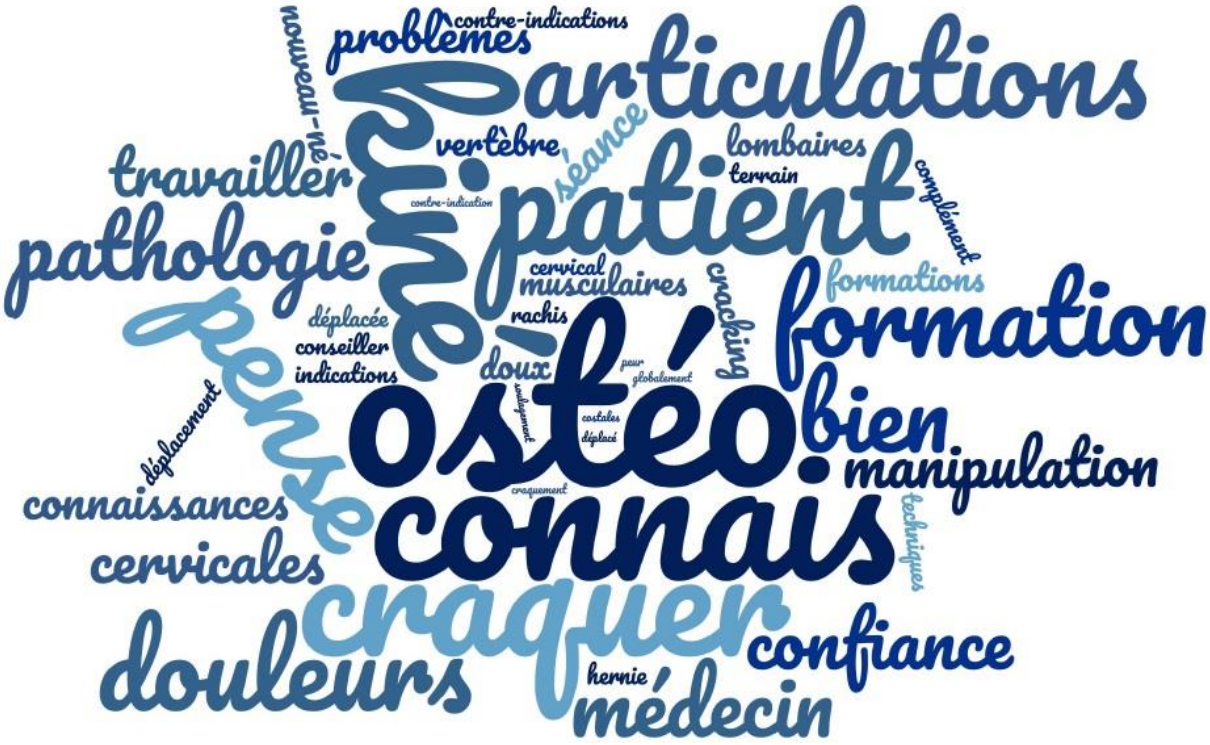
Tu as l'occasion d'échanger avec des ostéopathes?
- Pas énormément.

Si, par exemple, des patients te demandent si ça leur ferait du bien d'aller voir un ostéopathe, est-ce qu'il t'arrive de leur dire « là je ne pense pas »? Est-ce que tu connais des contre-indications à l'ostéopathie?
- C'est vrai qu'à partir du moment où on a des signes neurologiques, moi je suis assez réticent. Je pense que la plupart des ostéopathes sont très prudents quand il s'agit de manipulations cervicales (…).

Est-ce que tu connais d'autres contre-indications, à part les signes neurologiques?
- Non.

8.15. Annexe 8 : Nuage de mots

Après retranscription des entretiens, un nuage de mots a été créé grâce au site Internet nuagedemots.fr. Cet outil permet de mettre en évidence les termes qui ont été les plus employés par les médecins au cours des entrevues. Plus la récurrence d'un mot est élevée, plus sa taille est grande dans le nuage de mots.



Les mots d'une même famille tels que « ostéopathe(s) » et « ostéopathie » ont été regroupés sous une même terminologie pour rendre la lecture plus aisée et mettre en évidence les récurrences.

8.16. Annexe 9 : Différents courants d'ostéopathie selon l'OMS[84]

Il est difficile d'établir une liste exhaustive des différents courants existants en ostéopathie en France. Ces lignes sont inspirées et traduites du « Benchmarks for training in Osteopathy » (le « point de référence » de la formation en ostéopathie) établi par l'OMS en 2010 à l'issue d'une concertation avec les représentants de l'ostéopathie des différentes nations concernées :

Cinq modèles principaux guident l'approche du praticien en ostéopathie en matière de diagnostic et de traitement. […]

1 Le modèle biomécanique

Le modèle biomécanique considère le corps comme une intégration de composants somatiques liés entre eux pour former un mécanisme de posture et d'équilibre. Les contraintes ou les déséquilibres au sein de ce mécanisme peuvent affecter la fonction dynamique, augmenter la dépense énergétique, modifier la proprioception […], modifier la structure articulaire, entraver la fonction neuro-vasculaire et modifier le métabolisme. Ce modèle utilise des méthodes thérapeutiques, y compris des techniques de manipulation ostéopathiques, qui permettent de restaurer la posture et l'équilibre et d'utiliser efficacement les composants musculo-squelettiques.

2 Le modèle respiratoire / circulatoire

Le modèle respiratoire / circulatoire s'intéresse au maintien des environnements extra-cellulaires et intracellulaires par l'apport sans entrave en oxygène et en nutriments et à l'élimination des déchets cellulaires. Le stress tissulaire ou d'autres facteurs interférant avec le flux ou la circulation de tout fluide corporel peuvent affecter la santé des tissus. Ce modèle utilise des méthodes thérapeutiques, y compris des techniques de manipulation ostéopathiques, pour traiter les dysfonctionnements de la mécanique respiratoire et de la circulation des fluides corporels.

3 Le modèle neurologique

Le modèle neurologique considère l'influence de la facilitation vertébrale, de la fonction proprioceptive, du système nerveux autonome et de l'activité des nocicepteurs (fibres de la douleur) sur la fonction du réseau immunitaire neuro-endocrinien. La relation entre les systèmes somatique et viscéral (autonome) revêt une importance particulière. Ce modèle utilise des méthodes thérapeutiques, y compris des techniques de manipulation ostéopathiques, pour réduire les contraintes mécaniques, équilibrer les entrées neurales et réduire ou éliminer le trouble nociceptif.

4 Le modèle biopsychosocial

Le modèle biopsychosocial considère que les diverses réactions et stress psychologiques peuvent affecter la santé et le bien-être des patients. Ceux-ci incluent des facteurs

[84] World Health Organization. *Benchmarks for Training in Traditional Ost, Ost,*. Geneve: World Health Organization, 2010.

environnementaux, socio-économiques, culturels, physiologiques et psychologiques qui influencent la maladie. Ce modèle utilise des méthodes thérapeutiques, y compris des techniques de manipulation ostéopathiques, pour traiter les effets de divers stress biopsychosociaux et leurs réactions.

5 Le modèle bioénergétique

Le modèle bioénergétique considère que le corps cherche à maintenir un équilibre entre production, distribution et dépense d'énergie. Le maintien de cet équilibre aide le corps dans sa capacité à s'adapter à divers stress (immunologiques, nutritionnels, psychologiques, etc.). Ce modèle utilise des méthodes thérapeutiques, y compris des techniques de manipulation ostéopathiques, pour traiter les facteurs susceptibles de déréguler la production, la distribution ou la dépense d'énergie.

Contre-indications suivant les différentes techniques ostéopathiques :

Les praticiens ostéopathes ont la responsabilité de diagnostiquer et d'orienter les patients, le cas échéant, lorsque leur état nécessite une intervention thérapeutique ne relevant pas de leur compétence. Il est également nécessaire de savoir quand des approches et des techniques spécifiques sont contre-indiquées dans certaines conditions.
Les praticiens en ostéopathie considèrent qu'une contre-indication aux techniques manipulatives ostéopathiques (OMT) dans une zone du corps n'exclut pas le traitement ostéopathique dans une zone différente. De même, une contre-indication à une technique spécifique n'annule pas le caractère approprié d'un type de technique différent chez le même patient. Les contre-indications absolues et relatives des OMT reposent souvent sur la technique utilisée dans chaque situation clinique particulière.
Les contre-indications identifiées par la communauté des praticiens ostéopathes sont regroupées en fonction des techniques ostéopathiques considérées: elles peuvent être directes, indirectes, combinées, fluidiques et / ou réflexes.
Les techniques directes, telles que l'énergie musculaire, la poussée et les manœuvres articulaires, présentent des risques différents des techniques indirectes, fluidiques et réflexes. Il existe peu de données publiées sur les techniques à éviter dans certaines conditions. Les praticiens ostéopathes utilisent leur connaissance de la physiopathologie de l'état du patient et du mécanisme d'action de la technique pour établir des contre-indications absolues et relatives. Sur cette base, les listes ci-dessous ont été établies.

Contre-indications aux techniques ostéopathiques directes*

Les techniques directes peuvent utiliser la poussée, le thrust, la contraction musculaire, la mise en tension fasciale ou l'amplitude des mouvements passifs pour obtenir une réponse tissulaire. Elles peuvent être appliqués spécifiquement à une articulation ou non spécifiquement à une plus grande surface du corps. Souvent, une zone qui ne devrait pas être traitée en utilisant une technique directe peut être traitée de manière sûre et efficace en utilisant une autre technique, par ex. indirecte, fluidique ou à base de réflexe. Il existe des contre-indications absolues et relatives aux techniques directes.

*Conditions systémiques qui constituent des contre-indications **absolues** aux techniques directes :*
• suspicion d'un trouble de la coagulation;
• temps de saignement prolongé;
• un traitement anticoagulant;
• anomalies de la coagulation;

• les maladies du tissu conjonctif congénitales ou acquises qui entraînent une intégrité tissulaire compromise;
• l'intégrité des os, des tendons, des ligaments ou des articulations, telle qu'elles se produisent lors de troubles métaboliques, de maladies métastatiques et / ou de maladies rhumatoïdes.

*Conditions systémiques constituant des contre-indications **relatives** aux techniques directes :*
- Ostéoporose;
- Ostéopénie.

Contre-indications absolues aux techniques avec appui local :
• anévrisme aortique;
• plaies ouvertes, troubles cutanés, opération récente;
• hydrocéphalie aiguë;
• hydrocéphalie sans bilan diagnostique;
• saignement intracérébral aigu;
• ischémie cérébrale aiguë, y compris transitoire;
• suspicion de malformation artério-veineuse cérébrale;
• anévrisme cérébral;
• douleur abdominale;
• cholécystite aiguë avec suspicion de fuite ou de rupture;
• appendicite aiguë avec suspicion de fuite ou de rupture;
• blessure à la tête fermée aiguë ou subaiguë;
• hernie discale intervertébrale aiguë avec signes neurologiques progressifs;
• suspicion ou évidence d'atteinte vasculaire;
• présomption d'atteinte de l'artère vertébrale;
• malformation congénitale connue;
• syndrome aigu de la queue de cheval;
• implant de lentille oculaire (début de la période postopératoire);
• glaucome non contrôlé;
• néoplasme;
• atteinte osseuse présumée, telle que ostéomyélite, tuberculose osseuse, etc.

Contre-indications absolues aux techniques qui impliquent spécifiquement une poussée ou un thrust appliqués localement :
• technique spécifique sur un site de fixation chirurgical d'une articulation;
• stabilité osseuse ou articulaire compromise, comme ce pourrait être le cas dans les néoplasmes, les maladies métastatiques, le lupus, l'arthrite septique, maladies rhumatoïdes, ostéomyélite, tuberculose osseuse, etc.
• fracture aiguë;
- hématome ou abcès osseux ou intramusculaire.

Contre-indications relatives aux techniques directes qui impliquent spécifiquement une poussée ou un thrust appliqués localement :
• hernie discale intervertébrale;
- ligaments tendus sur le site;
- lésion aiguë du cou causée par une accélération ou une décélération (whiplash)

Contre-indications aux techniques indirectes (fonctionnelles), fluidiques, équilibrantes et réflexes

Les techniques indirectes, fluidiques, à base d'équilibrage ou de réflexe peuvent être appliquées spécifiquement à une articulation ou de manière non spécifique à une plus grande surface du corps. Ces techniques ne dépassent pas la barrière restrictive*. Elles peuvent inclure la mise en tension de fasciae et de tissus mous, les pressions, les phases de Mécanisme Respiratoire Primaire et les ajustements crâniens ou posturaux.

Contre-indications absolues aux techniques indirectes, fluidiques, d'équilibrage ou réflexes appliquées localement :
- hydrocéphalie aiguë sans bilan diagnostique;
- Saignement cérébral aigu;
• accident vasculaire intracérébral aigu;
• suspicion de malformation artério-veineuse cérébrale;
• anévrisme cérébral;
• suspicion de péritonite aiguë;
• appendicite aiguë ou autre maladie viscérale avec suspicion de fuite ou rupture;
- blessure récente à la tête fermée.

Ce sont, en définitive, les urgences médicales.

Contre-indications relatives à toute technique indirecte, fluidique, équilibrante ou réflexe appliquée localement
• maladie métastatique;
• néoplasme;
- blessure à la tête fermée.

*Discussion :

La liste des contre-indications aux techniques directes est bien plus étoffée que celle des techniques indirectes, fluidiques, équilibrantes ou réflexes. J'invite le lecteur à comprendre qu'il est ici sous-entendu par « techniques directes qui impliquent spécifiquement une poussée» les techniques dites "mécanistes" qui dépassent la barrière restrictive. Dans ce cas, la manipulation est bien considérée comme un mouvement forcé.

Il me parait alors capital de préciser qu'il existe des techniques directes utilisant le thrust qui ne dépassent pas cette barrière restrictive (Cf. p.21 « Où s'arrête la manipulation »). Le mot « thrust » est ici entendu au sens « d'ébranlement » et non de « déplacement »[85]. Cette notion est capitale. Les manipulations enseignées à l'IFSO de Rennes sont de celles-là et nécessitent une gestuelle particulière offrant plus de confort et surtout plus de sécurité. Ainsi, les contre-indications à ces techniques peuvent se superposer à la seconde liste de contre-indications aux techniques ostéopathiques (notamment réflexes).

[85] « Dictionnaire anglais-français ». Consulté le 13 janvier 2019. https://www.linguee.fr/anglais-francais/traduction/thrust.html.

RESUME

Objectif :

Cette étude avait pour but de mettre en évidence la méconnaissance des médecins à propos de l'ostéopathie structurelle directe et sans bras de levier. Elle cherchait également à révéler des craintes concernant la pratique de l'ostéopathie, véhiculées par des abus de langage qui entretiendraient certaines croyances.

Protocole :

Dix-sept médecins, généralistes et spécialistes ont été interrogés en entretiens semi directifs, qui étaient composés de quatre thèmes : connaissances des médecins à propos de l'ostéopathie, facteurs influençant le recours à l'ostéopathie, facteurs influençant le non recours à l'ostéopathie, langage utilisé par les ostéopathes.

Résultats :

Les médecins connaissent globalement mal l'ostéopathie et les principes sur lesquels elle repose. Les conditions de recours sont en majorité en rapport avec des indications de pathologies rachidiennes, bien que les indications à l'ostéopathie soient plus vastes. Enfin, des croyances ont été mises en évidence, relatives aux contre-indications à l'ostéopathie et au recours aux manipulations articulaires qui utilisent le « crac ».

Conclusion :

Les résultats confirment qu'il existe une méconnaissance de l'ostéopathie de la part des médecins, et que ces méconnaissances sont à l'origine de certaines croyances. Les abus de langage sont possiblement véhiculés par les patients et appellent une communication directe entre médecins et ostéopathes.