



Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes

Médecins généralistes / Ostéopathie structurelle : comment obtenir une meilleure collaboration ?

CERQUA

Laurie

PROMOTION 15

Années 2020-2023



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

Ce TER est l'achèvement d'une longue aventure qui a été marquée par des rencontres mais aussi des liens qui se sont renforcés. Je tiens à remercier chaleureusement :

Jean François Terramorsi qui a marqué le point de départ de cette aventure et qui m'a offert de rencontrer cette belle famille Bretagne Ostéopathie.

Hélène, Bertrand, Bruno et Stéphane avec qui j'ai commencé l'aventure GEPRO à Paris, sans imaginer que j'irais ensuite jusqu'à Rennes pendant ces 4 années.

Delphine Coutrot, ma tutrice, pour sa bienveillance, son accompagnement et ses précieux conseils.

Soisik, Delphine et Nordine pour leur accompagnement pédagogique.

François Lebailly, pour ses conseils avisés.

David Ferreira, pour nos échanges passionnés.

L'ensemble des enseignants pour tout ce qu'ils m'ont apporté. J'ai énormément grandi grâce à eux.

Tous les médecins qui ont accepté de m'accorder de leur temps et de me recevoir.

Mes parents et beaux-parents pour leur soutien.

Ma maman, mes sœurs (Nelly et Elodie) et Stéphanie pour leurs relectures.

Céline, Bernard et Denis, pour leur expertise et leurs recommandations.

Eléa, ma BFF, pour son aide précieuse et son soutien.

Et plus personnellement, j'aimerais remercier mon épouse, **Nelly**, pour son soutien indéfectible, pour m'avoir incitée à faire cette école et à me lancer dans cette aventure malgré mes peurs, pour avoir supporté mes aller-retours Rennes-Mâcon. Merci de m'avoir aidée à surmonter les moments difficiles. Place à notre nouvelle vie qui commence !

SOMMAIRE

MEDECINS GENERALISTES / OSTEOPATHIE STRUCTURELLE : COMMENT OBTENIR UNE MEILLEURE COLLABORATION ?	1
LISTE DES ABREVIATIONS	5
INTRODUCTION / CONTEXTUALISATION	6
1. PROBLEMATIQUE	7
1.1. Choix de la problématique	7
1.2. L'ostéopathie structurelle	7
1.2.1. Qu'est-ce que c'est ?.....	7
1.2.2. Notion de lésion.....	7
1.2.3. Les lésions sont-elles toutes accessibles à la manipulation ?.....	7
1.2.4. Comment s'installent les lésions tissulaires réversibles ?	8
1.2.5. Comment peut-on agir sur les LTR ?	9
1.2.6. Qu'est-ce que le « crac » ?	9
1.3. Travaux réalisés sur la collaboration entre médecins et ostéopathes	10
2. HYPOTHESE	16
3. MATERIEL ET METHODE	17
3.1. Choix de la méthode	17
3.2. Description du protocole	18
3.3. Constitution de l'échantillon	18
3.4. Guide d'entretien	19
3.5. Synthèse ostéopathie structurelle (pour entretien)	19
3.6. Réalisation des entretiens	19
3.7. Méthode d'analyse des entretiens	20
3.8. Méthode d'analyse des résultats	20
3.8.1. Évolution de l'adressage personnel	20
3.8.2. Questionnaire d'évaluation	21
4. RESULTATS	22
4.1. Caractéristiques de la population étudiée	22
4.1.1. Répartition des médecins selon le genre	22
4.1.2. Répartition des médecins selon l'âge	22
4.1.3. Répartition des médecins selon le nombre d'années de pratique	22
4.1.4. Répartition des médecins selon le lieu d'exercice	23
4.1.5. Répartition des médecins selon le mode d'exercice	23
4.1.6. Répartition des médecins selon le type d'installation	24
4.1.7. Répartition des médecins selon la pratique d'une spécialité	24

4.2. Analyse transversale des entretiens	25
4.2.1. Connaissance de l'ostéopathie	25
4.2.2. Recours à l'ostéopathie à titre personnel	26
4.2.3. Recours à l'ostéopathie pour les patients	27
4.2.4. Type de praticien/recommandations	28
4.2.5. Plus-value perçue si l'ostéopathe est kinésithérapeute et donc professionnel de santé	29
4.2.6. Motifs d'orientation	32
4.2.7. Freins à l'orientation en ostéopathie	34
4.2.8. Rencontres/échanges avec des ostéopathes au sujet de leurs pratiques.....	39
4.2.9. Opinion concernant l'ostéopathie	40
4.2.10. Idées reçues/croyances	42
4.2.11. Différences de vision avant/après entretien.....	42
4.2.12. Plus-value apportée par ces entretiens	43
4.3. Synthèse.....	46
4.4. Résultats d'adressage pré et post entretien.....	47
4.4.1. Adressage avant entretiens individuels.....	47
4.4.2. Adressage après entretiens individuels	47
4.4.3. Analyse de l'évolution de l'adressage	48
4.5. Réponses au questionnaire d'évaluation post entretien	49
5. DISCUSSION	53
5.1. Rappel de l'hypothèse.....	53
5.2. Résultats et analyse.....	53
5.3. Points faibles et points forts de l'étude	57
5.4. Pistes de réflexion	58
CONCLUSION	60
BIBLIOGRAPHIE.....	61
ANNEXES.....	63
Annexe 1 : Trame d'entretien.....	64
Annexe 2 : Synthèse ostéopathie structurelle à destination des médecins.....	65
Annexe 3 : Retranscription des 10 entretiens.....	66
Annexe 4 : Questionnaire d'évaluation post-entretien	123
RESUME.....	125

LISTE DES ABREVIATIONS

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

IMG : Internes en Médecine Générale

LTI : Lésions Tissulaires Irréversibles

LTR : Lésions Tissulaires Réversibles

MFOS : Modèle Fondamental d'Ostéopathie Structurale

MMO : Médecin Manuelle Ostéopathe

MSP : Maisons de Santé Pluri-professionnelles

NC : Non Concerné

SMS : Short Message Service (« texto » ou « minimessage » en français)

TER : Travail d'Étude et de Recherche

INTRODUCTION / CONTEXTUALISATION

D'après un sondage IFOP réalisé en 2016 [1] sur un échantillon de 2006 personnes, représentatif de la population française : « 91% des français ont une bonne image de la profession d'ostéopathe, 63% d'entre eux en ayant déjà consulté un ».

Paradoxalement, cet engouement croissant pour l'ostéopathie n'a pas été accompagné par une orientation plus fréquente des médecins vers cette pratique. Au mieux, certains le font de manière occasionnelle, tandis que d'autres déconseillent à leurs patients d'y avoir recours.

En effet, je constate régulièrement, de par les retours de mes patients en kinésithérapie, que leur médecin leur a fortement déconseillé d'aller voir un ostéopathe.

Par ailleurs, le site « OSTEO-STOP » [2] créé par le docteur Parrot, chirurgien orthopédique pédiatrique, fervent détracteur de l'ostéopathie, en est le parfait exemple, tout comme le collectif « No Fakemed » [3] qui rassemble des médecins généralistes et spécialistes, des gynécologues, des pédiatres, des infirmières etc., qui mettent en garde contre les dérives « pseudo-thérapeutiques » et affirment que l'ostéopathie est dangereuse chez le nourrisson.

Dans un contexte où le travail d'équipe et la création de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) sont encouragés, il me semble intéressant de s'interroger sur ce paradoxe.

Cette méfiance, voire cette mise en garde, de la part des médecins ne provient-elle pas d'une méconnaissance ?

Le but de ce TER est, dans un premier temps, de vous décrire le modèle fondamental d'ostéopathie structurale (MFOS) tel qu'il est enseigné à l'école Bretagne Ostéopathie à Rennes, puis de vous présenter les travaux déjà réalisés sur le thème de la collaboration médecin/ostéopathe.

La seconde partie de ce TER porte sur les résultats d'une étude de terrain. J'ai effectivement choisi d'organiser des entretiens individuels avec des médecins généralistes proches de mon cabinet afin de :

- Les questionner sur leurs connaissances, leur pratique et leur position vis-à-vis de l'ostéopathie structurale,
- Les informer sur l'intérêt de cette pratique,
- Leur proposer un temps d'échange ouvert pour favoriser une meilleure collaboration entre médecine générale et ostéopathie.

Pour finir, je présente une évaluation de la plus-value de ces entretiens par un suivi de l'adressage, ainsi qu'un questionnaire adressé aux médecins interrogés.

1. PROBLEMATIQUE

1.1. *Choix de la problématique*

Face aux constats précédemment évoqués, j'ai choisi de travailler sur la collaboration entre médecins et ostéopathes structurels : quels éléments pourraient expliquer la faible orientation des patients chez un ostéopathe par les médecins généralistes et comment pourrait-on, à notre niveau, obtenir une meilleure collaboration ?

Mais tout d'abord, je propose de vous décrire le modèle fondamental d'ostéopathie structurelle puis de vous présenter les travaux réalisés sur le thème de la collaboration médecin/ostéopathe.

1.2. *L'ostéopathie structurelle*

1.2.1. Qu'est-ce que c'est ?

L'ostéopathie structurelle est une thérapie manuelle de terrain qui vise à « **lever les barrières conjonctives** qui empêchent le corps de trouver lui-même toutes les positions et fonctionnalités dont il a besoin pour évoluer harmonieusement dans son environnement » [4]. Le thérapeute utilise pour y parvenir des techniques manuelles qui peuvent, dans certains cas (manipulation), entraîner un bruit articulaire, un « crac ».

1.2.2. Notion de lésion

Une barrière conjonctive est synonyme de lésion.

Selon le Modèle Fondamental d'Ostéopathie Structurelle (MFOS) [4], la lésion est définie comme une **perte de souplesse et d'élasticité** du tissu conjonctif.

Souplesse et élasticité, sont la capacité d'un matériau à se déformer et à revenir à une forme habituelle. Elles sont les qualités mécaniques indispensables à l'organisme pour pouvoir s'adapter à son environnement.

Le tissu conjonctif dispose de cette capacité de souplesse et d'élasticité.

La perte de ces qualités dynamiques du tissu conjonctif peut représenter un obstacle empêchant le corps de s'adapter à son environnement et de fonctionner librement.

1.2.3. Les lésions sont-elles toutes accessibles à la manipulation ?

La structure génère la fonction. Une atteinte de celle-ci, une dys-structure, entrainera une dys-fonction. La structure peut être atteinte dans sa composition chimique ou dans son état physique.

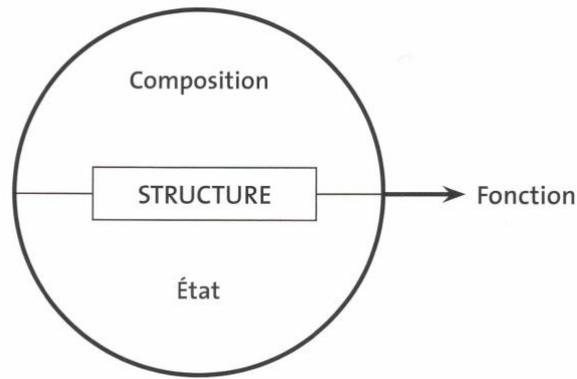


Figure 1 : Notion de composition et d'état

Une atteinte de **la composition de la structure** peut survenir par **usure** (c'est le cas de l'arthrose par exemple), par **mauvaise construction** (comme le pied-bot) ou par **rupture** (lors d'une fracture du radius par exemple). Toutes ces atteintes représentent des lésions irréversibles. On parle de **lésions tissulaires irréversibles (LTI)**. Elles ne peuvent donc pas être traitées en ostéopathie.

Il existe, à l'inverse, des atteintes qui ne sont pas de l'ordre de la composition mais de l'état de la structure. L'état d'un ensemble est défini en fonction de l'arrangement des éléments de cet ensemble. Cet arrangement peut varier en fonction des conditions de pression, de température, de fluidité, d'élasticité... Tout comme l'eau peut passer de l'état solide à liquide, ou liquide à gazeux, il est possible de changer l'état de ces structures et de leur redonner souplesse et élasticité. Ces lésions sont regroupées sous le terme **lésions tissulaires réversibles (LTR)** et sont donc accessibles à la manipulation.

1.2.4. Comment s'installent les lésions tissulaires réversibles ?

Une hyper-sollicitation spatiale et/ou temporelle d'une structure peut entraîner une atteinte de sa composition que l'on qualifie de LTI.

A l'inverse, lorsqu'une structure n'est pas assez sollicitée, il s'en suit une cascade de réactions.

L'apport d'énergie n'étant plus nécessaire à une structure qui ne travaille pas, il y a d'abord une baisse des besoins énergétiques locaux, qui elle-même entraîne une diminution des échanges liquidiens dans les tissus. Cette diminution entraîne une augmentation des processus de fixité et donc une diminution des processus dynamiques.

C'est ce changement d'état de la structure entraînant une perte des qualités de souplesse et d'élasticité des tissus que nous appelons LTR.

Cette modification des tissus entraîne une diminution de la fonction qui entretient l'hypo-sollicitation.

La LTR devient durable dans le temps. Elle s'auto-entretient.

C'est un processus qui s'installe à bas bruit, dans la physiologie, et qui n'est donc pas le siège de douleurs spontanées. On dit que la lésion est spontanément muette.

« La lésion tissulaire réversible s'installe toujours suite à une hypo-sollicitation. Cette hypo-sollicitation est soit primaire, par manquement aux règles « idéales » d'hygiène de vie, soit secondaire à un accident de vie de relation. » [4]

4 Processus d'installation de la lésion : synthèse

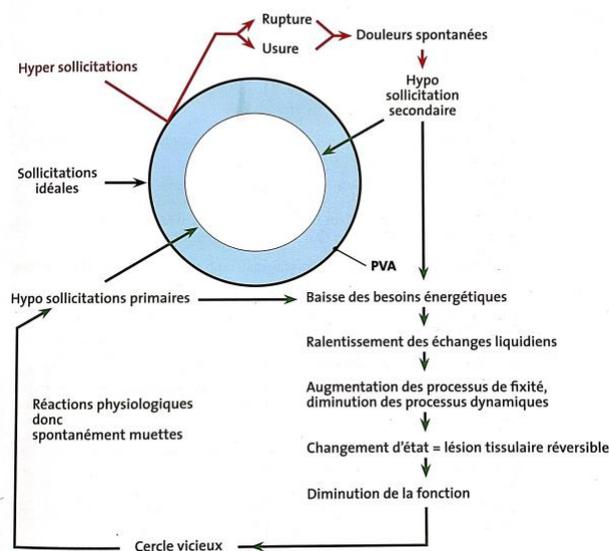


Figure 2 : Synthèse du processus d'installation de la lésion

1.2.5. Comment peut-on agir sur les LTR ?

La perte de mobilité articulaire n'est que la conséquence de ces LTR.

« La lésion n'étant pas définie par une perte de mouvement, le geste thérapeutique ne recherche pas un gain d'amplitude » [4]

Le but de la manipulation n'est donc pas de déplacer un segment osseux, de réaliser une manœuvre forcée mais de modifier la consistance du tissu conjonctif concerné afin de lui redonner ses qualités de souplesse et d'élasticité.

Pour cela, l'ostéopathe structurel utilise un outil mécanique à destination des tissus conjonctifs qui, par voies réflexes, entraîne une modification de la consistance de ces tissus.

« Plus question de déplacer un objet au-delà d'une position habituelle, ce qui confère une dimension hautement sécuritaire à notre geste » [4]

1.2.6. Qu'est-ce que le « crac » ?

La manipulation concerne tous les tissus, mais lorsqu'elle s'intéresse aux jonctions ostéo-articulaires, cela peut émettre un son.

Comme le décrit Simon Hatton dans son TER [5], ce bruit articulaire émis lors d'une manipulation, le fameux « crac », est à l'origine de nombreuses croyances. Parmi celles-ci, on retrouve la notion de « vertèbres qui se remettent en place », « frottement entre deux vertèbres », « ligament qui se décoince » ...

En réalité, comme le démontrent les travaux de Kawchuk GN [6] en 2015 et Chandran Suja, V. [7] en 2018, le son émis lors de la manipulation est associé à la création d'une cavité au sein du liquide synovial. Ce phénomène, appelé tribonucléation, est un processus décrit lorsque deux surfaces subissent des contraintes opposées et résistent à la séparation jusqu'à un point critique au cours duquel elles se séparent rapidement en créant des cavités gazeuses. C'est ce changement d'état de liquide à gazeux qui émet un son.

1.3. Travaux réalisés sur la collaboration entre médecins et ostéopathes

Le thème de la collaboration médecin/ostéopathe est régulièrement abordé dans les travaux de fin d'étude des professionnels formés au sein de l'école Bretagne Ostéopathie ou des thèses de médecins. Voici une synthèse de ces travaux :

Henri-Alexandre Mercier [8] TER de 2012 - « L'ostéopathie et le travail pluridisciplinaire en exercice libéral »	
Problématique	Comment les ostéopathes sont-ils intégrés et s'intègrent-ils dans une collaboration pluridisciplinaire ?
Méthodologie	Questionnaire par mail adressé à divers professionnels médicaux et paramédicaux concernant leurs rapports à l'ostéopathie + prise de contact avec certains praticiens par téléphone 72 participants intégrés à l'étude
Analyse	Henri-Alexandre constate que « <i>les professionnels de santé font plus confiance à l'individu ostéopathe qu'au groupe ostéopathie</i> » et précise qu'il a « <i>plus appris des entretiens avec les professionnels de santé que de l'analyse des résultats des questionnaires</i> »
Conclusion	« <i>S'il fallait refaire cette étude, nous opterions pour cette solution. Un échange et un dialogue attentif permet de mieux appréhender l'autre et d'entrer en profondeur dans une relation sincère. L'ostéopathie est un métier relationnel caractérisé par une communication physique avec les patients. Cette spécificité doit se retrouver dans la communication avec le monde médical. Pour ce faire nous devons aller physiquement à la rencontre de l'autre »</i>

Elodie Grimaud [9] TER de 2013 - « Médecins et ostéopathes : des rapports difficiles. Éléments d'analyse de la situation »	
Problématique	Quelles raisons peuvent expliquer les rapports difficiles entre médecins et ostéopathes ?
Méthodologie	Étude bibliographique
Analyse	Certaine méfiance de la part des médecins par « <i>manque de preuves scientifiques</i> », défaut de communication, hétérogénéité de la

	formation, peur des risques, méconnaissance de l'ostéopathie, peur de la concurrence avec la première intention
Conclusion	« Il serait nécessaire de compléter cette recherche littéraire par un questionnaire auprès des médecins généralistes et spécialistes, construit à partir des éléments recueillis dans ce premier travail. Cette approche directe auprès des médecins aurait un triple sens, récolter et analyser leurs points de vue , mieux comprendre leur méfiance voire leur réticence, communiquer sur l'ostéopathie et donc mieux faire connaître cette discipline »

Sylvain Daniel [10] TER de 2014 - « Communiquer avec les médecins pourquoi comment ? »	
Problématique	Comment expliquer la différence paradoxale entre la reconnaissance de l'ostéopathie par les patients et la non intégration de cette profession dans le système de soin français ?
Méthodologie	Diffusion d'un questionnaire auprès de 349 médecins généralistes sur toute la France (mails récoltés sur des sites de remplacement) 53 réponses incluses dans son étude
Analyse	<p>L'analyse des résultats fait ressortir deux catégories de médecins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ceux qui estiment ne pas connaître l'ostéopathie mais avouent majoritairement ne pas s'être informés, notamment par manque de temps - ceux qui pensent connaître l'ostéopathie, mais n'orientent finalement qu'occasionnellement pour la plupart et pour un nombre restreint de motifs (essentiellement pour des pathologies ostéo-articulaires) <p>Ces médecins n'ont donc qu'une connaissance partielle de l'ostéopathie et de son champ de compétence</p> <p>Facteurs qui pourraient favoriser l'intégration des ostéopathes selon les médecins interrogés (principalement et dans l'ordre) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uniformisation de la formation (33%) - Communication (29%) (au cours des études des médecins et entre médecins et ostéopathes) - Remboursement par la sécurité sociale (27%). <p>Communication (= deuxième facteur le plus important) : devrait se faire aussi bien durant leur études médicales/formations continues qu'au quotidien, soit via des courriers de retour d'adressage, soit en leur expliquant directement notre pratique</p> <p>83% des médecins de l'étude se déclarent par ailleurs intéressés par un fascicule explicatif sur l'ostéopathie, qui devrait contenir principalement « le type de pathologies que nous traitons, notre mode d'action, l'explication des différences entre les courants</p>

	<i>ostéopathiques et enfin le contenu de nos études »</i>
Conclusion	<i>« Les médecins semblent donc réceptifs à une démarche d'information des ostéopathes. Si les différents courants ostéopathiques améliorent la communication d'une même voie, ce qui est un élément à notre portée, cela pourrait avoir un impact très bénéfique pour la collaboration avec les médecins généralistes »</i>

<p>Cécile Dumoulin [11] Thèse de 2012 - « Recours des médecins généralistes à l'ostéopathie : enquête auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée »</p>	
Problématique	Comment expliquer l' absence de lien formel entre médecins généralistes et ostéopathes , contrairement aux relations qu'ils entretiennent avec des spécialistes ou d'autres intervenants paramédicaux ?
Méthodologie	Étude en deux temps : <ul style="list-style-type: none"> - Enquête préliminaire quantitative via la diffusion d'un questionnaire auprès de 120 médecins généralistes de Loire-Atlantique et de Vendée - Étude compréhensive qualitative grâce à des entretiens avec 20 médecins généralistes ayant déjà eu recours à l'ostéopathie
Analyse	84 % des médecins interrogés qui ont recours à l'ostéopathie, le font de manière informelle (sans courrier) Raisons principales : <i>« la situation hors parcours de soin de l'ostéopathie en France, le problème du temps nécessaire à la rédaction d'un courrier, et l'inutilité de celui-ci estimée pour le patient, ce dernier point pouvant être lié à la méconnaissance de l'ostéopathie »</i> Suite aux entretiens, elle évoque les facteurs qui influencent le recours à l'ostéopathie, notamment la qualité et la diversité des formations en ostéopathie et précise : <i>« la plupart des généralistes expriment lors des entretiens qu'il est difficile de connaître les formations suivies par les praticiens, les techniques employées, et que cela entre en compte dans leur adressage à l'ostéopathe »</i>
Conclusion	<i>« Deux pistes de réflexions se dégagent : poursuivre l'organisation de la formation des ostéopathes, et fournir aux médecins généralistes une information claire concernant l'ostéopathie, ses champs d'application validés et potentiels, et sa réglementation. Cela faciliterait la communication entre médecins et ostéopathes pour le bien du patient »</i>

François Lebailly [12] Thèse de 2014 - « Recours à l'ostéopathie par les médecins généralistes bas-normands : évaluation et facteurs d'influence »	
Problématique	Comment les médecins appréhendent-ils l'ostéopathie dans leur pratique courante ?
Méthodologie	Diffusion d'un questionnaire auprès de 872 médecins généralistes libéraux bas-normands 62 réponses obtenues
Analyse	<p>« Les médecins ne considéraient pas les preuves scientifiques comme essentielles dans leur approche de l'ostéopathie. 46 % des médecins interrogés ont répondu privilégier l'expérience aux connaissances dans leur choix d'adresser ou non leurs patients, et 43 % les considèrent à parts équivalentes. »</p> <p>« Les médecins qui communiquaient plus avec les ostéopathes conseillaient plus souvent l'ostéopathie et pour plus d'indications, adressaient plus souvent en première intention et moins souvent en dernier recours. Ils étaient également plus satisfaits des soins prodigués par les ostéopathes. »</p> <p>Le niveau de communication semble être un facteur déterminant concernant l'opinion que les médecins peuvent se faire de l'ostéopathie et la manière dont cela influence leur pratique</p>
Conclusion	« Il serait [...] intéressant d'évaluer l'évolution du recours à l' ostéopathie par les médecins avant et après des réunions d'information avec des ostéopathes sur leur champ de compétence » [ou des rencontres interprofessionnelles]

Clotilde Poupardin [13] Thèse de 2017 - « Le recours des médecins généralistes à la médecine manuelle - ostéopathie. État des lieux dans les départements de l'Eure et Seine-Maritime »	
Problématique	Quelle proportion de médecins généralistes « Hauts-Normands » pratiquent la Médecin Manuelle Ostéopathique (MMO) ? Parmi ceux qui ne pratiquent pas la MMO : dans quelles situations font-ils appel à des ostéopathes ? A quel type de professionnels s'adressent-ils ? Pour quelles raisons certains ne proposent-ils pas cette pratique ?
Méthodologie	Étude quantitative par diffusion d'un questionnaire en ligne auprès de 638 médecins généralistes exerçant dans les départements de l'Eure et de la Seine-Maritime 194 réponses complètes
Analyse	17 % des répondants pratiquent l'ostéopathie (MMO) Au total 86,1 % pratiquent ou proposent l'ostéopathie à leurs patients

	<p>Concernant l'adressage : « 72% des répondants ont différencié les médecins-Ostéopathes des autres professionnels de santé. Les réponses en faveur des médecins se sont appuyées sur les raisons suivantes : une meilleure évaluation de la maladie et du malade, la possibilité d'un diagnostic différentiel et le remboursement du traitement. Les réponses en faveur des autres professionnels de santé ont évoqué des études plus approfondies sur l'ostéopathie. Chez ceux qui ne voyaient pas de différence, les raisons prioritaires étaient l'expérience et la qualité de la formation, indépendamment du diplôme ».</p> <p>Motifs invoqués par les médecins n'adressant pas leurs patients en ostéopathie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disparité des formations - Manque d'efficacité de l'ostéopathie - Manque de connaissance à ce sujet - Ainsi que les risques, la responsabilité engagée par le prescripteur et d'autres facteurs minoritaires non détaillés
<p>Conclusion</p>	<p>« La Médecine-Manuelle-Ostéopathie occupe une place non négligeable dans la pratique courante en médecine générale. L'inclusion d'un enseignement sur les indications et les contre-indications au cours du cursus du DES de médecine générale pourrait-il avoir un intérêt thérapeutique pour les patients ? »</p>

<p>Maxime Ruellou [14] TER de 2017 - « Enquête sur le rapport des internes en médecine générale avec l'ostéopathie »</p>	
<p>Problématique</p>	<p>Quels rapports les internes en médecine générale (IMG) entretiennent-ils avec l'ostéopathie ?</p>
<p>Méthodologie</p>	<p>Réalisation de 3 entretiens individuels préparatoires</p> <p>Diffusion d'un questionnaire à destination des IMG, diffusé par courriel groupé, aux secrétariats des facultés de Caen, Brest et Poitiers, et via le réseau social « Facebook »</p> <p>169 réponses obtenues</p>
<p>Analyse</p>	<p>Seuls 20,1 % des IMG interrogés déclarent avoir déjà rencontré un ostéopathe à titre professionnel au cours de leur formation ou stage</p> <p>Raisons évoquées pour lesquelles leurs pairs n'adresseraient pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Plus de la moitié des sondés (56,8%) pensent que leurs confrères n'orientent pas par méconnaissance du métier » - « Un quart (26%) pensent que leurs confrères ont peur d'éventuelles complications à la suite d'une prise en charge ostéopathique »

	<p>Le fait d'avoir eu un contact avec un ou plusieurs ostéopathes, que ce soit à titre personnel (consultation) ou professionnel, « <i>améliore leur état de connaissance ainsi que leur jugement du métier</i> »</p> <p>Pistes proposées pour approcher les IMG :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervenir dans les universités - Proposer des consultations de découverte aux étudiants - Proposer un guide - Utiliser la presse médicale
Conclusion	<p>« <i>Pourquoi [ne] pas améliorer nos rapports de proximité, tout simplement en allant se présenter aux médecins généralistes de notre secteur d'activité</i> »</p>

Clarisse Langevin [15] TER de 2019 - « Médecins / - / Ostéopathie structurale »	
Problématique	<p>« <i>L'entretien d'un certain frein au recours à l'ostéopathie par les médecins</i> » n'est-il pas dû à un manque de connaissance concernant l'ostéopathie et à un manque de communication, laissant place à certaines idées reçues voire croyances entraînant un sentiment de crainte ?</p>
Méthodologie	<p>Entretiens semi-directifs auprès de 17 médecins</p>
Analyse	<p>L'analyse des réponses confirme son hypothèse</p> <p>En attendant que les modalités de formation des médecins évoluent, « <i>l'établissement d'un outil d'information à propos de notre pratique serait bénéfique</i> »</p>
Conclusion	<p>Proposition d'un exemple de guide d'information :</p> <p>« <i>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</i> 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. 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 »</p>

La lecture de ces travaux m'a permis d'identifier les différentes hypothèses qui pourraient expliquer que les médecins ne soient pas, ou peu, enclins à orienter leurs patients chez un ostéopathe, à savoir :

- Le manque de communication entre médecin et ostéopathe
- La méconnaissance de notre profession

- Une certaine méfiance, notamment vis à vis des risques de complications et par conséquent, l'engagement de leur responsabilité
- La diversité des formations
- Le manque de preuves scientifiques
- La situation hors parcours de soin de l'ostéopathie, et conjointement, l'absence de remboursement par la sécurité sociale.

Ce constat m'interroge : comment améliorer la collaboration médecin / ostéopathe ? Quels sont les actions individuelles possibles et pertinentes ?

Il semble difficile d'agir individuellement sur le manque de preuves scientifiques, la situation hors parcours de soin de l'ostéopathie ainsi que la diversité des formations. Néanmoins, les travaux étudiés ont montré plusieurs pistes de réflexions :

- Diffuser des guides d'informations [10]
- Informer les médecins au cours de leurs études [13] [14]
- Rencontrer des médecins de notre secteur pour se présenter, leur expliquer les spécificités de notre pratique, échanger, dialoguer [8] [9] [11] [14]
- Évaluer par la suite l'évolution du recours à l'ostéopathie par ces derniers [12]

Ce sont finalement ces deux dernières pistes qui m'ont semblées les plus pertinentes.

2. HYPOTHESE

Au regard des travaux étudiés, les médecins semblent avoir une certaine méconnaissance de l'ostéopathie et déplorent le manque de communication entre les deux professions. La prise de contact, l'engagement du dialogue et la délivrance d'informations par l'intermédiaire d'un entretien individuel pourrait permettre d'obtenir une meilleure collaboration entre médecins et ostéopathes.

3. MATERIEL ET METHODE

3.1. Choix de la méthode

Comme nous venons de l'évoquer, le choix de la méthode trouve sa genèse dans l'étude des travaux déjà réalisés sur le sujet. Ces derniers ont consisté en une récolte et une analyse de données concernant la collaboration médecins/ostéopathes et ont permis d'apporter des propositions de solutions. Plusieurs ont fait appel à un questionnaire qui présente l'avantage de récolter un grand nombre de réponses et est facilement analysable. Néanmoins, cela implique des réponses fermées et ne permet donc pas d'engager un dialogue. D'autres ont utilisé la méthode des entretiens, qui présentent l'avantage d'apporter des réponses ouvertes. L'inconvénient des entretiens, par rapport à un questionnaire, est la difficulté d'analyse mais cela permet un échange.

Le précieux travail de récolte et d'analyse des données ayant été réalisé par mes prédécesseurs, il me semblait judicieux de proposer une continuité de celui-ci. Mon but était, partant de leurs constats, d'imaginer de quelle manière nous pourrions agir à une échelle individuelle pour obtenir une meilleure collaboration médecins/ostéopathes.

Méthodologies non retenues :

Propositions non retenues	Explications
Interventions dans les universités, séances de découvertes aux internes ou diffusion de l'information via la presse médicale	Ne permettent pas une analyse rapide et directe des retombées de ces actions sur la collaboration médecins/ostéopathes
Production d'un guide d'information	Taux de lecture estimé faible (faible attention de la cible pour les courriers, manque de temps...) Ne permet pas d'engager un échange, ni d'apporter des précisions
Réunion d'information	Difficultés organisationnelles importantes (logistique générale, disponibilité du public cible limitée)

Méthodologie retenue :

Il m'a semblé nécessaire d'apporter aux médecins une information claire et concise.

Mon choix s'est donc porté sur l'organisation de rencontres individuelles avec des médecins généralistes, non seulement pour faire un état des lieux de leurs pratiques et de leur position vis-à-vis de l'ostéopathie, mais surtout, pour les informer sur ma pratique et répondre à leurs interrogations voire idées reçues. A l'issue de ces rencontres, je prévois également une

analyse de l'évolution de leur recours à l'ostéopathie, à l'image de ce que proposait François Lebailly, afin d'évaluer l'efficacité des actions menées.

3.2. Description du protocole

- 1) Prise de contact en personne ou par mail avec des médecins généralistes de notre secteur d'activité.
- 2) Rencontres individuelles avec les médecins divisées en 3 parties :
 - a) Entretiens individuels semi-directifs permettant une récolte d'informations sur leurs habitudes et leurs connaissances
 - b) Information au sujet de l'ostéopathie structurée
 - c) Échange : questions/réponses
- 3) Critères de suivi / analyse des résultats :
 - a) Évaluation de l'adressage avant/après entretiens
 - b) Diffusion d'un questionnaire 3 mois après les entretiens pour évaluer la plus-value apportée par ces derniers, c'est à dire l'éventuelle modification de leurs habitudes ainsi que leur attrait pour ce type de rencontres.

Les entretiens devront se dérouler sur une période restreinte d'un mois maximum pour permettre une analyse de l'évolution de l'adressage et des réponses obtenues au questionnaire d'évaluation.

Les rencontres avec les médecins sont réalisées dans l'idéal à leur cabinet (avec leur accord) et sur le temps d'une consultation (15 minutes) pour s'adapter à leurs emplois du temps souvent chargés.

3.3. Constitution de l'échantillon

Les médecins ont été sélectionnés pour leur situation géographique, afin que ceux-ci puissent m'adresser des patients, me permettant d'analyser les retombées des actions menées. De plus, le but secondaire de ce TER est de développer un réseau professionnel. J'ai donc ciblé les médecins exerçant à Mâcon ou Charnay les Mâcon en Saône et Loire.

Au total, 15 médecins ont été contactés, 10 ont répondu positivement et ont pu participer à l'étude.

Les quatre médecins de la maison médicale dans laquelle j'exerce ont été sollicités en personne et ont répondu favorablement.

Les autres praticiens ont été contactés par mail dans un premier temps. Soit leur mail était déjà connu car nous avons déjà échangé concernant des renouvellements d'ordonnances de patients communs suivis en EHPAD, soit leur mail m'était donné par leur secrétariat. Ils étaient ensuite relancés par téléphone si besoin :

- Un médecin m'a répondu être surchargé et a préféré différer l'entretien. Je n'ai effectué qu'une relance sans succès. Puis ce dernier, à l'occasion d'un échange de mail sur un autre sujet, s'est inquiété de la quantité suffisante de données récoltées auprès des autres médecins. La période de réalisation des entretiens étant clôturée,

nous avons convenu de nous rencontrer ultérieurement lorsque nos emplois du temps respectifs le permettraient.

- Deux médecins contactés par le biais de leur adresse mail commune au cabinet ne m'ont pas répondu. Je ne les ai toutefois pas relancés.
- Un médecin n'a pas donné suite à mes mails malgré deux relances auprès de sa secrétaire.
- Un médecin exerçant en structure d'urgence m'a laissé un message vocal en me précisant qu'il était extrêmement chargé mais n'a plus donné de réponse suite à mon rappel. Ce dernier exerce dans une structure de médecine d'urgence comparable à SOS médecin.

Comme l'a précisé Clarisse Langevin [15] dans son TER, « *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* ». Ajouté à l'aspect chronophage de l'étude d'un entretien comparée à un questionnaire, cela justifie le choix d'un échantillon restreint de médecins.

3.4. Guide d'entretien

Les entretiens étant en partie semi-directifs [16], j'ai élaboré un guide d'entretien [Annexe 1]. Le but est de laisser l'interlocuteur s'exprimer et de pouvoir le relancer sur chaque thématique, l'ordre pouvant varier en fonction des réponses apportées.

Préalablement, j'ai sollicité un entretien exploratoire (téléphonique) avec un médecin-ostéopathe, François Lebailly, afin de préparer au mieux mes entretiens grâce à sa double compétence professionnelle.

3.5. Synthèse ostéopathie structurelle (pour entretien)

Une partie de l'entretien consiste à présenter ma pratique de l'ostéopathie structurelle telle qu'elle est enseignée au sein de l'école Bretagne Ostéopathie de Rennes. J'ai créé, dans ce but, une synthèse de notre modèle ostéopathique, qui soit à la fois la plus exhaustive possible, adaptée à mes interlocuteurs et concise pour respecter le temps accordé par les médecins (15 min). Cette synthèse est présentée en annexe. [Annexe 2]

3.6. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre le 2 et le 26 janvier 2023.

Ils ont tous eu lieu dans les cabinets respectifs des praticiens.

A chaque début d'entretien, j'ai demandé aux médecins s'ils étaient d'accord pour être enregistrés, afin que les retranscriptions puissent être totalement fidèles à leurs propos. Cela me permettait également d'être plus disponible pour l'échange et de ne pas avoir à prendre de notes.

Les enregistrements ont été réalisés grâce à l'application « Dictaphone » de l'iPhone®.

Les entretiens ont duré en moyenne 21 minutes (14 minutes pour le plus court et 27 minutes pour le plus long) avec toutefois un médecin qui a poursuivi l'échange, de manière moins formelle autour d'un café, pendant 30 minutes après arrêt de l'enregistrement.

3.7. Méthode d'analyse des entretiens

Afin de conserver l'anonymat, chaque médecin interrogé s'est vu attribuer un numéro : « M numéro » et le masculin a été utilisé systématiquement quel que soit le genre de l'interrogé.

Les entretiens individuels ont été retranscrits intégralement. Je me suis aidée de logiciels de retranscription payants : Happy Scribe [17] et Transcribe [18]. Sur les deux logiciels testés, le premier semblait le plus performant. C'est donc celui-ci qui a été retenu.

La retranscription fournie restait néanmoins très imparfaite.

De plus, j'ai fait le choix d'une retranscription mot pour mot qui a l'avantage (par rapport à une retranscription sociologique), de supprimer les erreurs de langage, les hésitations, certaines répétitions qui peuvent alourdir la lecture, tout en conservant les remarques annexes. J'ai donc dû affiner les retranscriptions manuellement après utilisation du logiciel, avec plusieurs écoutes et plusieurs relectures. Cet exercice de retranscription fut chronophage : en moyenne 4 heures par entretien soit environ une quarantaine d'heures au total.

L'intégralité des entretiens est présentée en annexe. [Annexe 3]

L'analyse proposée est matricielle : les entretiens ont été analysés individuellement par thèmes et les thèmes ont été comparés d'un entretien à l'autre. Pour plus de détails, voir le paragraphe « **Analyse transversale des entretiens** ».

3.8. Méthode d'analyse des résultats

3.8.1. Évolution de l'adressage personnel

Afin d'obtenir un retour quantitatif, nous avons évalué l'adressage personnel avant et après les entretiens. Pour cela, j'ai demandé aux patients, à partir de juillet 2022, à chaque séance de thérapie manuelle¹, par quel moyen il avait été amené à prendre rendez-vous avec moi : adressage par un médecin, un paramédical, une recommandation d'un proche, Doctolib, appel initial pour de la kinésithérapie, patient suivi au préalable en kinésithérapie...

Les périodes retenues pour l'adressage avant entretien sont les mois d'août, septembre, novembre et décembre 2022 (le mois d'octobre n'a pas été considéré car correspond à la période de fermeture du cabinet pour congés annuels) et ensuite les mois de janvier, février, mars et avril 2023 pour l'adressage après entretien.

¹ N'ayant pas encore de diplôme d'ostéopathie, mais ayant un certificat de thérapie manuelle validé par l'Ordre des Kinésithérapeutes, les séances proposées sont qualifiées de « thérapie manuelle ».

3.8.2. Questionnaire d'évaluation

L'adressage ne reflétant pas à lui seul l'amélioration de la collaboration, j'ai proposé un questionnaire post entretien, afin d'évaluer l'impact de ce dernier sur l'opinion et les habitudes des médecins. Ce questionnaire a été élaboré à l'aide de l'application Google Forms® [Annexe 4] qui permet de créer un formulaire. Le destinataire reçoit ensuite un lien pour remplir directement le questionnaire en ligne.

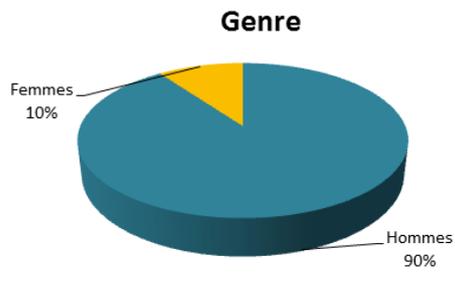
Le lien a été envoyé par mail, trois mois après les entretiens, le 18 avril 2023.

L'intégralité des médecins a répondu, entre le 18 avril et le 8 mai 2023, après plusieurs relances par mail, téléphone ou SMS.

4. RESULTATS

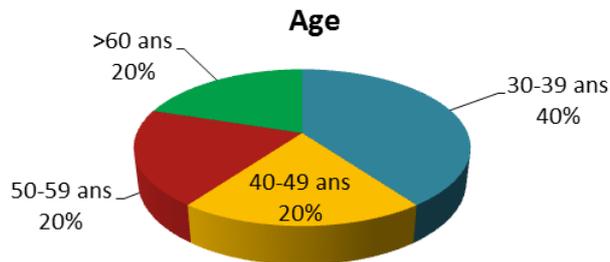
4.1. Caractéristiques de la population étudiée

4.1.1. Répartition des médecins selon le genre



9 des médecins interrogés sont des hommes, 1 est une femme.

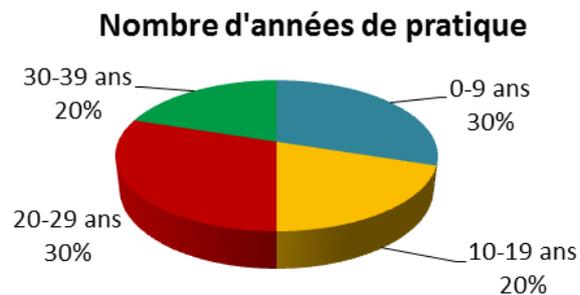
4.1.2. Répartition des médecins selon l'âge



L'âge minimum relevé dans l'échantillon est de 33 ans, l'âge maximum de 63 ans.

La moyenne d'âge de l'échantillon est de 46,6 ans.

4.1.3. Répartition des médecins selon le nombre d'années de pratique



Le nombre minimum d'années de pratique relevé dans l'échantillon est de 2 ans, le nombre maximum de 34 ans.

La moyenne du nombre d'années de pratique est de 18,3 ans.

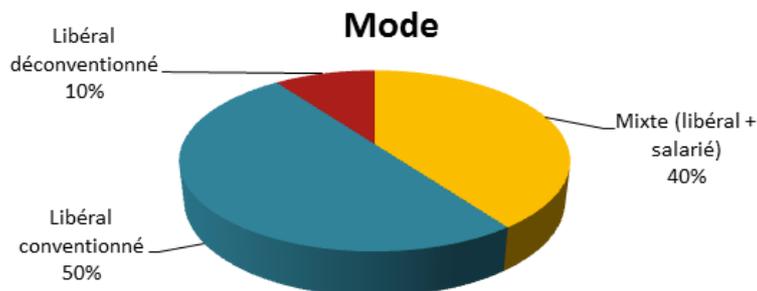
4.1.4. Répartition des médecins selon le lieu d'exercice



L'intégralité des médecins interrogés exercent en zone urbaine (proximité nécessaire à l'étude).

Il est à noter que 3 médecins exercent dans le même cabinet au sein d'une ZUP (Zone Urbaine Prioritaire).

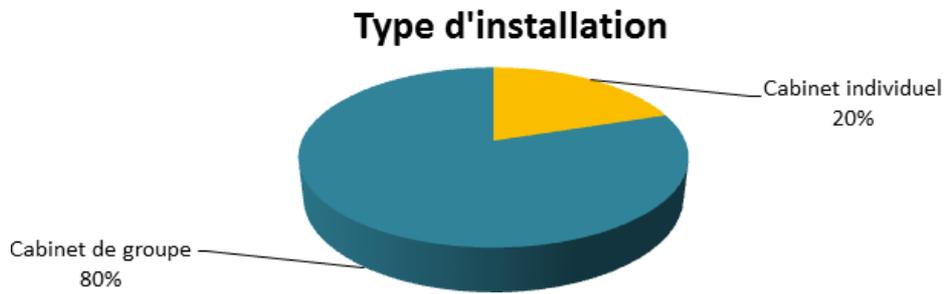
4.1.5. Répartition des médecins selon le mode d'exercice



9 médecins sont conventionnés, dont 5 exercent exclusivement en libéral et 4 ont un exercice mixte (libéral et salarié).

1 médecin exerce en libéral déconventionné.

4.1.6. Répartition des médecins selon le type d'installation

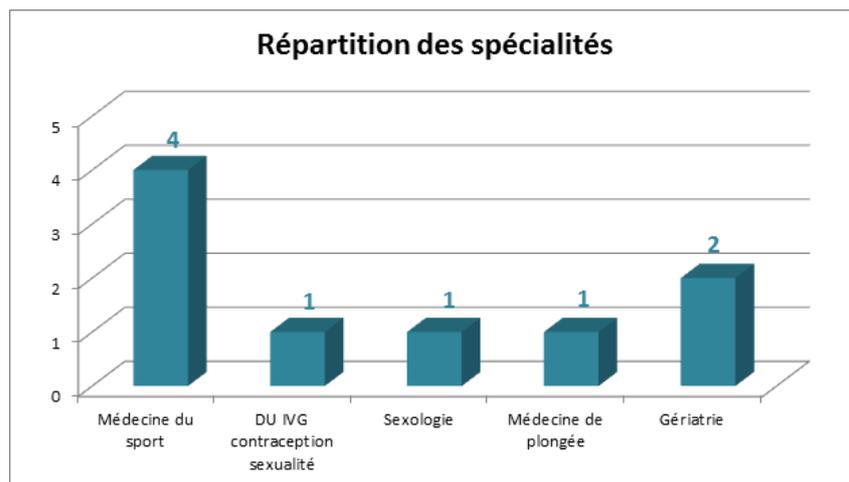


8 médecins sont installés en cabinet de groupe, 2 exercent seuls.

4.1.7. Répartition des médecins selon la pratique d'une spécialité



7 médecins sur 10 exercent une ou plusieurs spécialités.



Parmi ces spécialités, on retrouve :

- La médecine du sport (M1, M3, M4, M6)

- La gériatrie (M3, M6)
- La médecine de plongée (M5)
- La sexologie (M7)
- Le DU IVG – contraception – sexualité (M10)

4.2. Analyse transversale des entretiens

4.2.1. Connaissance de l'ostéopathie

Question : *Que connaissez-vous de l'ostéopathie ? Que pouvez-vous m'en dire brièvement ?*

Réponses spontanées : 4 médecins / 10 (M2, M3, M5, M7) : « pas grand-chose » ou « peu de choses ».

En détails :

- « Une technique de rééquilibrage fonctionnel du corps d'un point de vue ostéo-ligamentaire. » (M1)
- « Une approche qui est différente de la nôtre, qui est effectivement une approche plus systémique, peut-être et structurelle. » (M3)
- « J'ai beaucoup bossé avec les ostéos par rapport au sport [...] ils pouvaient [...] travailler tout ce qui était sympathique, parasympathique, la prévention des blessures ou ce genre de choses, et des discussions avec des copains ostéo... surtout c'était digestif, des pathologies fonctionnelles. » (M4). Ce dernier ajoute néanmoins : « à mon avis, j'ai une méconnaissance complète de pas mal de choses sur l'ostéo ».
- « C'est une technique basée plus sur la manipulation. Moi, je ne l'envisage que dans l'optique de traiter des désordres structurels [...] plus pour le côté "rhumato", mécanique » (M6)
- « C'est un moyen technique en fait pour soigner [...] les troubles ostéo articulaires notamment. Mais on peut s'en servir aussi dans le viscéral ». (M8)
- « C'est une pratique plutôt mécanique [...] hors thérapeutique médicamenteuse. Mais je resterai là. Je pense que je n'ai peut-être pas assez de connaissance dans la profession d'ostéopathie ». (M9)
- « C'est plus [...] « on remet les choses en place » entre guillemets [...] sur le plan articulaire, le rachis, le bassin [...] et puis aussi sur le côté dysfonction intestinale, chez l'enfant aussi. » (M10)
- Le médecin M7 me confie ne s'être « jamais trop posé la question » et semble baser ses connaissances sur sa seule expérience personnelle de séance d'ostéopathie et au travers de quelques patients. Ce dernier précise qu'il connaît « par personnes interposées » et non par lui-même.
- Le médecin M1 parle de l'ostéopathie comme d'un « truc [...] plus ou moins abstrait ». Le médecin M2 trouve que la nature de ce que fait l'ostéopathe « reste plutôt flou ». Ce dernier m'explique avoir fait des recherches il y a quelques temps, mais il précise : « les programmes ne sont pas les mêmes, les écoles ne sont pas les mêmes. C'est vraiment un petit peu flou pour moi tout ça. ».

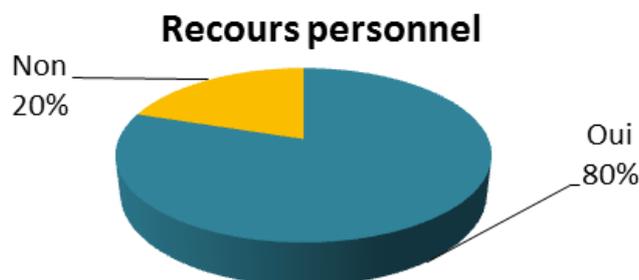
L'ostéopathie semble donc méconnue des médecins généralistes interrogés, mais également non reconnue par la médecine générale :

- 2 médecins (M3, M4) me précisent que cela ne leur est pas enseigné comme alternative thérapeutique lors de leurs études de médecine.
- L'interne, présente lors de l'entretien avec le médecin M10, me confirme qu'il n'y a pas de cours informatif au sujet de l'ostéopathie dans le cursus des études de médecine. Cela est toutefois volontiers abordé dans les cursus de médecine du sport.
- 2 médecins (M2, M3) évoquent l'absence de reconnaissance de l'ostéopathie par le corps médical.
- Le médecin M2 considère cette pratique « comme une aide d'appoint qu'on peut utiliser, qui n'est pas pour l'instant reconnu [...] à titre médical, mais qui peut servir »
- Le médecin M3 considère l'ostéopathie comme « quelque chose qui a été oublié par la médecine pendant un certain temps, parce que non reconnu, parce que les filières étaient un peu obscures etc. ». Il ajoute que l'ostéopathie ne leur était donc pas enseigné comme alternative thérapeutique à l'époque de ses études mais que cela est beaucoup plus ouvert aujourd'hui.

8 médecins / 10 (M1, M2, M5, M6, M7, M8, M9, M10) évoquent le « retour patient » comme source de connaissance.

On remarque que les médecins n'ont finalement, soit aucune idée de ce que nous faisons en ostéopathie, soit une idée assez vague, basée sur leur expérience personnelle et sur les retours-patients, avec les inexactitudes que cela implique.

4.2.2. Recours à l'ostéopathie à titre personnel



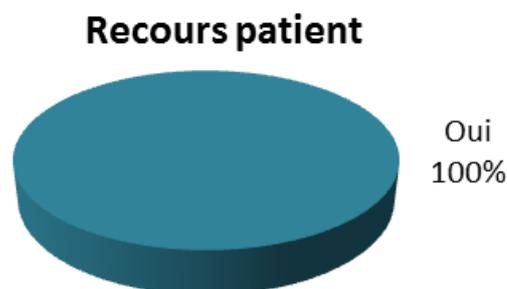
8 médecins / 10 (M1, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M10) ont déjà fait appel à la pratique de l'ostéopathie néanmoins différentes tendances peuvent être soulignées :

- Consultations régulières (au moins une fois par an) : 4 médecins / 8 (M1, M3, M4 et M10). Le médecin M4 ajoute qu'il adresse ses enfants également.
- Consultations exceptionnelles (une ou deux fois seulement) : 1 médecin / 8 (M8).
- Une seule consultation dans leur vie : 2 médecins / 8 (M6 et M7). Le médecin M7 précise d'ailleurs : « à l'époque j'avais des cervicalgies, mais elle ne m'avait rien fait [...] ne m'a même pas touché quasiment, [...] je lui ai montré, j'avais de l'arthrose cervicale [...] elle m'a dit [...] qu'elle ne pouvait pas faire grand-chose pour moi il me semble ». J'aborderai par la suite comment cette unique expérience personnelle a influencé sa pratique d'aujourd'hui.

Le médecin M5, qui exerce au sein du même cabinet que moi, n'a jamais fait appel directement à un ostéopathe, mais m'a consultée à deux reprises pour des douleurs entre deux consultations. Cette expérience est détaillée dans le paragraphe « **Opinion concernant l'ostéopathie** ».

8 médecins / 10 ont déjà consulté un ostéopathe mais seuls 4 d'entre eux font appel régulièrement à un ostéopathe.

4.2.3. Recours à l'ostéopathie pour les patients



L'une des informations centrales à recueillir lors des entretiens était de savoir si l'ostéopathie faisait déjà partie de leur arsenal thérapeutique. L'intégralité des médecins interrogés répond favorablement lorsque je leur demande s'il leur arrive d'adresser leurs patients à des ostéopathes.

En revanche, je remarque dans la discussion que certains sont plus enclins à un adressage régulier, notamment parce qu'ils semblent avoir plus de connaissances et citent plus de motifs de consultation que les autres.

- Le médecin M2 dit utiliser l'ostéopathie dans sa pratique quotidienne, plutôt en deuxième intention et face à « *des problèmes d'accès aux kinés* ». Néanmoins, en continuant la discussion, je me rends compte que ce n'est pas tant un prescripteur d'ostéopathie mais plutôt qu'il approuve simplement, dans certains cas comme les lumbagos, le fait que ses patients aient recours à l'ostéopathie en première intention, avant même de venir le consulter. En effet, selon lui, le patient qui vient « *pour un simple lumbago, à part lui faire un arrêt de travail et lui mettre un anti-inflammatoire,*

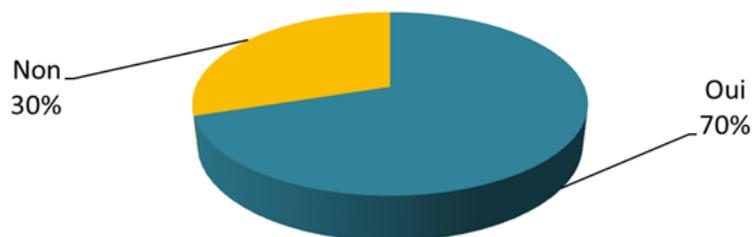
Doliprane qu'il a probablement déjà chez lui, ça va s'arrêter là donc ce n'est pas plus mal ». Dans ce cas, l'ostéopathie lui semble plus utile qu'une consultation médicale.

- Le médecin M3 parle également de la difficulté à trouver des kinésithérapeutes. D'après lui, « *il faut s'aider de ce qui est disponible [...] mais ce n'est pas pour autant [qu'il va] proposer à tous [ses] lombalgiques de l'ostéo* ». Il s'applique à trouver une solution personnalisée/individualisée à chacun de ses patients.

Tous les médecins ont déjà proposé l'ostéopathie à leurs patients mais en pratique, à une échelle différente. Les médecins M1, M4, M8 et M10 semblent faire appel régulièrement à l'ostéopathie dans la prise en charge globale de leurs patients. Les médecins M3, M5 et M6 le font de manière plus anecdotique. Les médecins M2, M7 et M9, quant à eux, y ont finalement assez rarement recours.

4.2.4. Type de praticien/recommandations

Orientation vers un ostéopathe en particulier



Lorsque je demande aux médecins s'ils orientent leur patient chez un ostéopathe en particulier, 7/10 me répondent en effet adresser à des praticiens qu'ils connaissent (M1, M3, M4, M5, M6, M8, M10).

- Le médecin M10 précise : « *on a aussi nos petites préférences* », de la même manière que lorsqu'ils envoient leurs patients chez un spécialiste.
- Le médecin M4 me confie : « *j'adresse à des ostéos que je connais ou avec qui j'ai déjà pu échanger sur leurs pratiques, que ce soit en adéquation avec ce que je fais [...] il y en a certainement des très bons que je ne connais pas, mais dans ce cas, si on me demande mon avis, je ne vais pas forcément orienter.* »
- Le médecin M5 précise « *je me verrais mal envoyer chez quelqu'un que je ne connais pas* ». Il propose parfois à ses patients d'aller voir un ostéopathe. S'il adresse à un confrère, il fait généralement un courrier, mais il ne donne en pratique pas qu'un seul nom mais deux ou trois.
- Le médecin M3 adresse à des praticiens de « *façon non officielle, sans faire de courrier* » pour se couvrir en quelque sorte. Selon lui « *le fait de faire une recommandation, d'aller voir un ostéopathe, laisse supposer qu'on a une responsabilité dans l'acte aussi, puisqu'on a adressé, même oralement, on est co-*

responsable en cas de problème. ». C'est parce qu'il engage sa responsabilité qu'il n'adresse qu'à des gens qu'il connaît, à qui il accorde une certaine confiance.

- Le médecin M8, quant à lui, collabore beaucoup avec les deux ostéopathes installées, littéralement, la porte en face de son cabinet.
- A l'inverse, le médecin M7 laisse le choix du type d'ostéopathe à son patient, mais il se trouve que, par expérience personnelle (il m'explique que son père allait régulièrement chez un chiropracteur à Lyon) ajoutée à une opinion très partagée sur l'ostéopathie, il envoie plus volontiers chez un chiropracteur qu'il connaît.
- Le médecin M9 n'oriente chez personne en particulier pour la simple et bonne raison qu'il ne connaît pas d'ostéopathe. Ce dernier n'est installé que depuis 2021, cela peut facilement expliquer qu'il n'ait pas encore de réseau constitué.
- Le médecin M2, comme nous l'avons évoqué plus haut, n'adresse pas en particulier mais valide le fait que ses patients consultent un ostéopathe dans certains cas.

Les médecins qui orientent, le font exclusivement chez des praticiens qu'ils connaissent.

4.2.5. Plus-value perçue si l'ostéopathe est kinésithérapeute et donc professionnel de santé

Un autre paramètre évalué était de savoir si le statut de kinésithérapeute, et donc de professionnel de santé, pouvait avoir une importance pour eux, les rassurer en quelque sorte.



Les médecins interrogés répondent très majoritairement par la positive (8/10).

Seuls les médecins M1 et M4, n'accordent pas de plus-value aux kinésithérapeutes.

- Le médecin M4, qui travaille régulièrement avec différents ostéopathes, estime que cela n'a pas d'importance. Pour lui, « *qu'il soit kiné ou pas kiné du moment qu'il bosse bien* », le plus important c'est de connaître le praticien, de savoir ce qu'il fait,

comment il pratique. Ce dernier précise que l'ostéopathe, chez qui il emmène ses enfants, n'est « que » ostéopathe. Il se confie par ailleurs concernant un kiné-ostéopathe avec qui il ne travaille plus car ce dernier dévie de son domaine de compétence. Le seul avantage qu'il accorde concerne le partage du secret médical entre professionnels de santé, ce qui n'est pas toléré par le Conseil de l'Ordre des Médecins lorsque l'ostéopathe n'est pas professionnel de santé.

- Le médecin M1 qui répond dans un premier temps par l'affirmative nuance ses propos. Ce dernier confie : « *il y a un kiné [...] qui voit « 50 patients à l'heure », même s'il fait ostéo demain, je ne lui enverrai personne. Donc non, le titre n'aide pas forcément* ».

Les huit autres médecins accordent une importance au statut de kinésithérapeute.

- Le médecin M5 en parle spontanément dès le début de l'entretien, il envoie « *plutôt à des médecins ou des kinés ostéopathes* ». Il est d'ailleurs catégorique lorsque je l'interroge un peu plus tard à ce sujet. Il déclare : « *je ne vais pas dire c'est un plus, c'est obligatoire* », « *je me vois mal conseiller quelqu'un qui n'est pas professionnel de santé* ».
- Le médecin M10 affirme qu'il adresse exclusivement à des praticiens qu'il connaît. Ce dernier dit en effet à ses patients : « *si on ne vous l'a pas conseillé, et moi si je ne le connais pas, [...] attendez, [...] je vais me renseigner* ». Il confie néanmoins : « *si par exemple je ne connais pas ce professionnel de santé, s'il ne m'a pas été conseillé, si je n'ai pas eu un bouche-à-oreille positif avec ce professionnel-là, j'avoue que la casquette de kinésithérapeute pourrait me rassurer entre guillemets.* »
- Les médecins M2 et M9 ne s'attardent pas sur le sujet mais valident cette idée.
- Pour le médecin M3, « *c'est un gage de qualité* », tout comme le médecin M6 pour qui « *c'est nettement mieux* ». Son discours atteste d'une certaine méfiance dans le cas contraire. Il revient de lui-même sur le sujet en confiant qu'il pense qu'un kiné est plus à même de faire un bilan bien défini avant une manipulation, permettant ainsi d'éviter les erreurs. Cela semble donc bel et bien le rassurer que son patient soit pris en charge par un professionnel de santé qui prendra moins de risque selon lui. C'est également le cas du médecin M7 qui « *pense que l'enseignement de la kinésithérapie en France a été très bien encadré, est très bien fait* » et qui estime donc que « *d'avoir des bases peut être plus médicales au départ sont, peut-être, pour [lui], les garanties de sécurité* ».
- Pour le médecin M8, la raison est double. Il y a une notion de qualification mais également une notion de complémentarité entre l'ostéopathie et la kinésithérapie. Lorsqu'il adresse un patient à un kiné-ostéopathe, il s'attend à ce que ce dernier apporte les deux approches au patient. Il explique : « *pour moi, l'ostéopathe, elle est là pour remettre les choses en place, mais après il faut travailler, en fait, ce qui tient, c'est-à-dire les ligaments, les muscles pour éviter que ça re-dégingole ou qu'on retombe dans les mêmes pathologies, les mêmes travers. Donc pour moi c'est tout à fait complémentaire. La kiné et l'ostéopathie, je ne vois pas ça comme deux écoles qui s'affrontent mais des écoles qui travaillent ensemble.* ». Le médecin M5 partage cet avis et trouverait cela pertinent qu'un même praticien propose les deux types de soins au patient.

8 médecins / 10 accordent de l'importance au statut de kinésithérapeute de l'ostéopathe. Pour le médecin M5, il est même indispensable d'adresser à un professionnel de santé.

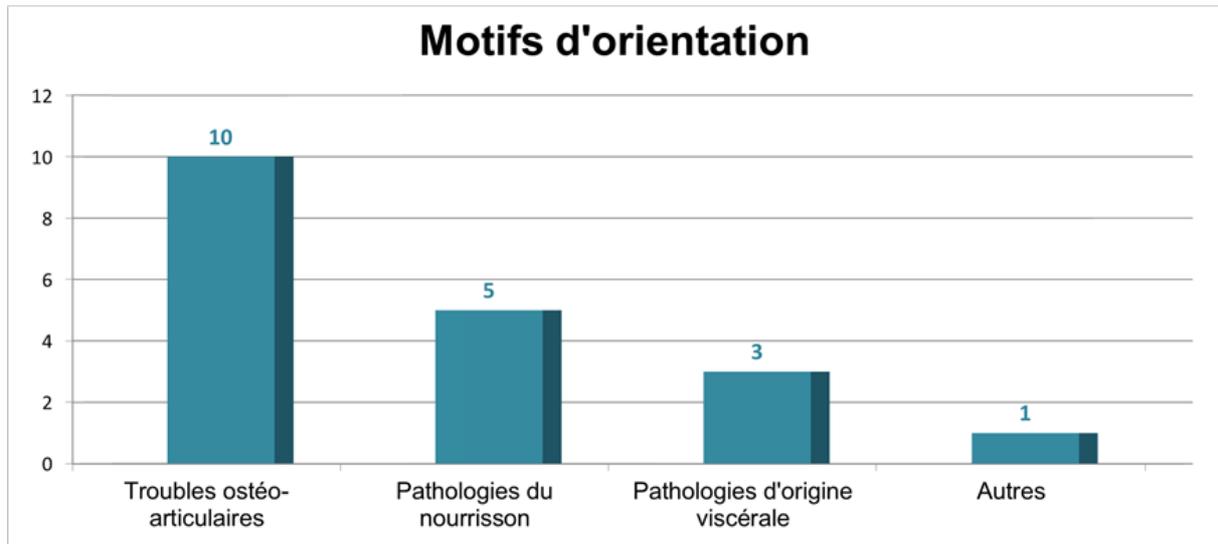
L'avis des médecins sur leurs confrères médecins-ostéopathes

Ma question initiale portait sur le statut de professionnel de santé des kiné-ostéopathe mais trois d'entre eux (M1, M3, M8) ont rebondi sur les médecins-ostéopathes. Ces derniers restent mitigés concernant leurs confrères médecins qui pratiquent également l'ostéopathie.

- Le médecin M8 estime que certains professionnels, sous prétexte qu'ils sont médecins « *sont allés faire trois stages le dimanche et [...] sont bombardés « ostéopathes » pour arrondir les fins de mois* ». Il précise : « *je ne veux pas décrier tout ça, mais voilà, il y a des fois on a besoin aussi d'avoir des références et des gens qui ont de la bouteille et qui ont une vraie connaissance de ce qu'ils font* ».
- Le médecin M3 semble partager cet avis, il confie : « *celui qui va faire que du cracking et systématique, sans avoir fait d'examen préalable. Ça j'ai des exemples, notamment chez les médecins ostéo. C'est compliqué [...] il n'y a probablement pas, dans ces cas-là, la technique qui est forcément adaptée* ». Leur discours est sans équivoque, le statut de professionnel de santé d'un médecin ne leur apporte pas de plus-value, au contraire.
- C'est également le cas du médecin M1 qui déclare : « *si je connais le kiné et que c'est un kiné orienté sport patient et qui fait ostéopathie pour les bonnes raisons comme toi, pas de souci, mais il y a certains médecins ostéopathes, dont je ne citerai pas le nom, chez qui je n'enverrai personne...* ». Contrairement à l'avis de M5 pour qui cela est un impératif, on remarque donc que pour lui, le fait d'être professionnel de santé, que ce soit kiné ou médecin, n'apporte pas plus de crédit. Finalement, il rejoint le médecin M4, ce n'est pas tant le statut de l'ostéopathe qui l'importe mais plutôt le fait de le connaître et de savoir comment il pratique.

D'après les médecins M1, M3 et M8 le statut de médecin ne leur confère aucunement plus de légitimité, au contraire.

4.2.6. Motifs d'orientation



Indications les plus fréquentes : pathologies d'origine ostéo-articulaires

Plus précisément, les pathologies du rachis sont évoquées par l'intégralité des médecins interrogés. Ces derniers en parlent chacun en des termes différents :

- « DIM (Dérangement Intervertébral Mineur) » (M1, M4),
- « Rachialgies » (M3, M8),
- « Lombalgies » (M10),
- « Torticolis » (M4, M8),
- « Coccyx luxés » (M9),
- « Pathologies dorsales » (M2),
- « Problèmes dorsaux » (M6),
- « Douleurs lombaires » (M9),
- « Faux mouvements » (M5),
- Les troubles ostéo-articulaires concernant « le rachis, le bassin » (M10).

Le médecin M2 précise : « Les pathologies dorsales, et quasi uniquement ça, parce que je n'ai pas assez de connaissances sur le reste ». Le médecin M7 parle des « conflits qui ne sont pas rhumatismaux avérés ».

Le médecin M6 précise qu'il n'envoie que pour des problèmes mécaniques dorsaux [sous-entendu rachis]. Il lui arrive d'ailleurs de manipuler les lombaires et les dorsales de ses patients. Ces techniques lui ont été enseignées par un médecin-ostéopathe lors de ses études de médecine du sport il y a 20 ans. Il ne touche par contre jamais aux cervicales, ni au reste du corps car il dit ne pas savoir faire.

Enfin, seul le médecin M1 emploie le terme de « troubles musculo-squelettiques ».

Indication fréquentes : pathologies du nourrisson

- « *Les plagiocéphalies* » (M4, M10),
- « *Les torticolis* » (M7, M10),
- « *Les régurgitations du nourrisson* » (M1, M8, M10).

Les médecins M7 et M10 évoquent tous les deux les accouchements traumatiques avec des nourrissons qui sont parfois « *un peu bloqués, [...] au niveau cervical, ou brachial* » (M7).

Autres indications : les pathologies d'origine viscérale

Citées par trois médecins (M4, M8, M10).

- « *Troubles fonctionnels digestifs* » (M8)
- « *Troubles viscéraux* » (M8)
- « *Dysfonction intestinale* » (M10)
- « *Troubles fonctionnels intestinaux* » (M10)
- « *Problèmes viscéraux sous-jacents* » (M4)
- « *Blocages de dos avec répercussions viscérales* » (M4)

Contexte des indications

- Les médecins M5, M7 et M8 préconisent l'ostéopathie préférentiellement dans l'aigu et plutôt chez le sujet jeune que chez le sujet âgé. Ils justifient cela par le contexte arthrosique des patients âgés et l'inefficacité, selon eux, de l'ostéopathie dans ce cas-là.
- Le médecin M4 énumère quant à lui une très grande variété de motifs : « *toutes les douleurs métamériques, des blocages de dos avec répercussions viscérales, douleurs intercostales, des vertiges, des tensions musculaires [...] sur les torticolis, du moins toutes les pathologies mécaniques pures [...] de temps en temps, je les envoie surtout pour faire un bilan, du moins sur des reprises sportives ou ce genre de choses [...] pour essayer de regarder s'ils sont normo-axés, s'il n'y a pas de petits blocages à droite à gauche qui font qu'il y a une petite douleur tendineuse qui traîne, les trochantérites, tout ce genre de choses où tu vas faire de la physio, tu vas aller chez le kiné pendant des plombes alors que tu remettrais un peu le bassin en place, tu lui collerais une paire de semelles, bah il aurait plus mal. Pour avoir aussi un petit avis autre, quand je commence à tourner en rond et qu'on a fait tout ce qu'il fallait [...] Aussi regarder un petit peu s'il n'y a pas de problèmes viscéraux sous-jacents. Et voilà, les bébés, [...] [untel] bosse beaucoup sur les plagiocéphalies et il est référent ostéo avec le centre qui fait les casques à Lyon. Et donc pour tous les petits blocages au niveau cervical pour aider avec le casque* ». => La richesse des motifs cités, ainsi que sa remarque concernant la demande d'avis, témoignent d'une collaboration régulière avec des ostéopathes.

Contre-indications

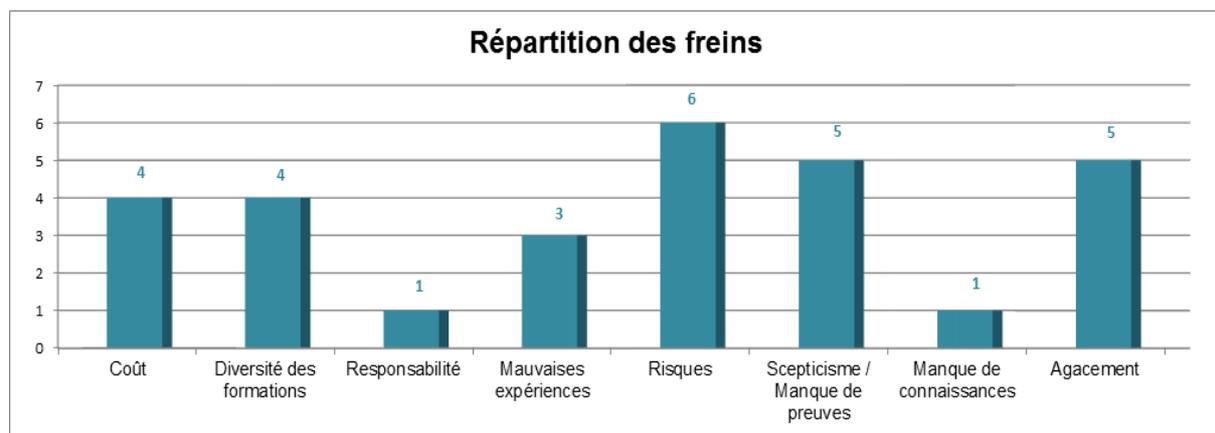
Certains médecins rebondissent sur les contre-indications. Nous en parlerons par la suite lorsque nous évoquerons les freins à l'orientation des patients en ostéopathie.

Autres facteurs

Outre les indications médicales, les médecins M2 et M3 citent les problèmes d'accès aux kinésithérapeutes, ainsi que l'épargne médicamenteuse. Le médecin M2 évoque également la nécessité de répondre à la demande des patients. Il constate que « *dans 90% des cas les patients vont chez l'ostéopathe sans nous préciser et très souvent même avant de nous consulter* » il ajoute être content d'avoir de l'aide, notamment dans le cas d'un simple lumbago ou selon lui, son action est limitée. Enfin, comme nous l'avons abordé plus haut, le médecin M4, apprécie également d'avoir l'avis d'un autre professionnel lorsqu'il n'a lui-même pas trouvé de solution pour soulager son patient et pense avoir fait le tour de la question d'un point de vue médical.

6 médecins / 10 se cantonnent aux troubles d'ordre ostéo-articulaires.
A l'inverse, la grande diversité des motifs cités par les médecins M4, M8 et M10
témoigne de leur collaboration régulière avec des ostéopathes.

4.2.7. Freins à l'orientation en ostéopathie



Coût

4 médecins / 10 (M2, M3, M4, M5) déclarent que le coût de la séance d'ostéopathie peut représenter un frein.

- Le médecin M2 précise qu'il exerce dans une ZUP « *où les moyens financiers ne sont pas spécialement très très élevés pour la majorité de la population* ». Cela est donc spécifique à sa patientèle. Ce dernier est toutefois le seul à le mentionner alors que les médecins M7 et M9 exercent dans le même cabinet que lui. Il ajoute cependant qu'il a appris, il y a peu de temps, que certaines mutuelles remboursent les soins d'ostéopathie. Il conseille donc à ses patients de se renseigner auprès de leur mutuelle s'ils envisagent d'avoir recours à ce type de soins.
- Le médecin M4, quant à lui, pense que cela représente un frein mais plutôt du point de vue de ses patients. Il déplore le fait que ces derniers soient prêts à s'acheter des cigarettes, à partir en vacances, à changer de télévision mais pas à payer 50 euros

pour une séance d'ostéopathie qui sera potentiellement remboursée par la mutuelle. Ce n'est donc pas un réel frein pour lui, mais en pratique, cela en devient un.

Diversité des formations

4 médecins / 10 (M5, M6, M8, M10) évoquent la diversité des formations en ostéopathie et implicitement, la qualité de ces dernières.

- Selon le médecin M6 : *« un vrai frein, ce serait quelqu'un qui n'a pas la compétence, c'est tout. Maintenant, moi je ne suis pas juge. Le seul souci, c'est qu'il y a encore quelques années, n'importe qui pouvait s'installer comme ostéo. Donc ça a émis un petit peu le discrédit »*.
- Le médecin M5 partage cet avis, d'après lui *« tout le monde peut devenir ostéopathe »*, il confie que *« ça [le] gêne un peu »*. Nous l'avons déjà évoqué plus haut mais le statut de professionnel de santé est un impératif selon lui. Cela permet de valider qu'il y a eu au préalable une formation médicale ou paramédicale reconnue, de qualité.
- Le médecin M8, quant à lui, comme nous l'avons vu plus haut, dénonce la rapidité et le manque d'approfondissement des formations dispensées aux médecins qui obtiennent un diplôme d'ostéopathie.
- Enfin, selon le médecin M10, le principal frein est le côté praticien-dépendant, comme dans toute profession. Il pense, tout comme ses confrères (M5, M6, M10), *« qu'il y a aussi potentiellement des écoles qui sont peut-être plus ou moins bonnes, ou en tout cas qui vont être plus vigilantes à la formation que d'autres »*, mais également *« des personnes qui vont s'investir dans leur formation, qui vont aller potentiellement un peu plus loin et puis d'autres un peu moins »*. C'est ce côté *« disparate d'un professionnel à l'autre »* qui fait qu'il aura toujours un frein s'il ne connaît pas le praticien et donc qu'il aura du mal à adresser.

Responsabilité

Seul le médecin M3 cite l'engagement de sa responsabilité comme frein. Il explique d'ailleurs qu'une lettre de mise en garde leur a été adressée par l'Ordre des médecins. Il précise : *« le fait de faire une recommandation, d'aller voir un ostéopathe, laisse supposer qu'on a une responsabilité dans l'acte aussi, puisqu'on a adressé, même oralement, on est co-responsable en cas de problème. Donc c'est pour ça que j'adresse à des gens que je connais uniquement. »*. Cette crainte vient également du fait qu'il a connu des *« expériences malheureuses »*, détaillées dans les paragraphes suivants.

Mauvaises expériences

3 médecins / 10 (M3, M5, M8) déclarent avoir été témoins d'accidents suite à des séances d'ostéopathie.

- Le médecin M3 rapporte trois cas : *« une exclusion de hernie sur un rachis »*, *« une hernie lombaire »* et une paralysie transitoire du plexus brachial chez un enfant suite à une manipulation cervicale.
- Le médecin M8 décrit le cas d'une patiente de 36 ans, lorsqu'il était interne, qui en était à sa dixième séance d'ostéopathie pour cervicalgie et qui s'était présentée aux urgences *« complètement bloquée, en pleurant, hyperalgique »*. Son médecin n'avait

passé ni radio, ni scanner. Elle avait en réalité une métastase d'un cancer au niveau de la troisième cervicale. Résultat selon lui, « *il faut de toute façon toujours être un peu méfiant* ».

- Enfin, le médecin M5 évoque « *une ostéopathie cervicale qui s'est terminée avec une névralgie cervico-brachiale qui a duré plus de 6 à 9 mois [...] pour un ostéopathe [...] qui est un ancien kiné* ». Il assure cependant : « *Je ne suis pas là pour dénigrer. Je pense que ça peut arriver à tout le monde, même aux médecins, de faire des conneries.* ». Mais on ressent une certaine méfiance dans son discours.

Risques

6 médecins / 10 (M3, M5, M6, M7, M8, M9) se confient concernant leurs craintes et donc les risques pour leurs patients.

- Le médecin M8 pense qu'il faut être prudent en cas de hernies ou d'autres choses plus inhabituelles, comme le cas de la métastase de la patiente reçue aux urgences. Il préconise un examen radiologique avant une séance d'ostéopathie. Il cite également le cas des « *gens très âgés, quand ils sont bourrés d'arthrose* » pour qui il se méfie. Selon lui, il y a un risque de bouleverser leur « *équilibre rachidien qui est déjà constitué depuis longtemps* » et d'occasionner plus de douleurs. C'est pourquoi, tout comme le médecin M7, il est plus favorable à l'ostéopathie chez le sujet jeune que chez le sujet âgé.
- Pour le médecin M6 c'est le type de techniques utilisées, et notamment le « *lombadol* » où « *on va mettre les gens en rotation extrême jusqu'à ce que l'on entende le petit clac* », qui peut être dangereux. C'est également ce qui effraie parfois le médecin M7 avec le risque d'aller dépasser la barrière physiologique.
- Pour les médecins M6 et M9, c'est plutôt le risque de ne pas avoir évalué l'état clinique du patient et les risques par un bilan méticuleux. Le médecin M6 précise : « *ce n'est pas le fait de faire craquer qui me pose problème, c'est le fait d'aller manipuler une articulation sans avoir fait un bilan initial et sans avoir pris vraiment la mesure de la dangerosité potentielle* ». Le médecin M9 pense que c'est au médecin de voir le patient en première intention, et que seulement une fois qu'il a exclu le « *risque d'aggraver la situation en manipulant* », l'ostéopathe peut intervenir en deuxième intention, une fois passé « *l'accès critique* ».

Scepticisme quant à l'efficacité de l'ostéopathie - Manque de preuves

5 médecins / 10 (M3, M4, M5, M7, M8) restent perplexes quant à l'efficacité de l'ostéopathie dans certains cas.

- **L'arthrose** : les médecins M5, M7, M8 ne sont pas convaincus par l'efficacité de l'ostéopathie en cas d'arthrose.
- **Les troubles chroniques** : le médecin M5 estime que l'efficacité de l'ostéopathie est très limitée sur les troubles chroniques.
- **Les migraines** : le médecin M3 reste dubitatif quant à une éventuelle action ostéopathique dans le soulagement des migraines.
- **La pédiatrie** : Deux médecins (M4, M8) citent l'ostéopathie du nourrisson. Le médecin M4 se dit sceptique concernant les parents qui emmènent leur bébé chez l'ostéopathe en cas de régurgitation ou de coliques. Le médecin M8, qui pense au contraire que l'ostéopathie peut apporter « *un vrai bien être au nourrisson* » en cas

de régurgitations, est toutefois beaucoup plus sceptique dans les cas de plagiocéphalies. Il dit ne jamais avoir été « bluffé » et pense que, sauf en cas de craniosténose, le crâne d'un nourrisson doit se mettre en place normalement.

- **Manque de preuves scientifiques** : Le médecin M7, qui se décrit comme terre à terre, dénonce le manque de preuves scientifiques en ostéopathie. Il précise : « *nous en médecine, on nous demande des preuves chaque fois [...] On va nous demander les biblios* ». C'est pour cette raison qu'il se dit un peu réticent. Ce dernier évoque également les mises en garde des rhumatologues hospitaliers qui affirment qu'il ne faut pas « *toucher* » aux cervicales ou encore les pédiatres du collectif « *No Fakemed* » [3] - cités en introduction - qu'il a entendus à la radio et qui sont opposés à l'ostéopathie pédiatrique. L'avis de ce collectif semble d'ailleurs avoir eu une influence directe sur sa pratique puisqu'il explique avoir longtemps adressé des enfants à une ostéopathe de son secteur mais que ce n'est plus le cas à ce jour.

Manque de connaissances personnelles

Le médecin M2 estime simplement ne pas avoir les connaissances pour savoir quand orienter ses patients chez un ostéopathe. Il avoue ne pas savoir où placer l'ostéopathie dans sa « palette » de paramédicaux. Il confie qu'il « *ne sait d'ailleurs même pas si [nous avons] le statut de paramédicaux en tant qu'ostéopathe* »

Agacement

Les dérives, abus de langage, le « charlatanisme », agacent les médecins et sont un frein direct à l'orientation :

◇ Charlatanisme

Deux médecins (M1, M5) dénoncent certaines pratiques comme relevant du « charlatanisme ».

- Le médecin M1 s'exclame « *dès qu'on passe sur la physiologie en tant que telle et qu'il y a un ostéo qui va parler de thyroïde, hyperthyroïdie, hypothyroïdie juste sur une posture, là pour moi c'est du charlatanisme* ».
- Le médecin M5 ne détaille pas mais se rappelle d'un « *charlatan qui a fait une école sur Genève* » et qui avait des techniques douteuses. Il emploie d'ailleurs à deux reprises au cours de l'entretien l'expression « *poudre à 60 € le sachet* » au sujet des séances d'ostéopathie. Selon lui, « *toute la difficulté c'est de faire la différence entre le professionnel de santé, l'ostéopathe, et le rebouteux* ».

Le médecin M3 quant à lui, n'emploie pas le terme de charlatan, mais le suggère fortement. Il évoque une séance à laquelle il avait assisté durant son internat à la Salpêtrière. L'ostéopathe-médecin avait tenté de lui faire ressentir le magnétisme du patient en lui proposant de mettre sa main au-dessus de la tête du patient. Il se rappelle avoir répondu, de manière déconcertée : « *non, je ne sens rien là, tu m'excuseras* ». Ce dernier n'a absolument pas compris ce que faisait le médecin-ostéopathe.

◇ Champs de compétence / discours de l'ostéopathe

Quatre médecins (M1, M3, M5, M8) se disent gênés lorsque les ostéopathes prétendent traiter des organes.

- Le médecin M3 évoque ses réticences face à ce genre de discours : « *si un ostéo me dit « j'ai manipulé la rate et le foie », [...] ça ne me parle pas, parce qu'on ne m'a pas appris comme ça* ». Ce dernier n'adresse donc pas pour ce type de « *techniques qui ne sont pas validées* ».
- C'est également le cas du médecin M5 qui se dit : « *très gêné par certaines pratiques, notamment quand ça commence à partir sur [...] le ventre* ».
- Le médecin M8 évoque plutôt une incompréhension et des demandes d'examen injustifiés. Ce dernier confie : « *des fois je suis un peu surpris parce que j'ai des gens qui viennent en me disant : "mon ostéopathe m'a dit que j'avais une maladie du foie", alors ça c'est le grand truc [...] ou "j'ai une maladie, faut regarder, il faut faire une prise de sang"* [Alors que la prise de sang ne révèle aucun problème hépatique], *Donc je ne comprends pas toujours sur l'ostéopathie viscérale quand les ostéopathes disent "allez voir votre médecin, vous avez une maladie du foie"* ».
- Le médecin M1 semble beaucoup plus remonté face au discours de certains ostéopathes qu'il qualifie de charlatans, comme évoqué plus haut. Il dénonce : « *tout ce qui est extra scientifique chez certains ostéos [...] qui vont mettre en doute le fonctionnement hépatique, qui vont être à l'origine de fausses croyances* ». Ce type de discours l'exaspère.

◇ Dérives

Trois médecins (M4, M5, M8), quant à eux, dénoncent des formes de dérives.

- Les médecins M4 et M5 reprochent à certains ostéopathes la multiplication des séances chez les nourrissons (M4) ou encore le fait de faire revenir les patients tous les mois (M5).
- Le médecin M4 dénonce, d'autre part, les pratiques douteuses d'un ostéopathe du secteur qui « *doit avoir des adéquations et des affinités avec certains labos...* », avec qui il explique, par conséquent, ne pas pouvoir collaborer car « *ça ne colle pas du tout avec [sa] définition de l'ostéo...* ».
- Ce dernier (M4) accuse par ailleurs certains kiné-ostéopathes de pratiquer des séances d'ostéopathie en cotant illégalement plusieurs séances de kinésithérapie à la place, avec des soins qui sont finalement pris en charge par la sécurité sociale alors qu'ils ne le devraient pas.

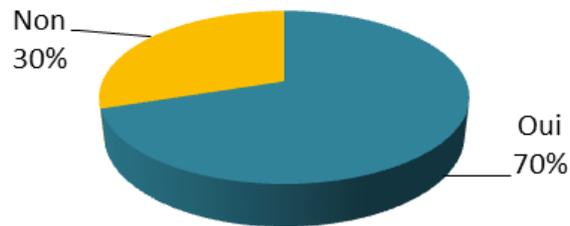
Les freins à l'adressage ostéopathique sont extrêmement nombreux.

Dans l'ordre de récurrence : les risques médicaux suite/liés à la manipulation, le scepticisme quant à l'efficacité de l'ostéopathie, l'agacement (lié aux dérives, abus de langage, « charlatanisme »), les mauvaises expériences, le coût des séances, la diversité / qualité des formations, le manque de connaissances et l'engagement de leur responsabilité.

L'ensemble de ces freins témoignent d'une effective réticence de la part des médecins.

4.2.8. Rencontres/échanges avec des ostéopathes au sujet de leurs pratiques

Rencontres / Échanges avec des ostéopathes



7 médecins / 10 (M1, M2, M3, M4, M5, M8, M10) déclarent avoir déjà échangé avec des ostéopathes. En pratique, cela leur arrive ou leur est arrivé plus ou moins fréquemment.

Régulièrement :

- Les médecins M1 et M4, ont pu échanger régulièrement dans le cadre de leur pratique de médecine du sport au sein d'un staff médical. Ces derniers, ainsi que les médecins M3 et M10, ont également pu échanger avec les ostéopathes qu'ils consultent régulièrement à titre personnel.
- Le médecin M4 affirme : « *c'est vachement important de savoir avec qui tu travailles parce que tu peux échanger* ». Il estime que lorsqu'il travaille avec des personnes qu'il ne connaît pas, il y a une perte de temps pour le patient, puisqu'il faut attendre que le patient revienne en consultation pour avoir un retour. De plus, selon lui « *quand tu bosses avec les personnes que tu connais, le patient, il se sait un peu fliqué* ». Ce dernier, selon M4, est donc obligé de se prendre en main et de devenir acteur de sa santé, car il sait que cela lui retombera dessus et lui sera reproché le cas échéant.
- Le médecin M8 collabore régulièrement avec deux ostéopathes, mais uniquement par téléphone et non par des rencontres physiques malgré la proximité géographique.

Occasionnellement :

- Le médecin M5 a eu l'occasion d'échanger deux ou trois fois avec un médecin du sport - ostéopathe qu'il connaît bien, qui a selon lui « *des méthodes probablement plutôt anciennes* ».
- Le médecin M2 évoque une seule ostéopathe avec qui il a pu discuter mais qui « *n'était pas très représentative des ostéopathes* » selon lui. Cette dernière employait des termes comme « *remettre les choses en place* », or il confie que cela fait partie des discours qu'il n'apprécie pas spécialement.

Absence d'échanges :

- Le médecin M6 estime que « *il n'y a pas vraiment d'échange* ». La seule rencontre dont il se rappelle, c'était il y a 20 ans, un kiné qui changeait de statut pour ne faire que de l'ostéopathie était venu se présenter, mais cela a été la seule fois. Il ajoute que c'est quelque chose qui l'intéresserait, tout comme nous le faisons en kinésithérapie : « *en travaillant de concert c'est quand même mieux pour le patient* ».

- Les médecins M7 et M9 rapportent ne pas avoir eu d'échanges avec des ostéopathes. Pour rappel, le médecin M9 n'est installé que depuis peu et n'a donc tout simplement peut-être pas eu l'occasion de le faire.
- Quant au médecin M7, il déplore ce manque de communication car selon lui, « *c'est le truc le plus important* ». Il précise que « *avant, les médecins, à chaque fois qu'il y a un « spé » ou un collègue qui venait s'installer, il venait dire bonjour. Ça s'est perdu avec le temps, mais c'est dommage* ». Ce dernier serait donc partisan de plus d'échanges.

**Les médecins qui ont recours personnellement à l'ostéopathie sont ceux qui échangent le plus avec des ostéopathes.
Les autres médecins ont plus de notions sur la manière dont pratiquent les ostéopathes par les retours que peuvent leur faire les patients que par des échanges directs entre professionnels.**

4.2.9. Opinion concernant l'ostéopathie

J'ai ensuite interrogé les médecins au sujet de leur opinion concernant l'ostéopathie, en leur demandant de noter leur satisfaction entre 0 et 10. Tous n'ont finalement pas donné une note, mais globalement, malgré les nombreux freins à l'orientation énoncés plus haut, la majorité des praticiens semblent satisfaits.

5 médecins /10 (M1, M3, M8, M6, M10) semblent avoir une très bonne opinion au sujet de l'ostéopathie :

- Pour les médecins M6 et M1, qui attribuent respectivement les notes de 8/10 et 10/10, cela fait partie de leur arsenal thérapeutique.
- Le médecin M6 ne peut que valider, puisqu'il déclare utiliser lui-même des techniques d'ostéopathie.
- Pour le médecin M3, c'est une « *approche complémentaire* ». Ce dernier attribue la note de 9/10 puisque, selon lui : « *même si on peut parfois s'en passer* », c'est comme si je lui demandais « *si la médecine était utile* ».
- Le médecin M8 précise que s'il envoie ses patients chez des ostéopathes c'est qu'il a une bonne opinion et qu'il est en confiance.
- Le médecin M10 qui oriente assez facilement ses patients également, estime avoir une opinion plutôt bonne avec une note de 8/10.

Néanmoins, ce dernier (M10), ainsi que trois autres médecins (M3, M4, M8), s'accordent à dire que leur opinion est « *praticien dépendante* » :

- M4 : lui demander son opinion sur l'ostéopathie revient à lui demander son opinion sur la chirurgie orthopédique. Il déclare : « *Je vais te parler de chirurgiens où c'est des catastrophes, qui m'ont [raté] des patients au niveau des prothèses... et d'autres chirurgiens où c'est fantastique, ce qu'ils ont réussi à faire... Donc ce n'est pas la profession en tant que telle, c'est une relation professionnelle* ». Son discours concernant les dérives de certains ostéopathes allait dans ce sens également.

- M3 : partage cet avis, il précise : « *“en général” l’ostéopathie, j’y crois, mais l’ostéopathie faite par n’importe qui, non* ». C’est donc essentiellement une question de personne.
- M8 : cite ses confrères médecins ostéopathes « *qui font n’importe quoi* ».

Pour ce dernier comme pour les autres, notamment les médecins M1 et M3 qui citent eux aussi le cas particulier de certains de leurs confrères médecins, ce n’est pas l’ostéopathie en général qu’il faut juger mais bien les ostéopathes individuellement.

L’avis des autres médecins :

- M2/M9 : jeunes médecins, avouent avoir peu de connaissances sur l’ostéopathie. Ils ont une opinion plutôt neutre. Ils attribuent respectivement 5+/10 et >5 /10. Ils apprécient particulièrement le respect du domaine de compétence de la part des ostéopathes et la réorientation. Ils expliquent tous les deux avoir vu leurs patients revenir en consultation parce que leur ostéopathe avait jugé nécessaire qu’ils aient un avis médical avant d’être manipulés.
- M2 : se base finalement surtout sur les retours patients pour se faire son opinion. En effet, il demande régulièrement à ces derniers leur degré de satisfaction.
- M7 : se contente de répondre qu’il n’a « *pas de mauvaise opinion* », ni « *d’avis négatif sur la question* ».
- M5 : avis nuancé puisqu’il détaille : « *dans tout ce qui est chronique, je vais te dire plutôt 2 ou 3 / 10. Par contre un jeune qu’on n’arrive pas à soulager, qui a fait un faux mouvement [...]. Je vais lui dire « vas voir une manœuvre d’ostéopathie », ce sera peut-être plutôt 7 ou 8.* » C’est donc le type de patient à qui s’adresse l’ostéopathie qui importe. De plus, il s’agace lorsqu’il entend des discours tels que : « *j’ai vu l’ostéo, il m’a remis le bassin en place* », « *je vous ai remis les vertèbres en place* » ou encore « *je vous ai remis les intestins en place* ». Ce type de retours contribue à une opinion négative de sa part.

Ce dernier exprime également des sentiments contradictoires. En effet, il avoue qu’il était « *très très réticent à conseiller l’ostéopathie pour les cervicales* » car il avait une appréhension personnelle quant à une manipulation de SES cervicales, jusqu’au jour où je l’ai manipulé. Il confie : « *j’étais conscient de ce que tu faisais, donc je voyais jusqu’où tu allais* ». La séance s’était en effet très bien déroulée. Malgré cette expérience rassurante, il continue d’affirmer : « *Je ne suis pas contre l’ostéopathie. Je suis plutôt contre celle qui fait craquer.* ».

Malgré les nombreux freins évoqués plus haut, la majorité des médecins semblent avoir une bonne, voire une très bonne opinion. Néanmoins 4 médecins / 10 précisent que cela est « praticien-dépendant ».

4.2.10. Idées reçues/croyances

Certains médecins sont agacés par le discours des ostéopathes qui s'apparentent parfois à du charlatanisme selon eux.

Néanmoins, 4 des 10 médecins (M4, M5, M8, M10) emploient eux même des termes qui relèvent d'abus de langage tels que « *remettre en place* » ou encore plus étonnant avec « *la troisième vertèbre qui se balade* » (M8).

Les médecins M4, M8 et M10 font pourtant partie de ceux qui semblent collaborer et échanger régulièrement avec des ostéopathes. Cela témoigne d'une vision positionnelle erronée de la manipulation. Cette dernière est-elle véhiculée pas les ostéopathes avec qui ils travaillent ou une simple retranscription des patients ?

Le médecin M5, qui s'insurge d'entendre parler de « *bassin vrillé* », de se faire « *remettre* » le bassin ou les vertèbres « *en place* », a lui-même, malgré tout, une vision orthopédique de la manipulation. Il déclare : « *si tu fais craquer une articulation [...], si tu remets, c'est quelques microns [...], ce n'est pas des millimètres* ». Ce dernier est choqué par l'emploi de ces termes mais ne semble, pour autant, pas comprendre comment cela fonctionne. Cette vision erronée confirme l'intérêt d'expliquer à chacun des médecins la manipulation telle qu'elle est enseignée au sein de l'IFSO Rennes.

Ensuite, 2 médecins / 10 (M5 et M7) pensent que l'ostéopathie ne peut pas apporter de soulagement dans l'arthrose. Comme nous l'avons détaillé plus haut, le médecin M7 se base sur son unique expérience personnelle pour l'affirmer et le médecin M5 pense que c'est plutôt le rôle de la kinésithérapie.

Enfin, le médecin M5 évoque le cas d'une patiente en commun et prétend : « *Mme R, je sais que tu ne la fais pas craquer. Par contre tu fais des étirements [...]. Je ne pense pas que tu lui fasses de la thérapie manuelle [ostéopathie]* ». Ce dernier pense - à tort - sous prétexte que la patiente est âgée et qu'elle présente de l'arthrose, que :

- Je ne la manipule pas
- Je ne lui fais pas d'ostéopathie ou de thérapie manuelle

Je suppose qu'il résume justement ces pratiques à « *faire craquer* » et ne s'imagine pas toutes les actions tissulaires que nous pouvons avoir sans pour autant chercher un « *crac* ».

En résumé, 4 médecins / 10, qui plus est ceux qui semblent collaborer le plus souvent avec des ostéopathes, véhiculent des termes qui relèvent d'abus de langage avec cette notion de « *remettre en place* ».

4.2.11. Différences de vision avant/après entretien

5 médecins / 10 (M1, M3, M4, M8, M10) estiment que les informations apportées concernant l'ostéopathie structurale correspondent à la vision qu'ils avaient avant de me rencontrer. En effet, la prise en charge ostéopathique fait partie de leur quotidien.

- M1 : vision identique puisqu'il exerce en staff médical dans le sport avec des prises en charge en ostéopathie, suivies d'un entretien par la fonction en kinésithérapie.
- M4 et M8 : l'ostéopathie fait également partie de leur arsenal thérapeutique. Le médecin M8 indique : « *c'est déjà un peu comme ça qu'on fonctionne* ». Le médecin M4, avec qui j'exerce dans le même cabinet ajoute : « *tu voyais déjà bien comment on le faisait au niveau kiné [...] c'était complémentaire. Moi je n'ai pas de souci particulier de faire exactement la même chose avec l'ostéo* ».

Néanmoins, sur les cinq médecins précités (M1, M3, M4, M8, M10), qui pensent avoir une vision cohérente avec ce que je leur expose, trois d'entre eux (M4, M8, M10) emploient des termes tels que « *remettre en place* » comme nous l'avons mis en évidence plus haut.

Deux médecins (M5, M6) estiment qu'ils avaient une vision un peu différente. Le médecin M5 explique : « *Je sais que tu as une prise en charge ostéopathique qui est certainement différente de celle dont j'ai entendu parler et dont j'avais discuté avec [Nom Prénom] ou [...] des gens qui ne sont pas forcément de la même génération. Donc je pense que l'ostéopathie évolue aussi* ».

Pour le médecin M6, c'est le type de manipulation qui semble l'interpeler. Selon lui, la manière dont je lui décris notre action lui évoque des techniques plus douces, qui ne vont pas « *mettre en souffrance les articulations* » (M6).

Le médecin M7, quant à lui, comprend tout à fait notre approche musculo-squelettique. En revanche, il déclare : « *Cette approche sur les pathologies fonctionnelles, digestives, gynéco, effectivement [...], pour moi, c'est un peu abstrait. [Rires]* ». Ce dernier justifie ce sentiment par l'étymologie du mot « ostéo » qui lui évoque tout ce qui est musculaire et osseux et non les tissus mous.

Enfin, les médecins M2 et M9, avaient initialement peu de connaissances, il est donc difficile d'évaluer la cohérence avec leur vision initiale. Néanmoins, les deux s'accordent à dire que notre rencontre leur a apporté de nouvelles informations. Le médecin M2 rapporte : « *ça approfondit mes connaissances et je comprends un peu mieux les choses, comment ça se passe* ».

Enfin, en excluant les médecins qui conservent l'idée reçue de « remettre en place », seuls deux médecins avaient une vision initiale cohérente avec les informations qui leur ont été apportées par ces rencontres.

4.2.12. Plus-value apportée par ces entretiens

Les entretiens ont permis plusieurs améliorations :

- Apporter de l'information

Les médecins M2 et M9, qui exercent depuis peu, n'avaient que très peu de connaissances quant à l'ostéopathie. Les entretiens ont permis un apport de nouvelles informations à ce sujet.

Le médecin M2 me confie : « *je me suis dit : "c'est bien, parce qu'en fait je ne connais pas grand-chose" [...], ça me permet de donner des informations aussi aux patients* ». Ce dernier explique qu'il ne savait pas répondre aux sollicitations de ses patients concernant l'utilité d'une séance d'ostéopathie et poursuit : « *mais là je pourrais [leur] dire, "écoutez, ils peuvent travailler comme ça. On peut essayer de travailler ci ou ils peuvent être utiles là-dedans et derrière, s'il est kiné en même temps, il peut vous prendre pour faire la suite de la prise en charge". Ce n'est pas inintéressant.* » Il ajoute qu'il pensera peut-être plus souvent à proposer l'ostéopathie à ses patients.

Le médecin M9 trouve cet entretien intéressant car il avait une connaissance approximative du métier d'ostéopathe. Il n'a jamais consulté ni vu un ostéopathe pratiquer, aussi l'échange lui a permis d'approfondir ses connaissances.

- Déconstruire des croyances

Ensuite, l'introduction de la notion de manipulation à visée réflexe a permis d'apporter une autre vision aux médecins qui font appel régulièrement à des ostéopathes mais utilisent des termes tels que « *remettre en place* », suggérant une vision orthopédique, positionnelle, de la manipulation. Le médecin M10 trouve d'ailleurs que « *c'est un peu plus clair* » après ces explications. Cette notion est importante à mes yeux car elle est gage de sécurité et a par ailleurs été décrite à tous les autres médecins.

- Apporter des précisions

Pour le médecin M4, notre rencontre a permis de répondre à son inquiétude concernant le partage du secret médical. Ce dernier n'avait pas notion que les ostéopathes pouvaient avoir des statuts différents, à savoir professionnels de santé ou non. Le statut a effectivement une incidence concernant le partage direct d'informations, sans avoir à passer par le patient.

Pour certains, les entretiens ont permis d'évoquer d'autres indications que les troubles ostéo-articulaires, cités par l'intégralité des médecins. Le médecin M7, qui semblait quelque peu dubitatif concernant notre action sur les troubles fonctionnels digestifs ou encore gynécologiques, a semblé convaincu par mes explications.

J'ai également précisé notre action sur les plagiocéphalies du nourrisson aux médecins M6 et M8. Le premier était curieux et le second dubitatif concernant cette indication. Je leur ai rappelé que les ostéopathes ont la capacité de détecter une craniosténose, qui est une pathologie organique et non un trouble fonctionnel, et n'est donc pas de leur ressort. Cette précision m'a parue nécessaire car le médecin M8, qui emploie le terme inadéquat de « *plagio-cranie* », ne semblait pas faire la distinction entre plagiocéphalie et craniosténose.

- Rassurer

Le médecin M8 a pu être rassuré quant à l'absence de multiplications des séances et la capacité de réorientation du patient en cas de doute sur son état de santé ou d'échec thérapeutique afin de limiter le risque de perte de chance.

J'ai également rassuré les médecins sur le fait que l'on ne travaille pas sur des organes en ostéopathie, mais sur un traitement du tissu conjonctif dans son ensemble afin d'améliorer la fonction.

- Répondre aux interrogations

Pour le médecin M9, qui s'est montré le plus curieux, la rencontre a permis de répondre à ses interrogations concernant la prise en charge des bébés ou en cas de hernies discales et de troubles fonctionnels intestinaux par exemple.

Cela a été le cas également pour le médecin M6 qui s'interrogeait concernant la prise en charge des bébés en ostéopathie.

- Mettre un visage sur un nom

Pour le médecin M7, notre rencontre a permis de mettre un visage sur un nom, ce qui est le plus important pour lui. Comme il l'explique, les rencontres se sont perdues avec les années et il trouve cela dommage. Une entrevue semble être un prérequis nécessaire pour accorder sa confiance, à l'inverse du médecin M2, qui se base quant à lui essentiellement sur les retours de ses patients.

- Présenter les spécificités de notre pratique

Le médecin M3 partage cet avis et fait le parallèle avec un psychologue : un praticien qui vient se présenter va pouvoir préciser le type de techniques et thérapies qu'il utilise. Il me précise d'ailleurs : « *dans ton travail, je pense qu'il faut bien préciser, pas « l'ostéo » [en général], c'est vraiment [...] ta discipline à toi, « l'ostéo structurelle ».* » Selon lui, il est intéressant de connaître les spécificités, « *le parcours de chacun* » et cet entretien a permis de lui exposer ma pratique, tout comme je l'ai fait auprès des autres médecins.

La rencontre avec ces médecins est porteuse de valeur ajoutée car elle a permis d'informer quant à ma pratique, de rassurer, déconstruire des croyances et surtout, me faire connaître.

4.3. Synthèse

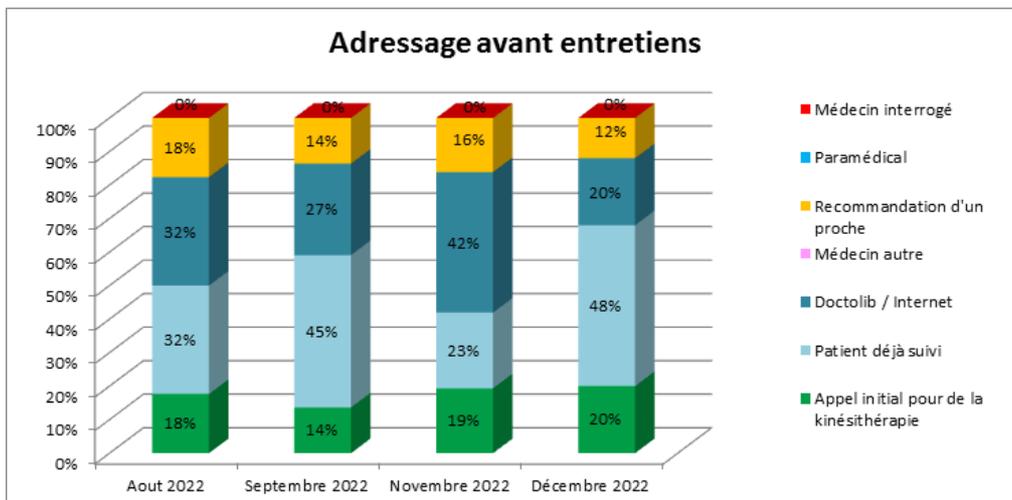
Cette analyse transversale a permis de faire ressortir les tendances suivantes :

<p>Les médecins formés à la médecine du sport orientent plus souvent en ostéopathie</p>	<p>Les médecins qui consultent des ostéopathes à titre personnel adressent plus et pour une plus grande variété de motifs. Ils échangent également davantage avec eux et ont plus de connaissances</p>	<p>Les médecins qui ont le moins de connaissances sont les jeunes médecins. Ils semblent plus intéressés et plus curieux</p>
<p>Les médecins les plus réfractaires sont les médecins les plus âgés avec le plus d'années de pratique</p>	<p>L'importance de connaître le praticien Les médecins qui orientent le font exclusivement vers un ostéopathe qu'ils connaissent</p>	<p>Le statut de kiné-ostéopathe est plus rassurant pour les médecins, que celui de médecin-ostéopathe</p>
<p>Une vision altérée Certains médecins utilisent des termes inexacts concernant la manipulation</p>	<p>Des connaissances vagues Certains médecins estiment connaître l'ostéopathie mais citent peu de motifs d'orientation</p>	<p>Les principaux freins Les risques médicaux, le scepticisme quant à l'efficacité, les dérives de certains praticiens et la diversité des formations</p>
<p>Les médecins tirent leurs connaissances de leur expérience et des retour-patients plutôt que de leur formation</p>	<p>Les motifs d'orientation les plus fréquents sont les troubles ostéo-articulaires, suivis par les pathologies du nourrisson et les troubles fonctionnels digestifs</p>	<p>Les médecins ont une opinion praticien dépendante concernant l'ostéopathie</p>

4.4. Résultats d'adressage pré et post entretien

Afin d'évaluer l'intérêt de ces entretiens, j'ai réalisé une analyse quantitative par suivi de l'adressage au cabinet avant et après entretien.

4.4.1. Adressage avant entretiens individuels

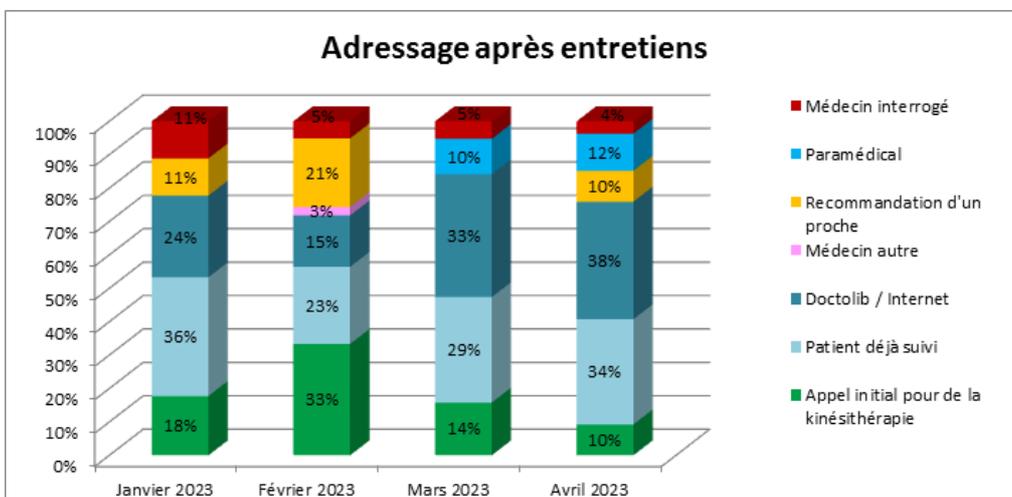


Il y a en moyenne un tiers des patients qui sont des patients déjà suivis au cabinet en kinésithérapie ou en thérapie manuelle (TM).

Le « recrutement » des nouveaux patients se fait par ordre de fréquence : par Doctolib/internet, lors d'appels initiaux pour de la kinésithérapie et par les recommandations.

Aucun patient n'est adressé par des médecins ou des paramédicaux avant les entretiens.

4.4.2. Adressage après entretiens individuels



Après les entretiens, je constate :

- Un adressage immédiat par des médecins interrogés dans les jours qui suivent les entretiens.
- Un adressage par un médecin ne faisant pas partie des interviewés mais à qui j'ai expliqué brièvement ma pratique en le croisant lors d'une visite en EHPAD.
- Un adressage par des paramédicaux (essentiellement un podologue, rencontré avant l'entretien avec le médecin M8, avec qui j'ai pu échanger au sujet de ma pratique).
- Une augmentation importante de la proportion « appel initial pour de la kiné » en février, qui s'explique par le fait d'avoir expliqué ma pratique lors de ses appels, prise dans l'élan de ce TER, chose que je ne faisais pas auparavant.

4.4.3. Analyse de l'évolution de l'adressage

La réalisation des entretiens a permis un recrutement supplémentaire de patients par l'intermédiaire de médecins.

Cette analyse quantitative est intéressante, néanmoins, la collaboration ne se mesure pas uniquement grâce à l'adressage, mais aussi par les rapports entretenus avec les médecins.

Ces entretiens ont en effet permis de créer une véritable relation interprofessionnelle avec certains praticiens :

- Une collaboration s'est mise en place avec le médecin M1. Nous échangeons à notre cabinet entre deux patients ou correspondons par téléphone si besoin. L'adressage est par ailleurs facilité par l'utilisation commune de Doctolib (ce dernier prenant parfois directement rendez-vous pour ses patients en thérapie manuelle au cours de sa consultation *via* Doctolib).
- Un contact facilité par téléphone/SMS/mail s'est instauré avec les médecins M2, M6 et M9.

En parallèle des entretiens avec les médecins généralistes, une collaboration s'est initiée avec un podologue. Nous ne nous connaissions que de nom par les retours de nos patients. A présent, nous échangeons par téléphone et SMS. Après m'avoir envoyé quelques patients suite à notre brève rencontre, ce dernier m'a contacté pour s'assurer que les troubles pour lesquels il m'adresse des patients relèvent de mon domaine de compétences. Nous avons par ailleurs prévu de nous rencontrer dans son cabinet le 30/05/23 pour que je puisse assister à des bilans podologiques et que nous puissions échanger quant à nos pratiques. Ce dernier m'a également proposé une réunion avec des orthodontistes qui l'ont contacté et qui cherchent à créer un réseau.

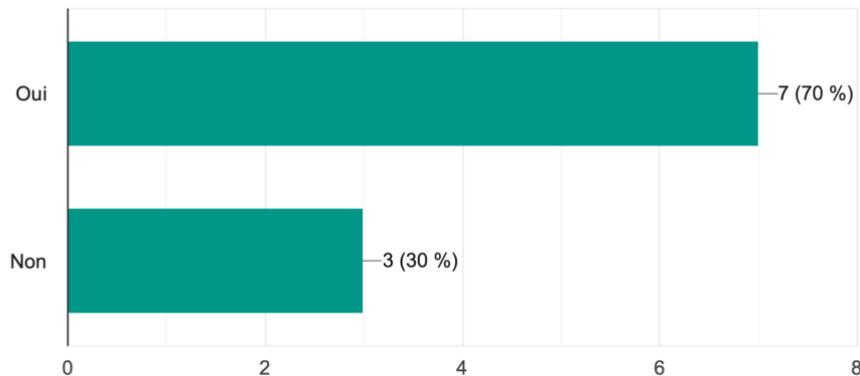
Ces entretiens ont donc contribué fortement au développement de mon réseau professionnel. Les brefs échanges avec le podologue démontrent l'importance d'une rencontre physique pour faire connaître ma pratique et faciliter l'adressage de nouveaux patients et la collaboration.

4.5. Réponses au questionnaire d'évaluation post entretien

Les réponses ont été collectées entre le 18 avril et le 8 mai 2023. L'intégralité des médecins ont répondu.

1/ L'entretien que vous m'avez accordé en janvier 2023 vous a-t-il apporté des informations nouvelles sur l'ostéopathie structurelle ?

10 réponses

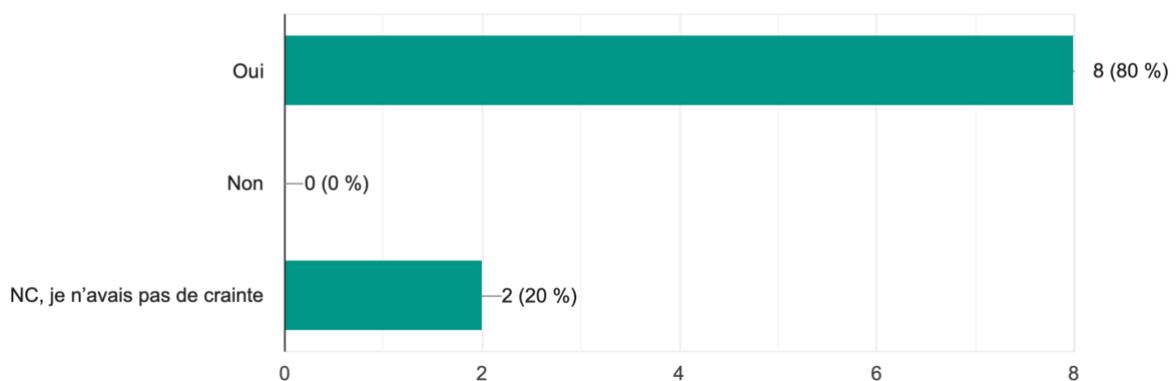


7 médecins / 10 (M2, M4, M5, M6, M7, M9, M10) déclarent avoir découvert de nouvelles informations grâce à ces entretiens. Les trois autres (M1, M3, M8) estiment ne pas avoir enrichi leurs connaissances sur le sujet.

Il était possible d'ajouter une remarque à cette question : le médecin M1 précise qu'il était « déjà initié à ces pratiques » et le médecin M2, au contraire, que cela lui a permis la « découverte de l'ostéopathie structurelle ».

2/ Avez-vous été rassuré(e) concernant l'ostéopathie structurelle (diagnostic d'exclusion systématique, respect du domaine de compétence, ...directes dans les amplitudes physiologiques...)?

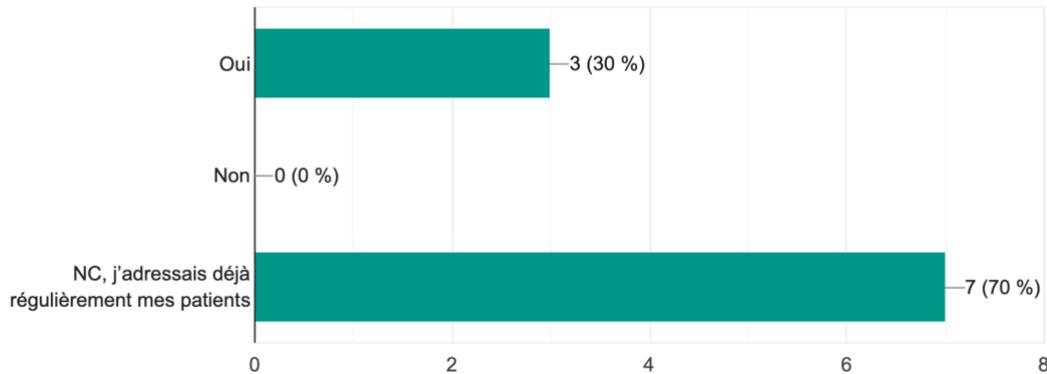
10 réponses



Tous les médecins qui avaient des appréhensions (M1, M2, M4, M5, M6, M7, M9, M10) ont donc été rassurés. L'un des objectifs de ces entretiens est donc pleinement atteint par un discours que j'ai souhaité précis et basé sur la pratique structurée qui m'est enseignée actuellement.

3/ Suite à notre entretien, avez-vous orienté plus souvent vos patients chez des ostéopathes ?

10 réponses

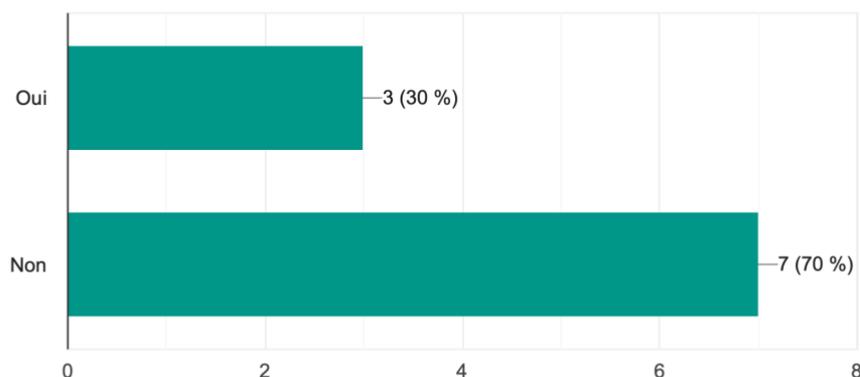


Les trois médecins qui répondent positivement (M2, M7, M9) avaient peu d'information au sujet de l'ostéopathie. Les entretiens leur ont donc permis d'adresser leurs patients plus souvent.

Les 70% restants sont à nuancer : l'utilisation du terme « *régulièrement* » étant imprécise. Il est donc difficile d'évaluer sur cette cible une augmentation (ou non) de l'adressage suite à notre rencontre.

4/ Avez-vous adressé vos patients pour de nouvelles pathologies ?

10 réponses



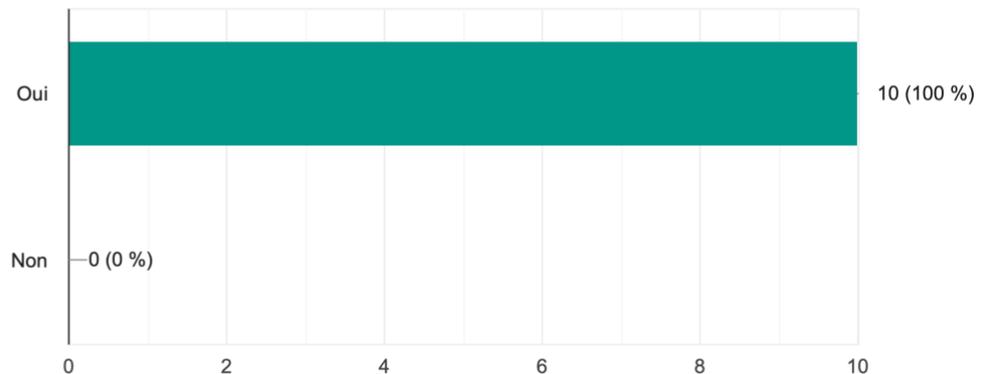
3 médecins / 10 (M2, M6, M7) ont adressé leurs patients pour de nouvelles pathologies.

En détails :

- M9 a adressé plus souvent mais pour les mêmes pathologies.
- M6 a adressé de manière équivalente, mais pour de nouvelles pathologies.
- M2 a, à la fois adressé plus souvent et pour de nouvelles pathologies.

5 / Appréciez-vous le fait qu'un professionnel de santé vienne vous présenter sa pratique ?

10 réponses



Ce résultat unanime confirme l'importance d'une rencontre physique pour se présenter. Au-delà des aspects « techniques » de la pratique d'ostéopathie, l'apport humain est important. Établir un contact direct est rassurant pour les deux parties. D'ailleurs, le médecin M6 complète sa réponse en indiquant : « *cela permet une meilleure cohésion entre professionnels* ».

Question 6 / Qu'est ce qui selon vous permettrait une meilleure collaboration médecin/ostéopathe ?

- La communication (M1)
- Un réseau dédié et le retour des avis des patients (M2)
- Présentation à l'installation, en cas de difficultés pour une prise en charge : échanges formalisés (courrier, mail, appel) (M3)
- Des rencontres/échanges (M4)
- Que les ostéopathes acceptent de ne pas tout soigner (M5)
- Une meilleure communication entre les professionnels (lettre d'adressage, retour de l'ostéopathe, ...) (M6)
- La transmission des informations relatives à la santé/pathologie du patient (M7)
- Présentation des savoir-faire au sein d'une rencontre médecins ostéopathes pour un échange interprofessionnel (M8)
- Le contact direct (physique ou téléphonique) (M9)
- La rencontre des professionnels (M10)

9 médecins / 10 évoquent spontanément la **communication interprofessionnelle**. La rencontre physique est citée par quatre d'entre eux (M4, M8, M9, M10) et les échanges indirects (courriers/emails/appels) par six d'entre eux (M1, M3, M4, M6, M7, M8).

Seul le médecin M5 n'évoque pas le registre de la communication mais le respect du domaine de compétences de la part des ostéopathes.

5. DISCUSSION

5.1. Rappel de l'hypothèse

- Les médecins semblent avoir une méconnaissance de l'ostéopathie et déplorent le manque de communication entre les deux professions.
- La prise de contact, l'engagement du dialogue et la délivrance d'informations par l'intermédiaire d'un entretien individuel pourrait permettre d'obtenir une meilleure collaboration entre médecins et ostéopathes.

5.2. Résultats et analyse

Besoin d'information :

L'étude que j'ai menée confirme le constat de mes prédécesseurs dont les études sont mentionnées dans le paragraphe 1.3. : les médecins ont peu de connaissances et/ou des croyances erronées concernant l'ostéopathie, telle qu'elle m'est enseignée à l'école Bretagne Ostéopathie.

Ce constat est mis en évidence par la pauvreté des motifs d'orientation et par les abus de langage de leur part. L'ostéopathie ne leur est pas enseignée pendant leurs études : ils fondent donc leurs connaissances sur leur expérience et les retours-patient. Cette source d'information est génératrice d'une mauvaise compréhension de l'ostéopathie, avec parfois une vision altérée, à l'origine de craintes et de méfiance. Les médecins sont réticents à adresser leurs patients par :

- Peur des risques d'accidents ou de perte de chance pour le patient
- Doute sur les compétences des praticiens compte tenu de la diversité des formations et de l'absence de réglementation pendant de nombreuses années.

Après un premier temps d'échange avec les médecins, il m'a semblé pertinent de présenter ma pratique mais surtout de les rassurer au sujet du type de manipulations proposées, du respect du domaine de compétences ainsi que de la capacité à réaliser un diagnostic d'exclusion.

A l'issue du questionnaire d'évaluation, diffusé trois mois après les entretiens :

- 7 médecins / 10 déclarent avoir découvert de nouvelles informations grâce à ces entretiens
- 8 médecins / 10 se disent rassurés suite à l'entretien.

Ces résultats confirment l'intérêt d'un discours informatif et rassurant.

Besoin de se rencontrer et de communiquer :

En fin de questionnaire, j'ai proposé une question ouverte aux médecins pour identifier les actions qui, selon eux, pourraient permettre d'améliorer la collaboration médecin/ostéopathe. Une grande majorité (9 médecins / 10) évoque la **communication**. 4 médecins / 10 précisent que cette communication doit s'établir par des **rencontres physiques**.

Il ressort également des entretiens que les médecins adressent en ostéopathie **exclusivement à des praticiens qu'ils connaissent**.

Ces deux tendances confirment la nécessité d'une rencontre en personne.

Par ailleurs, je pense qu'une démarche pro-active des praticiens ostéopathes est appréciée par les médecins généralistes, l'information venant à eux, sans qu'ils aient besoin de la chercher. Je pense également que l'aspect « humain » est à privilégier, surtout à l'ère du numérique. Une rencontre physique me semble plus agréable qu'un échange par téléphone ou mail. Le contact et les échanges en seront facilités.

Il me paraît toutefois important de maintenir le contact par la suite afin d'entretenir la relation et garantir la continuité des adressages. De nouveaux échanges informels peuvent être organisés. Une prise de contact par téléphone ou mail peut être suffisante pour relancer la dynamique insufflée par les entretiens.

Bénéfices secondaires / résultats indirects :

Parallèlement aux entretiens réalisés avec les médecins, j'ai eu l'occasion de rencontrer deux autres praticiens avec qui j'ai eu des échanges informels :

- Un médecin généraliste, croisé à l'EHPAD : je lui ai exposé ma pratique et nous avons échangé nos mails. Ce dernier a évoqué la création prochaine d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire « multi-site » (ouvrant la porte à une nouvelle collaboration avec un avantage notable : l'utilisation d'un logiciel patient commun facilitant les échanges), puis m'a adressé une patiente dans les jours qui ont suivi notre échange.
- Un podologue, rencontré à l'occasion de l'entretien avec le médecin M8 : leurs cabinets étant dans la même structure, j'ai profité de ma venue pour aller me présenter alors que nous ne nous connaissions que par les retours respectifs de nos patients. Depuis cette entrevue, le podologue m'envoie régulièrement des patients et nous avons prévu de nous rencontrer pour échanger sur nos pratiques respectives. Il nous arrive régulièrement de correspondre par téléphone ou SMS pour parler des cas de nos patients si nécessaire. Ce dernier m'a confié faire un retour écrit à tous ses prescripteurs.

Ces évènements démontrent une nouvelle fois l'intérêt de se rencontrer physiquement. Par ailleurs, il semble intéressant d'élargir la cible à d'autres pratiques que la médecine générale.

Valeur ajoutée de cette étude :

L'objectif de ma démarche auprès des médecins était d'apporter des informations précises quant à l'ostéopathie. Cependant, l'ostéopathie est enseignée différemment selon les écoles. Aussi, il est difficile de parler de la profession lorsque les pratiques peuvent largement différer d'un praticien à l'autre. Lors des échanges, comme mentionné précédemment, j'ai donc évoqué l'ostéopathie structurale selon les enseignements que je reçois et la pratique que je propose.

D'ailleurs, les médecins sont parfaitement conscients de ces divergences de pratiques. C'est ce qui explique qu'ils sont attachés à faire confiance à une personne/un praticien, et non à la profession.

L'objectif secondaire était implicite et personnel : le développement de ma notoriété, au travers d'un réseau professionnel local, afin d'augmenter ma patientèle via l'adressage.

Cet objectif est atteint :

- 3 mois après les entretiens, je constate que les médecins m'ont adressé personnellement des patients (Cf. suivi adressage).
- Une véritable relation interprofessionnelle s'est instaurée avec 4 médecins sur les 10 interrogés.
- Les échanges ont été facilités, le plus souvent par mail. Le tutoiement à la demande de certains médecins ou l'emploi du prénom témoigne de la proximité qui s'est installée avec ces derniers.

Les entretiens ont donc permis d'améliorer la collaboration, la communication et le développement de mon réseau.

Confiance en soi :

Ce travail a été un véritable challenge que je me suis lancé.

En effet, démarcher des médecins directement avec la peur de déranger, me présenter et expliquer une pratique personnelle face à des médecins pour certains inconnus... sont autant d'exercices qui m'obligent à surpasser ma timidité et mon manque de confiance en moi.

Afin de mener à bien mes entrevues, j'ai donc préparé mon discours, me permettant de

décrire clairement la pratique que je souhaite proposer à mes patients, une pratique qui tienne compte de ce qui est important pour moi et de mes valeurs.

J'ai ainsi pu reconnaître ma légitimité en tant que praticienne et la faire valoir auprès de médecins, parfois septiques.

Depuis ces échanges, je prends plus facilement l'initiative d'appeler directement les médecins en cas de doutes/questions/échecs concernant la prise en charge d'un de mes patients.

Parallèlement, avant de réaliser ce TER, je n'avais pas le réflexe d'expliquer ma pratique aux patients qui m'appelaient pour de la kinésithérapie. En travaillant mon discours à destination des médecins, j'ai également amélioré mon discours à visée des patients :

- Aujourd'hui, j'indique donc aux patients que je ne pratique plus la kinésithérapie conventionnée au cabinet et leur explique ma pratique. 1 patient / 4 qui appelle initialement pour de la kinésithérapie sollicitent une séance de thérapie manuelle (ostéopathie).
- Cette aisance se ressent également au cours de mes soins. J'ai amélioré ma communication thérapeutique.

L'apport de ce travail à titre personnel est donc important : face aux médecins et patients, je me sens maintenant légitime dans une pratique que j'ai clarifiée et qui correspond à ma vision thérapeutique.

Confrontation des résultats avec les travaux déjà réalisés sur la collaboration médecin/ostéopathe

Dans la partie analyse transversale, mes constats sont parfois opposés à ceux rapportés dans la thèse de François Lebailly [12].

« Les médecins plus jeunes avaient tendance à plus utiliser l'ostéopathie »

- Mon échantillon était-il trop restreint pour faire ressortir une tendance fiable et correspondant à ce constat ?

« Les médecins ostéopathes sont toujours les intervenants de référence, juste devant les kinésithérapeutes ostéopathes »

- Le statut de l'interrogateur a-t-il une influence sur l'opinion formulée par les médecins ?

5.3. Points faibles et points forts de l'étude

◇ Biais :

J'ai fait le choix d'un **échantillon restreint** qui peut constituer un **biais de sélection** :

- Les médecins généralistes ont été sélectionnés pour leur situation géographique dans le but de développer un réseau professionnel local.
- L'évaluation des retombées de mes actions par le suivi de l'adressage est ainsi facilitée.
- L'aspect chronophage de la prise en charge globale d'un entretien (de la prise de rendez-vous à l'analyse) est également pris en compte dans la composition d'une cible réduite.

Par ailleurs, les médecins qui ont accepté de me recevoir sont inévitablement uniquement ceux qui sont intéressés par le sujet de mon étude.

Pour les raisons citées, la cible choisie ne permet pas d'extrapoler les résultats de mon étude avec fiabilité à un niveau régional ou national. En effet, le choix de l'échantillon s'appuie uniquement sur un objectif personnel et non sur des critères de représentativité (par exemple : la répartition de médecins plus ou moins expérimentés, la répartition de spécialités etc.)

J'ai également fait face à un **biais de mesure** :

La formulation des questions peut conduire à des interprétations différentes. A la question, « *avez-vous adressé plus souvent vos patients en ostéopathie ?* », la réponse « *NC, j'adressais régulièrement mes patients en ostéopathie* » n'apporte pas d'information pertinente. Le terme « régulièrement » reste subjectif, tous n'orientent pas aussi fréquemment les uns que les autres.

Il aurait été intéressant de proposer comme réponse uniquement : « *oui* » ou « *non* », et de demander la raison en cas de réponse négative. Il aurait également été possible de diviser la question en deux parties :

- « A quelle fréquence orientiez-vous vos patients en ostéopathie avant notre entretien ? »
- « A quelle fréquence orientez-vous vos patients en ostéopathie à présent ? » ;

Et de proposer des réponses précises :

- Une fois par jour ou plus
- Une fois par semaine ou plus
- Une fois par mois ou plus

◇ Limites :

J'ai pu identifier certaines limites à mon travail :

- Diplôme d'ostéopathie

Le fait que je ne sois pas encore ostéopathe diplômée a possiblement limité l'adressage.

- Disponibilité

Les médecins sont demandeurs d'informations et de communication mais sont difficilement joignables. En effet, ces derniers ont dû être relancés deux à trois fois en moyenne afin d'obtenir une réponse au questionnaire post entretien. En fin d'entretien, j'aurais également pu demander le moyen de communication à privilégier pour les contacter, au sujet de leurs patients notamment. Je suis parfois encore gênée, par peur de déranger. Le respect du secret médical nous oblige à passer par les boîtes mail sécurisées mais, force est de constater, que de nombreux médecins ne les consultent pas.

- Choix de l'échantillon :

Seuls des médecins généralistes ont été intégrés à cette étude. J'ai fait ce choix car les médecins généralistes sont en première ligne pour nous adresser des patients si l'on considère l'adressage comme premier indicateur de collaboration. Le kinésithérapeute est initialement un praticien de seconde intention qui exerce sur prescription médicale. Il me paraissait également nécessaire de démontrer aux médecins ma légitimité, en tant qu'ostéopathe professionnel de santé, à intervenir en première intention.

Néanmoins, il aurait été pertinent d'intégrer à cette étude des médecins spécialistes ou des professionnels paramédicaux, comme l'ont démontré les retombées suite à l'échange avec le podologue.

5.4. Pistes de réflexion

- Consultation de découverte :

J'ai pu démontrer dans ce travail que les médecins qui orientent le plus sont ceux qui consultent à titre personnel. Une piste de réflexion, comme l'évoquait Maxime Ruellou [14] dans son TER au sujet des IMG, serait de leur proposer une consultation d'ostéopathie afin de leur faire découvrir en pratique mon exercice.

Cela pose néanmoins le problème du type de rapport entretenu, à savoir non plus un rapport pluridisciplinaire purement professionnel mais une relation thérapeutique soignant/soigné.

- Courriers retour :

La collaboration avec un médecin généraliste ne se résume pas à l'adressage et un seul contact physique n'est pas suffisant. Un moyen d'entretenir le contact et la collaboration serait de faire parvenir aux médecins un compte rendu par courrier ou par mail à la suite de la prise en charge de l'un de ses patients, à l'image de ce que fait le podologue qui adresse un compte rendu chaque fois qu'il réalise un bilan et l'envoie aux médecins par courrier. En revanche, cette démarche est chronophage et le risque que le courrier ne soit pas lu est important, compte tenu du planning chargé des médecins et des nombreux documents qu'ils doivent traiter chaque jour.

- Retour patient :

Les médecins basent leurs connaissances et opinion essentiellement sur les retours patients. J'ai eu l'occasion d'échanger avec David Ferreira², kinésithérapeute-ostéopathe, au sujet de la collaboration entre médecins et ostéopathes. Dans la continuité des comptes rendus par courrier, ce dernier m'a fait part d'une idée pertinente. Il propose d'enregistrer un compte rendu avec l'application dictaphone du patient pour que ce dernier puisse le faire écouter à son médecin à la consultation suivante. Cette méthode à l'avantage d'être plus rapide qu'un courrier et ne pose pas la question du partage de données médicales sécurisées (secret professionnel) puisque c'est le patient qui conserve l'enregistrement, libre à lui de la partager ou non.

- Organisation d'évènements :

Pour favoriser les rencontres, la création d'un réseau professionnel permettant d'organiser des évènements avec des praticiens médicaux et paramédicaux d'un même secteur serait intéressante pour favoriser les rencontres physiques. Ce type d'évènement se fait en petit comité, en soirée, en dehors des heures de consultation. Un questionnaire doit être envoyé au préalable pour vérifier la motivation. Chacun peut présenter les spécificités de sa pratique. Le point négatif reste la nécessité qu'une ou plusieurs personnes s'investissent pour l'organisation logistique.

- Outil de communication / « Marketing »

La création d'un guide d'informations sur l'ostéopathie structurale ne m'a pas paru pertinente dans le cadre de ce TER. Tout d'abord, l'envoi d'un document seul, sans rencontre ni explication, n'aurait pas répondu au besoin de communication interprofessionnelle exprimé par les médecins. De plus, ces derniers n'auraient probablement pas pris le temps de lire un document supplémentaire, pouvant être perçu comme une publicité. En revanche, les informations transmises à l'oral lors des rencontres sont partiellement retenues par les interlocuteurs. Associé aux échanges que j'ai eus avec les médecins, un document synthétique (type plaquette ou flyer) auquel ces derniers pourraient se référer au besoin, prend tout son sens.

Cependant, bien que l'enseignement soit commun, chaque étudiant de l'école de Rennes a une approche personnelle qui se ressentira dans la formulation du document créé. Afin de proposer un discours commun, il me semble que la création de ce moyen de communication pourrait être assurée par l'école, permettant ainsi une meilleure maîtrise des informations transmises à l'ensemble du corps médical.

La mise à disposition de supports de communication variés (plaquettes, flyers, présentations Powerpoint...) permettrait probablement aux étudiants d'initier des actions pour développer leur réseau professionnel et/ou faire connaître l'ostéopathie structurale : distribution de supports écrits aux médecins de leur secteur pour appuyer une visite de présentation, organisation de réunions d'informations etc.

² David Ferreira, dit « structuralosteo » sur le réseau social Instagram®, est kinésithérapeute-ostéopathe et enseignant chez Bretagne Ostéopathie.

CONCLUSION

L'objectif principal de mon TER est de proposer une solution pour améliorer la collaboration médecin / ostéopathe. Pour y parvenir, je suis partie de l'hypothèse que les médecins ont une méconnaissance de l'ostéopathie et déplorent le manque de communication entre les deux professions.

Les résultats de l'étude me permettent de valider mon hypothèse de départ :

- La réalisation d'entretiens individuels avec des médecins généralistes a permis de les informer sur l'ostéopathie structurelle et de les rassurer.
- La diversité des formations en ostéopathie est telle que les médecins ne parviennent pas à faire confiance au groupe ostéopathie mais s'attachent à accorder leur confiance à l'individu ostéopathe.

En tant qu'ostéopathe désireux de faire (re)connaître sa pratique, il est donc nécessaire d'aller à la rencontre des médecins afin de leur expliquer les spécificités de notre pratique personnelle et ainsi créer une relation de confiance.

La construction d'une relation pluridisciplinaire entre médecins et ostéopathes est une nécessité pour la bonne prise en charge du patient. En effet, la constitution d'un réseau de proximité autour du patient est encouragée dans tous les rapports sur la santé publique et lois de santé dont la dernière la plus importante du 24 juillet 2019 [19], mentionne dans son rapport d'introduction : « *Le texte s'attache à développer un collectif de soins, entre professionnels, et secteur ambulatoire, médico-social ou hospitalier, et à mieux structurer l'offre de soins dans les territoires. Il encourage le développement de projets de santé de territoire.* ».

L'ostéopathe structurel masseur-kinésithérapeute peut tirer avantage de son statut de professionnel de santé pour intégrer des CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) et des MSP. Au travers de ces réseaux, il sera en mesure d'expliquer le positionnement de l'ostéopathie structurelle et de légitimer sa place dans le parcours de soin.

Mon TER inspirera-t-il, peut-être, d'autres étudiants en recherche d'une reconnaissance de l'ostéopathie structurelle ? J'espère qu'ils y trouveront des pistes complémentaires à explorer, telles que les réunions d'informations ou la prise de contact avec les professions paramédicales.

Pour finir, les entretiens ont révélé la méconnaissance des médecins généralistes quant à l'ostéopathie structurelle. Dans le contexte de mon étude, les échanges avaient vocation à leur donner de l'information, mais je pense que le partage dans un contexte de développement de réseau professionnel peut profiter à l'ensemble des parties. En effet, en tant que future ostéopathe, j'ai moi aussi une connaissance approximative des autres professions. Un temps d'échange est un excellent moyen de monter en compétences et d'identifier les professionnels de santé avec qui je partage les valeurs et dont la pratique me semble juste.

N'oublions pas que, en tant que soignant, le patient est au cœur de nos préoccupations et que nous nous devons d'employer tous les moyens à notre disposition pour œuvrer au service de sa santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. <https://www.ifop.com/publication/osteopathe-notoriete-et-image-de-la-profession/> (accès le 20 Juillet 2022)
2. <http://www.osteostop.com> (accès le 21 Juillet 2022)
3. <https://nofakemed.fr/la-tribune-perinatalite/> (accès le 22 Novembre 2022)
4. Jean-François TERRAMORSI - *Ostéopathie structurelle. Lésion structurée - Concepts structurants*. Géopro, Les éditions Eoliennes - 2013.
5. Simon HATTON - *Positionnement, face aux croyances populaires sur le bruit articulaire, des ostéopathes et des acteurs de la santé*. Travail d'Étude et de Recherche pour l'obtention du titre d'ostéopathe. Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes - 2021.
6. Kawchuk GN, Fryer J, Jaremko JL, Zeng H, Rowe L, Thompson R. - *Real-time visualization of joint cavitation*. *PLoS One*. . 10(4):e0119470. doi: 10.1371/journal.pone.0119470. PMID: 25875374; PMCID: PMC4398549, 2015.A
7. 12/2018 - Chandran Suja, V., et A. I. Barakat - *A Mathematical Model for the Sounds Produced by Knuckle Cracking - Scientific Reports 8, no 1*. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-22664-4>.
8. Henri-Alexandre MERCIER - *L'ostéopathie et le travail pluridisciplinaire en exercice libéral*. Travail d'Étude et de Recherche pour l'obtention du titre d'ostéopathe Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes - 2012.
9. Elodie GRIMAUD - *Médecins et ostéopathes : des rapports difficiles. Éléments d'analyse de la situation*. Travail d'Étude et de Recherche pour l'obtention du titre d'ostéopathe, Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes – 2013
10. Sylvain DANIEL - *Communiquer avec les médecins pourquoi comment ?* Travail d'Étude et de Recherche pour l'obtention du titre d'ostéopathe Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes – 2014
11. Cécile DUMOULIN - *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
12. François LEBAILLY - *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
13. Clotilde POUPARDIN - *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

14. Maxime RUELLOU - *Enquête sur le rapport des internes en médecine générale avec l'ostéopathie*
Travail d'Étude et de Recherche pour l'obtention du titre d'ostéopathe
Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes - 2021
15. Clarisse LANGEVIN - *Médecins / - / Ostéopathie structurelle*
Travail d'Étude et de Recherche pour l'obtention du titre d'ostéopathe
Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes – 2019
16. <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-semi-directif/> (accès le 22 octobre 2022)
17. <https://www.happyscribe.com/fr> (accès le 04 Janvier 2023)
18. Transcribe – Speech to Text – App Store Version 4.15.5 (installée le 04/01/23)
19. <https://www.vie-publique.fr/loi/268696-projet-de-loi-organisation-et-la-transformation-du-systeme-de-sante> (accès le 28/05/2023)

ANNEXES

Annexe 1 : Trame d'entretien.....	64
Annexe 2 : Synthèse ostéopathie structurelle à destination des médecins.....	65
Annexe 3 : Retranscription des 10 entretiens.....	66
Annexe 4 : Questionnaire d'évaluation post-entretien.....	123

Annexe 1 : Trame d'entretien

TRAME D'ENTRETIEN

Présentation :

Je m'appelle Laurie CERQUA, je suis masseur-kinésithérapeute et je termine mes études d'ostéopathie structurelle dans une école réservée aux professionnels de santé.

Au cours de cet entretien, nous allons aborder le thème de la collaboration médecin/ostéopathe.

J'ai prévu d'enregistrer cet entretien mais vous êtes libre d'accepter ou de refuser.

Les données seront utilisées de manière anonyme.

Est-ce que vous êtes d'accord avec l'enregistrement ?

1 / État des lieux (5 minutes)

Connaissances :

Que connaissez-vous de l'ostéopathie ? Que pouvez-vous m'en dire brièvement ? (Question ouverte, préférée à : connaissez-vous l'ostéopathie ?)

Pratique professionnelle :

Avez-vous vous même recours à l'ostéopathie ?

Orientez-vous vos patients vers l'ostéopathie ?

Si oui, pour quelles pathologies ?

Orientez-vous vers un ostéopathe en particulier ?

Que vous connaissez ?

Le fait que l'ostéopathe soit kiné, et donc professionnel de santé, peut-il avoir une importance ?

Si non orientation, pour quelles raisons ?

Qu'est ce qui peut représenter un frein à l'orientation des patients chez un ostéopathe selon vous ?

Échanges :

Avez-vous déjà échangé/rencontré des ostéopathes pour discuter de leur pratique ?

Opinion :

Diriez-vous que vous avez plutôt une bonne ou une mauvaise opinion de l'ostéopathie ?

2/ Présentation du modèle (5 minutes)

Maintenant, j'aimerais vous présenter ce que l'on fait en ostéopathie structurelle, comment se déroule une séance type pour que l'on puisse ensuite confronter nos points de vue et que je puisse répondre à vos éventuelles questions sur le sujet.

Explication de notre MFOS et indications (synthétique ++)

3 / Discussion (5 minutes)

Est-ce que ces explications vous parlent et changent l'idée que vous vous faisiez de l'ostéopathie ?

Est-ce que vous avez des questions ?

Si vous ne l'étiez pas ou peu, êtes-vous plus enclin à orienter vos patients chez un ostéopathe structurel ?

Je vous remercie d'avoir pris le temps de me recevoir.

Comme vous l'avez compris l'idée est de pouvoir collaborer en tant que kiné et bientôt ostéopathe avec des médecins. Donc si jamais vous avez des patients qui peuvent nécessiter une séance d'ostéopathie, n'hésitez pas à me les adresser.

+ données sociologiques :

Âge, genre, année de diplôme, lieu d'exercice (urbain, rural), type d'exercice, mode d'exercice (salarie, libéral, mixte), spécialités éventuelles.

Annexe 2 : Synthèse ostéopathie structurelle à destination des médecins

SYNTHÈSE OSTÉOPATHIE STRUCTURELLE À DESTINATION DES MÉDECINS

On cherche à faire fonctionner de nouveau les zones qui ont perdu leurs **qualités dynamiques**, de **souplesse et d'élasticité** (c'est ce qu'on appelle en ostéopathie structurelle les lésions tissulaires réversibles)

Pourquoi ? Parce qu'elles sont à l'origine de zones douloureuses par phénomène de **compensation**.

Ces lésions s'installent soit par **manque de sollicitation**, par manque d'entraînement soit **secondairement une immobilisation post traumatique** (ex : entorse cheville immobilisée).

Exemple : le patient qui ne lève jamais les bras, qui un beau jour décide de repeindre un plafond et qui se retrouve avec une tendinopathie de l'épaule. On pense souvent qu'il a **trop forcé** mais c'est plutôt qu'il a **forcé** sur un système qui manquait de liberté. Il **compense** sur certaines structures qui deviennent douloureuses par **mauvaise répartition des contraintes**.

En pratique : la séance d'ostéopathie commence par une anamnèse et un bilan clinique : non pas pour établir un diagnostic médical mais plutôt un **diagnostic d'exclusion** (nous avons des cours de sémiologie médicale pour ça). L'idée c'est avant toute chose, de

s'assurer que l'état du patient ne nécessite pas une prise en charge médicale, auquel cas on délègue le patient. L'ostéopathie ne se substitue pas à la médecine. C'est plutôt une **approche complémentaire**. On ne traite pas les pathologies organiques, mais les **troubles fonctionnels** (ou alors les troubles fonctionnels liés à une pathologie quand elle est connue et traitée médicalement).

Ensuite, une fois qu'on s'est assuré que le problème était bien de notre **domaine de compétence**, on pratique des **tests** pour déterminer quel tissu est le plus en cohérence avec la plainte du patient. Puis on traite par une **manipulation la plus directe possible**, avec pour seul but de modifier les qualités mécaniques des tissus par une **action réflexe**. On ne cherche en aucun cas comme on peut l'entendre parfois à remettre en place des vertèbres déplacées, à repositionner un bassin vrillé, etc.

Notre action est **mécanique à visée réflexe**, pas orthopédique.

On ne dépasse pas la **barrière physiologique**, on vient simplement percuter la lésion (comme on frappe à une porte). Cette notion est très importante car elle donne un caractère sécuritaire à nos manipulations.

Ensuite, une fois qu'on a fait ce traitement, on va donner au patient, soit des conseils **d'hygiène de vie**, soit lui conseiller de faire de la **kinésithérapie** pour s'assurer qu'il continue à faire fonctionner les zones traitées et donc à les entretenir.

En résumé, l'ostéopathie est une **thérapie manuelle** qui s'intéresse à la **structure** et la kinésithérapie une **thérapie active** qui s'intéresse à la **fonction**.

Les deux approches sont **complémentaires**. Il est souvent bien utile de se servir des deux pour soigner durablement un patient.

Toutes ces techniques s'adressent aux troubles musculo-squelettiques type lombalgie, cervicalgie, sciatique, NCB, tendinopathie, suites d'entorse (mais peuvent aussi être utiles dans les cas de migraine, reflux-gastro-œsophagien, endométriose, colopathie fonctionnelle...)

Annexe 3 : Retranscription des 10 entretiens

Médecin 1

Qu'est-ce que tu connais de l'ostéopathie ? Qu'est-ce que tu peux m'en dire, brièvement ?

Brièvement, c'est un truc super..., plus ou moins abstrait. L'ostéopathie c'est, alors comment je vois l'ostéopathie déjà, c'est plus comme une technique de rééquilibrage fonctionnel du corps d'un point de vue ostéo-ligamentaire sur des corrections de certains troubles qui peuvent être corrigés, sur la correction de certaines contractures, conflits. Voilà.

Toi tu as déjà eu recours à un ostéopathe ou pas ?

Moi personnellement oui

Tu vas régulièrement ?

Oui, une fois par an.

Ok, et tes patients, tu les envoies directement chez des ostéos ou pas ?

S'il y a indication oui, si tu as des DIM étagés sans pathologie franche, que tu vois qu'il y a quelque chose que tu pourrais corriger sur... oui je les envoie.

Donc pour quel type d'orientation ? Tu me disais donc soit dérangement intervertébral...

Voilà, correction de certains troubles musculo-squelettiques, tout ce qui est DIM, ces choses-là ou des fois des petits conflits antérieurs d'épaule mais avec un testing d'épaule complètement normal, où tu vois qu'il peut y avoir quand même une origine pas forcément pathologique tendineuse pure mais plus un problème...

Ok, et tu orientes vers un ostéopathe en particulier, quelqu'un que tu connais ?

Oui, deux que je connais. Alors en ostéopathie ce qui est complexe c'est la variété des formations, après il y a le retour patient, moi dès que ça commence à parler adhésion foie, radis noir etc., j'arrête de travailler avec. Et quand ça reste très anatomique, logique posturale. [Nom Prénom], par le basket, je travaille avec elle, et puis [Nom Prénom] que je connais un peu, qui fait aussi...

Le fait que l'ostéopathe soit kiné, et donc professionnel de santé, ça a une importance pour toi ou pas ?

Oui carrément, oui c'est un défaut que j'ai sur Mâcon, c'est que je n'ai pas de... Alors oui et non, c'est-à-dire que si je connais le kiné et que c'est un kiné orienté sport patient et qui fait ostéopathie pour les bonnes raisons comme toi, pas de souci, mais il y a certains médecins ostéopathes, dont je ne citerai pas le nom, chez qui je n'enverrai personne...

Ok donc tu vois, moi je te demande s'il est kiné et professionnel de santé, ça, ça peut te rassurer mais médecin pas forcément ?

Pas forcément, non non, en fait il faut que je les connaisse. Je ne vais pas citer de nom, il y a un kiné là à Mâcon qui voit « 50 patients à l'heure », même s'il fait ostéo demain, je ne lui enverrai personne. Donc non, le titre n'aide pas forcément.

Ok, et qu'est-ce qui pour toi peut représenter un frein à l'orientation des patients ?

Vers l'ostéopathie ?

Oui.

Tout ce qui est extra scientifique chez certains ostéos qui vont mettre en lien du coup... qui vont mettre en doute le fonctionnement hépatique, qui vont être à l'origine de fausses croyances, franchement, je ne dis pas que dans les fascias, les structures, je maîtrise tout, il y a des choses au niveau anatomie profonde qui peuvent avoir un jeu ou sur même toute ce qui est cicatrices à travailler, tout ça ok mais dès qu'on passe sur la physiologie en tant que telle et qu'il y a un ostéo qui va parler de thyroïde, hyperthyroïdie, hypothyroïdie juste sur une posture, là pour moi c'est du charlatanisme sans déconner.

Ok, je reviendrai là-dessus tout à l'heure.

Et du coup si tu me dis que tu travailles avec des gens que tu connais, ça veut dire que tu as déjà échangé sur ce qu'ils font ? Comment ils pratiquent tout ça ?

Oui, j'y suis déjà allé aussi.

Ok, ça marche.

Après, dernière question que j'aurais, globalement, si tu devais donner ton opinion sur l'ostéopathie, pour faire simple on va coter de 0 à 10 (zéro tu as une mauvaise opinion, 10 tu es...)

Ben 10, ça fait partie de...

Ça fait partie de ton arsenal thérapeutique ?

Dans le cadre du rugby, l'ostéopathe, je travaille avec lui régulièrement, ça fait partie de la prise en charge.

Ok, je te remercie.

Ce que j'aimerais moi du coup, puisqu'on n'a pas eu trop le temps d'échanger, c'est t'expliquer ce que nous on fait en ostéopathie structurale, comment se déroule une séance type, pour qu'ensuite on puisse échanger justement à ce sujet-là, que je puisse répondre à tes questions si tu en as, qu'on puisse confronter nos points de vue.

Donc en ostéo structurale, ce que l'on cherche à faire, nous, c'est à faire fonctionner de nouveau les zones qui ont perdu leurs qualités de souplesse et d'élasticité. Pourquoi ? Parce que généralement, ce sont ces zones-là qui sont à l'origine de douleurs par compensation. Cette perte de souplesse et d'élasticité : comment elle s'installe ? Soit par manque de sollicitation, par manque d'entraînement, soit secondairement à une immobilisation. Après une entorse, par exemple, tu as une espèce de fibrose des tissus. Et ça, tu vas pouvoir aller le retravailler. Un exemple assez simple, tu prends un patient qui lève rarement le bras en l'air, qui ne travaille plus trop avec la main au-dessus du niveau de l'épaule et qui décide de faire des travaux, qui va repeindre tout un plafond. Il se retrouve avec une tendinopathie de l'épaule, éventuellement une bursite. On va se dire qu'il a trop forcé sur ses tendons. Alors qu'en fait, nous, ce qu'on voit, c'est plutôt qu'il a forcé sur un système qui manquait de liberté. Et du coup, il va aller compenser sur des structures qui deviennent douloureuses parce qu'il y a une mauvaise répartition des contraintes. Une épaule, tu vois comment ça fonctionne. Ce sont les tendons qui vont nous faire mal. Mais finalement, l'épaule ce n'est pas que la gaine humérale. L'épaule, si tu regardes la fin d'amplitude d'une épaule, elle se passe où ? Elle se passe dans les dorsales. Donc si tu as la personne qui manque de souplesse dans ses dorsales, au niveau de la mobilité de son omoplate, de tout ça, ben il va aller sur-solliciter ces structures-là qui vont devenir douloureuses. Mais ce n'est pas seulement en ayant une action directe sur les tendons qu'on va pouvoir le soigner.

Après en pratique, la séance comment elle se passe ? On commence toujours par une anamnèse et un bilan clinique, l'anamnèse n'étant pas là pour faire un diagnostic médical, ça c'est votre rôle à vous, mais un diagnostic d'exclusion. C'est à dire qu'on cherche toujours, on a plein de questions, on fait des tests pour s'assurer que, on cherche à s'assurer que l'état du patient ne nécessite pas une prise en charge médicale parce qu'ils peuvent venir en première intention.

L'ostéo, ce n'est pas pour moi, médecine ou ostéo, ça ne remplace pas, c'est complémentaire. Mais ça tu avais l'air de le dire déjà. On ne traite pas, et je reviens sur ce que tu disais tout à l'heure, on ne traite pas des pathologies organiques, on traite uniquement les troubles fonctionnels et toute notre anamnèse, notre examen clinique, c'est ça, c'est de... Nous on a un outil mécanique, on traite les troubles fonctionnels, ou alors on peut aller traiter des troubles fonctionnels qui sont liés à une pathologie organique. Quand elle est connue et traitée, il y a des troubles fonctionnels qui peuvent être associés. Là, on peut aller jouer là-dessus. Ensuite, une fois qu'on s'est assuré que le problème était bien de notre domaine de compétence, on va réaliser des tests pour savoir quel tissu est le plus en cohérence avec la plainte du patient. Et on va ensuite agir par une manipulation la plus directe possible, sans bras de levier avec dans l'idée d'aller faire changer l'état du tissu par voie réflexe et pas... des manipulations orthopédiques, ce n'est pas une épaule luxée qu'on va remettre en place.

Nous on a trouvé le tissu qui semblait responsable de la compensation, de la plainte du patient et on va faire une manipulation brève, intense, isolée, on va bousculer cette lésion pour qu'il y ait un réflexe derrière et qu'on récupère cette qualité de souplesse et d'élasticité. Le fait de se dire qu'on cherche cet effet réflexe et pas qu'on est dans l'orthopédie, ça donne un caractère assez sécuritaire aux manipulations. On a souvent peur, tu vois dans les manipulations cervicales tout ça. Nous, on ne va pas trop loin, on ne dépasse pas la barrière physiologique.

Ensuite, une fois qu'on a fait ce, une fois qu'on a fait notre traitement en ostéo, on va soit donner des conseils d'hygiène de vie aux patients, puisque cette souplesse, cette élasticité qu'on cherche à redonner, pour la conserver, il faut continuer à solliciter, il faut continuer à faire fonctionner. Donc, soit tu donnes des conseils d'hygiène de vie si le patient, tu penses qu'il va pouvoir le gérer seul, soit quand tu es kiné, tu peux lui donner quelques exercices. Moi ils repartent toujours avec trois ou quatre exercices à faire, de kiné, de la zone, pour aller solliciter spécifiquement la zone qui manquait de souplesse et d'élasticité. Ou alors tu lui conseilles d'aller faire des séances de kiné, si tu veux continuer à entretenir ça.

En résumé, l'ostéo c'est une thérapie manuelle qui s'intéresse à la structure, nous on veut faire changer l'état du tissu et la kiné, une thérapie active qui s'intéresse à la fonction. Tout à l'heure tu parlais de faire fonctionner et souvent on a besoin des deux pour finalement traiter durablement.

Oui c'est ça.

Parce qu'on peut entendre parfois « oui mais l'ostéo tu traites, mais ça revient ». C'est sûr que la zone que t'as manipulée qui manquait de souplesse et d'élasticité, si tu restes dans le même schéma et que tu ne continues pas à solliciter cette zone, ça revient.

Oui ça revient.

Donc après, conseils d'hygiène de vie ou kiné. Et l'ostéo ça s'adresse aux troubles musculo squelettiques surtout. Tu l'as dit, mais c'est aussi parce que t'es orienté dans le sport je pense. Donc tout ce qui va être lombalgies, cervicales, NCB, sciatique, suite d'entorse de cheville, tout ça. Mais on peut avoir aussi une action sur d'autres troubles liés par exemple à des migraines, des colopathies fonctionnelles, de l'endométriose. Il y a pas mal d'autres champs d'action parce que souvent ça se...

Oui parce que souvent tu as des douleurs qui peuvent être névralgiques. Du coup en jouant sur...

Tu peux avoir des douleurs projetées, tu peux avoir des douleurs...

Oui comme les petits, tu vois même s'il n'y a pas d'indication d'envoyer les bébés chez l'osteo, on voit quand même que sur certaines manipulations, qu'il peut y avoir des apaisements, nocturnes, des choses comme ça.

Oui sur le reflux par exemple.

Sur le reflux pareil.

Ça reste des troubles fonctionnels.

Oui c'est ça.

Et ça on peut avoir une action là-dessus.

Parce que ça s'intéresse à tous les tissus en fait l'osteo, ce n'est pas que l'osteo-articulaire. OSTEOpathie, ça fait penser à ça mais en fait on va traiter toutes les zones, toutes les zones où tu as du tissu conjonctif, c'est-à-dire partout finalement. Donc ça va être osteo-articulaire, ça va être les muscles, les ligaments, les tendons et tous les tissus.

Oui carrément.

Voilà.

Est-ce que la manière dont je t'ai expliqué l'osteo, est-ce que ça te parle, ça correspondait à la vision que tu avais déjà ?

Oui oui c'est ça, c'est bien la vision que j'avais, exactement, avec le fait que je fonctionne beaucoup en staff aussi, c'est ça, ce rôle donné à l'osteo, avec du coup dans la suite, un entretien de fonction par le kiné, mais oui oui c'est ça.

Ok, est-ce que tu as des questions par rapport à ce que je t'ai expliqué ?

Par rapport à ce que tu m'as dit non.

Médecin 2

La première question que j'aurais à te poser, c'est : qu'est-ce que tu connais de l'ostéopathie, qu'est-ce que tu peux m'en dire, très brièvement ?

Très brièvement pas grand-chose !

J'utilise quand même les ostéopathes dans ma pratique quotidienne, alors souvent de toute façon mes patients passent par un ostéopathe avant de venir me voir, très souvent. On me pose souvent la question de « est-ce que je vais voir l'ostéopathe ? ». Alors bien sur ça dépend de la pathologie sous-jacente. Je reste quand même dans une ZUP où les moyens financiers ne sont pas spécialement très très élevés pour la majorité de la population. Donc je pense que j'ai quand même un frein vis-à-vis de ça en tant que patient, mais sinon oui j'en ai pas mal qui vont régulièrement chez l'ostéopathe, chiropracteur, des choses comme ça. Voilà. Moi ça ne me dérange pas en pratique.

D'accord, tu as du coup répondu à pas mal de mes questions. C'était de savoir si, toi-même, tu orientais tes patients. C'est plutôt quand eux demandent ou est-ce que toi tu es amené à orienter tes patients chez un ostéo ?

Alors ça dépend vraiment de la situation, on va dire que le patient pour qui je sais que je vais lui apporter un bénéfice et que ça va suffire, pas forcément. Après je sais qu'on a aussi des problèmes d'accès aux kinés, je vois des petites choses que l'ostéopathe peut résoudre. Ce qui reste plutôt flou c'est la nature de l'ostéopathe, ce qu'il fait. A un moment j'avais fait des recherches, voilà les programmes ne sont pas les mêmes, les écoles ne sont pas les mêmes. C'est vraiment un petit peu flou pour moi tout ça. Il y a ceux qui sont bien satisfaits, parce qu'on demande toujours, voilà, je suis très curieux. Je demande ceux qui sont satisfaits, ceux qui sont moins satisfaits.

Donc je considère ça comme une aide d'appoint qu'on peut utiliser, qui n'est pas pour l'instant reconnu on va dire à titre médical, mais qui peut servir.

D'accord, c'est plutôt, tu disais, si tu penses que tu peux soulager, ça va être plutôt en deuxième intention ? C'est à dire si le patient revient et que ça ne va toujours pas.

Probablement en deuxième intention oui. Après de toute façon dans 90% des cas les patients vont chez l'ostéopathe sans nous préciser et très souvent même avant de nous consulter.

C'est à dire que quand ils se disent : « bon j'ai un petit lumbago, je ne vais pas déranger le médecin je vais aller voir mon ostéopathe ». Et derrière si ça persiste, ou si un peu plus tard il force un petit peu trop, ça se transforme un petit peu, là il vient me voir.

C'est quelque chose qui te pose problème, ça, le fait que les gens aillent d'abord chez l'ostéopathe ?

Concrètement non. Moi je suis très content quand j'ai de l'aide, sachant que le gars qui vient pour un simple lumbago, à part lui faire un arrêt de travail et lui mettre un anti-inflammatoire, Doliprane qu'il a probablement déjà chez lui, ça va s'arrêter là donc ce n'est pas plus mal.

Est-ce que toi, tu es déjà allé chez un ostéopathe ?

Non !

Ah oui ! Jamais ?

Non, après je n'ai jamais eu personnellement de problème, de dos et tout ça. Après je n'ai jamais consulté un médecin non plus.

Donc tu as déjà en partie répondu, j'avais une autre question. Si tu devais les orienter, tu les orienterais pour quel type de problème ?

Je pense pour de la pathologie dorsale (ndlr rachis) et quasi uniquement ça, parce que je n'ai pas assez de connaissances sur le reste. Après je vois de par mes amis et tout ça, qui viennent, donc les petits chez l'ostéopathe par exemple, pour les coliques, pour des choses comme ça. C'est des choses que... je suis là, je fais « ah bon ? », on est là on apprend, on découvre. Mais oui je pense que je ne suis pas farouchement opposé à ça voilà.

Et tu as déjà répondu en partie aussi mais qu'est ce qui peut représenter un frein à l'orientation des patients ? Tu m'as parlé du côté financier.

Ça c'est spécifique à ma patientèle, je pense que c'est un frein. Sinon dans le reste, rien du tout. Moi mon principal frein c'est peut-être la non connaissance de la globalité du métier en soit. Parce que on rigole beaucoup, en disant tu vas aller chez l'ostéopathe, on se fait des blagues, on se charrie. Mais le fond de ma pensée c'est vraiment, je ne sais pas où le placer dans la palette on va dire de paramédicaux que j'ai. Après je ne sais même pas si vous avez le statut de paramédicaux en tant qu'ostéopathe.

Ça dépend parce qu'il y a des ostéopathes qui sont professionnels de santé, donc, médecin, kinés, infirmières ... Moi, je fais une école qui est réservée aux professionnels de santé. Mais il y a aussi des ostéopathes qui sont non professionnels de santé. On dit souvent les « NINI », c'est-à-dire qu'ils ne sont ni kinés, ni médecins, qui sortent d'écoles post bac.

D'accord, tu vois, ça, je ne savais pas. Le fait qu'on peut être médecin ostéopathe. Kiné-ostéopathe je connaissais parce qu'à la fac je voyais beaucoup de kinés qui revenaient parce qu'ils étaient inscrits en école d'ostéopathie parallèlement et je trouve que ça se complète quand même, ce n'est pas forcément contradictoire, c'est complémentaire même je dirais à 100%. Et oui quand on y réfléchit, un médecin du sport qui soit ostéopathe en même temps à côté ça peut être intéressant.

Et du coup, est ce que tu as déjà échangé ou rencontré des ostéopathes pour parler de leur pratique ?

Oui alors une, mais voilà, je pense qu'elle n'était pas très représentative des ostéopathes.

Ok parce que ?

Je ne sais pas, c'était un peu des principes qu'on fait ci... on fait ça... on va remettre les choses en place, voilà, des discours que je n'aime pas spécialement voilà, mais je pense que c'était...

On va revenir là-dessus. Donc globalement, si tu devais dire entre zéro et dix ton opinion sur l'ostéopathie ?

Je suis plutôt neutre, je dirai 5 alors parce que de la mauvaise je ne peux pas en avoir, je n'y suis jamais été, de la bonne je ne peux pas en avoir. Quoique je dirais un 5+ pas un 5-.

Ok

Parce que j'ai des retours des patients qui sont contents et j'en ai qui vont beaucoup chez l'ostéopathe. Et il y a un moment maintenant, il y a quelques temps je ne le savais pas mais je sais que certaines mutuelles remboursent les ostéopathes. Donc je leur dis regardez quand même chez votre mutuelle, ça peut arriver. Ma belle-mère, je l'amène chez l'ostéopathe des fois. Ça m'arrive.

Il y a en effet beaucoup de mutuelles maintenant qui prennent en charge oui.

Qui prennent en charge quelques séances à l'année oui.

Puis j'ai vu qu'il y en avait dans certaines entreprises, des ostéopathes qui passaient comme un peu le médecin du travail. Mais pour faire des soins dans des grands groupes.

Il y a des grands groupes qui financent ça oui, qui financent un ostéopathe sur place et les employés peuvent aller le voir.

Et les salariés y vont. Donc on en a discuté avec un ou deux patients qui étaient contents.

C'est bien quand c'est proposé par l'entreprise.

C'est bien, ben après c'est toujours un bien. Je pense qu'on est dans une période aussi de déficit en termes de personnel, dans tous les domaines et toutes les aides sont bienvenues à partir du moment où ça va pour le bien du patient. Moi, je ne suis pas opposé. Je ne suis pas l'ordre des médecins (rires).

Ok, donc merci pour ces réponses. Maintenant, ce que j'aimerais faire, c'est d'expliquer ce que je fais, moi, en ostéopathie structurale, comment se déroule une séance type ? Puisque tu me dis que finalement tu ne connais pas trop. Comme ça je peux t'expliquer et on peut ensuite confronter nos points de vue. Je peux répondre si tu as des questions oui.

Oui oui oui.

Donc nous, ce qu'on cherche à faire en ostéopathie structurale, c'est à faire fonctionner de nouveau les zones qui ont perdu leur qualité de souplesse et d'élasticité. Pourquoi ? Parce que ces zones qui ont perdu leur souplesse et leur élasticité sont celles qui sont à l'origine en général de douleurs, par phénomène de compensation.

D'accord.

Comment ces zones s'installent ? Cette perte de souplesse, d'élasticité, ça s'installe, soit par manque de sollicitations, par manque d'entraînement, soit secondairement à une immobilisation, post-traumatique par exemple : une entorse de cheville immobilisée par exemple. Après, il y a une perte de mobilité, ça c'est la mobilité articulaire, mais il y a une perte de souplesse et d'élasticité de tous les tissus. Puisqu'on ne fait pas, on ne fait plus fonctionner la cheville. Un exemple assez simple ça va être un patient qui lève assez rarement les bras en l'air, qui n'a plus l'habitude de faire ça et qui décide de faire des travaux et qui va repeindre tout un plafond.

Oui, je l'ai beaucoup en pratique cet exemple.

C'est vrai ?

Il se retrouve avec une tendinopathie de l'épaule, voire une bursite. On va se dire qu'il a trop forcé sur ses tendons. Il a mal. En fait ce n'est pas qu'il a trop forcé sur ses tendons, c'est qu'il a forcé sur un système qui manquait de liberté et du coup il va aller compenser sur des structures, les tendons là en l'occurrence, qui vont devenir douloureux parce qu'il y a une mauvaise répartition de contraintes au niveau de l'épaule. L'épaule, c'est la gléno-humérale. Et finalement, en biomécanique, si on garde une fin d'amplitude d'épaule, c'est quoi ? C'est la sonnette externe de l'omoplate, c'est la mobilité en extension des vertèbres dorsales. Et tout ça, si ça s'est figé on va dire avec le temps, ben ça ne permet plus une bonne répartition de toutes les contraintes dans l'épaule. Et finalement la zone qui va souffrir, ça va être le tendon. Mais la problématique ce n'est pas le tendon qui n'est pas assez fort, c'est cette perte de souplesse et d'élasticité de tout le système.

Ça te parle ça ?

J'arrive à accrocher.

Et cette recherche, d'aller traiter non pas la douleur, mais de traiter l'ensemble mécanique qui fait qu'il y a bonne ou mauvaise répartition des contraintes.

D'accord.

En pratique, la séance d'ostéo, elle commence toujours par une anamnèse et un examen clinique. Non pas pour faire un diagnostic médical comme vous le faites, mais un diagnostic d'exclusion. C'est à dire que, en tout cas moi c'est comme ça que je fonctionne, je dois m'assurer avant toute chose que l'état du patient qui vient me voir, en plus s'il vient me voir en première intention, qu'il ne nécessite pas une prise en charge médicale. Ok ?

D'accord.

On ne cherche pas à... on ne traite pas des pathologies organiques, on traite uniquement des troubles fonctionnels. Ou alors on va traiter les troubles fonctionnels si le patient a une pathologie qui est connue et traitée médicalement. Ça c'est, souvent on entend de la part des médecins, le côté « perte de chance » un petit peu. C'est pour ça que je vous demandais si c'était un problème, que les gens viennent en première intention.

J'estime qu'il n'y a rien de vitale dans tout ça.

Nous, on est formé à ça. On a des cours de sémiologie, pour se dire, nous on traite les troubles fonctionnels. Si on détecte quelque chose qui nous semble anormal, là, à ce moment-là, on délègue.

En pratique, j'en ai eu plusieurs qui sont venus en me disant : « mon ostéo m'a dit va voir le médecin avant ».

Voilà, je pense que c'est comme ça que ça doit..., chacun doit rester dans son... [Domaine de compétence]

Je pense que c'est bien fait en pratique.

Voilà. Donc du coup, une fois qu'on s'est assuré que le problème du patient était bien de notre domaine de compétence, on réalise des tests pour savoir justement quel tissu est le plus en cohérence avec la plainte du patient. Je prends l'exemple de l'épaule, là, ça va peut-être être des dorsales ou des côtes qui ont perdu leurs capacités dynamiques et on traite, alors pas qu'en manipulation, mais assez souvent par une manipulation la plus directe possible avec pour but un effet réflexe. C'est une modification de l'état du tissu par effet réflexe. On ne cherche pas. Moi je n'ai pas ce discours de remettre en place une vertèbre, de repositionner un bassin vrillé. Moi-même, j'ai des patients qui disent qu'ils ont vu quelqu'un qui leur a dit qu'ils avaient le bassin vrillé. On est tous vrillé hein. Ce discours-là, je pense que c'est bien, c'est bien d'enlever ce discours-là. Nous, on a une action mécanique à visée réflexe et pas orthopédique. On ne va pas, on ne dépasse pas la barrière physiologique, on a trouvé le tissu, on va faire une action brève, intense, isolée, qui va déclencher un effet reflex, qui après va améliorer la vascularisation, tout ça, et on va retrouver de la souplesse et de l'élasticité. Mais on ne va pas, on n'a pas de risque d'aller trop loin. Dans l'idée de se dire je ne vais pas chercher à augmenter la mobilité, j'ai moins de risques d'aller trop loin si on est juste dans cette idée de faire varier l'état des tissus.

Un peu comme un électro choc.

Et bien je ne connais pas exactement comment fonctionne un électrochoc.

Un petit choc électrique sur une zone précise

Mais voilà, il se passe bien. Nous l'action elle va être comme ça. Ça peut être de la manipulation comme ça, ça peut être des stretch reflex dans d'autres zones tissulaires parce qu'il n'y a pas que l'ostéo-articulaire. Donc ça, ça donne un caractère assez sécuritaire à nos manipulations. Il y a peut-être des gens qui ont peur de ça, du côté... Le fait qu'un ostéopathe fasse « craquer », ce n'est pas quelque chose qui vous perturbe ?

Non.

Ça marche. Ensuite, une fois qu'on a fait ce traitement, on va : soit donner des conseils d'hygiène de vie au patient, parce que une fois qu'on a traité la zone, il faut qu'il continue à la solliciter pour conserver cette souplesse et cette élasticité. Sinon on repart dans le même schéma. Soit on lui donne des conseils d'hygiène de vie en fonction de ce qu'on a identifié, ben ça va être par exemple, on va lui donner quelques exercices à faire. C'est de la kiné en fait, mais on peut lui proposer comme ça, ou alors on va lui dire qu'en complément il faut qu'il fasse des séances de kiné pour continuer à faire travailler ces zones-là.

En résumé, l'ostéopathie c'est une thérapie manuelle qui s'intéresse à la structure, on fait changer l'état du tissu et la kinésithérapie, une thérapie active pour moi qui s'intéresse à la fonction. Et les deux sont, comme vous le

disiez tout à l'heure, sont complémentaires et on a souvent besoin des deux, finalement, pour traiter durablement un patient. Il y en a après qui sont... Le patient sportif par exemple, à qui je vais donner trois ou quatre exercices à la fin de la séance. Il réalise ses exercices et après, voilà, normalement ça rentre dans l'ordre.

Tout ça, ça s'adresse soit vous l'avez dit, beaucoup aux troubles musculo squelettiques. Tout ce qui va être lombalgie, cervicalgie, NCB, suite d'entorse de cheville, toutes ces problématiques-là. Mais on peut aussi avoir une action sur des migraines, des colopathies fonctionnelles, des... qu'est-ce que j'ai d'autre comme exemple, de l'endométriose. Tout ça, ça va être quand il y a des pathologies, ça va plutôt être un accompagnement des troubles fonctionnels, à condition que les pathologies soient traitées aussi médicalement. Voilà ce que...l'explication, ce n'est pas facile de faire en très court comme ça et en même temps...

Oui, on n'a pas assez de temps pour aborder tous les problèmes, ça je suis d'accord.

Mais est-ce que ça vous parle ? Est-ce que ça vous apporte des informations ?

Alors, sur le musculo-squelettiques, oui ça m'apporte un peu des informations. On va dire que ça approfondit mes connaissances et je comprends un peu mieux les choses, comment ça se passe. Et puis par contre, pourquoi plusieurs types ou plusieurs écoles d'ostéopathie ?

C'est le problème. Moi, aujourd'hui je peux vraiment vous parler que de l'ostéopathie structurelle, et pas forcément des autres courants parce que je ne peux parler que de ce que moi je pratique. L'ostéo structurelle, c'est ça, c'est faire changer l'état du tissu pour retrouver de la souplesse et de l'élasticité et qu'il y ait une bonne répartition de contraintes dans tout le corps. Et pas chercher, voilà, une idée de remettre en place. Il n'y a pas une bonne place d'une vertèbre. On est fait pour bouger, pour pouvoir se déformer et on n'est pas fait pour être figé. Je peux comprendre que quand on entend... de remettre en place...

Oui mais voilà ça heureusement, ce n'est pas tout le monde. Ça c'est quand on veut embêter les gens, dans des discours, on utilise ça, c'est bien marrant.

Mais c'est plus un retour des patients ça, que vous avez ou c'est ?

C'est un retour, oui, de certains patients que j'ai ça. Mais pas en grande partie. Et puis moi, comme je suis médecin, j'ai beaucoup de personnes dans mon entourage qui sont très, on va dire, non médical ou qui ne veulent pas de médicaments, voilà qui me sortent... Et puis c'est quand on se chahute un petit peu je leur sors ça.

Quoi ? Qu'ils aillent se faire remettre en place ?

Voilà qu'ils aillent se faire « remettre en place leurs vertèbres » par des chamailleries ? Ce n'est pas le fond de ma pensée.

Ok, il y a d'autres choses qui vous... là dans mes explications, qui vous interpellent ?

Non non non, c'est clair. Voilà. Moi je ne suis pas opposé. Je pense qu'il y a que les bêtes qui ne changent pas d'avis ou ne veulent pas se documenter. Voilà. Donc moi je me suis dit, c'est bien, parce qu'en fait je ne connais pas grand-chose et puis du coup ça ouvre une optique un petit peu plus et ça me permet de donner des informations aussi aux patients. Parce que le patient il me disait : « est-ce que vous pensez que je vais voir l'ostéopathe ? ». Alors moi je disais : « écoutez, ça ne vous fera pas de mal. Alors est ce que ça vous fera du bien, je ne sais pas ». Mais là je pourrais lui dire, « écoutez, ils peuvent travailler comme ça. On peut essayer de travailler ci ou ils peuvent être utiles là-dedans et derrière, s'il est kiné en même temps, il peut vous prendre pour faire la suite de la prise en charge et tout ça ». Ce n'est pas inintéressant.

Ok.

C'est même, je pense que j'y ferai peut-être un petit peu plus attention et que j'y penserai peut-être un petit peu plus en soit dans ma pratique, puisque de toute façon, on va être amené à changer nos pratiques et à trouver des nouvelles voies, des nouvelles choses pour les gens.

Et c'est aussi beaucoup parce que c'est une forte demande des patients et que du coup, vous, vous devez vous adapter aussi à la demande des patients, un peu ?

Je ne sais pas, je ne sais pas. Parce que la demande, je veux dire, si j'ai besoin d'un ostéo, je le ferai aussi ou si j'ai besoin d'un cardio, voilà, je ne pourrai pas le renvoyer chez le gastro, donc, demande ou pas... Mais si je pense que c'est dans l'intérêt du patient, et je pense qu'il y a beaucoup de choses qui peuvent être dans leur intérêt, dans tout ce qui est rééducation fonctionnelle et autres, et pas forcément que de la kiné, à côté, pourquoi pas. L'autre jour, il y en a un qui me demandait un chiropracteur. Voilà, donc j'ai déjà entendu parler. On m'en a

dit du bien. « Alors qu'est-ce qu'il fait ? Je ne sais pas, je ne sais pas, je ne peux pas savoir, je te dirais des conneries, mais essaye et tu m'en diras des nouvelles. Tu me diras ce qu'il t'a fait et puis on discutera ».

Moi c'est pour ça que j'ai voulu me mettre sur ce thème là et réaliser des entretiens et pas vous faire juste un questionnaire pour savoir. C'est parce qu'il y a un échange et que c'est ce qui ressort souvent finalement. Beaucoup de médecins disent que leurs patients vont chez l'ostéopathe mais ils ne savent pas trop ce que fait l'ostéopathe. Alors j'ai essayé d'expliquer ce qu'on fait. J'espère avoir été assez clair. Après ce n'est pas tout ce qu'on fait. C'est difficile de tout détailler.

Mais je trouve que pour un petit entretien ce n'est pas si mal. Voilà, moi j'ai quelques réponses qui sont plutôt positives et qui vont continuer à travailler dans ce sens.

Et l'idée de ces entretiens, c'est d'avoir un contact, de pouvoir collaborer, de pouvoir échanger si on a besoin au sujet d'un patient.

Pas de soucis !

Je serais certainement amenée à t'envoyer un questionnaire quand même dans les semaines ou mois à venir pour faire un retour sur cet entretien, voir ce que ça a pu apporter.

Il n'y a pas de problème, tu as mon mail.

Oui voilà, je pense que c'est tout. Si tu as d'autres questions ?

Je pense que non.

Ça marche. Merci beaucoup.

Merci à toi.

NB (question ajoutée à la fin, après l'arrêt de l'enregistrement) : ce dernier serait quand même plus rassuré si le kiné et si l'ostéopathie kiné et donc professionnels de santé.

Médecin 3

Allez donc, je te l'ai déjà expliqué, mais je le refais brièvement, les entretiens, c'est dans le cadre de mon Travail d'Études et de Recherche, de « Mémoire » et le thème que je veux aborder c'est la collaboration médecin/ostéopathe.

Tu sais aussi que je suis en dernière année d'école d'ostéo, que c'est une école d'ostéopathie structurée et que c'est une école réservée aux professionnels de santé. La première question que j'ai à te poser, c'est qu'est-ce que tu peux me dire brièvement sur tes connaissances concernant l'ostéopathie ? Qu'est-ce que tu peux me dire ? Qu'est-ce que tu connais de l'ostéopathie ?

En fait pas grand-chose, mais pour moi c'est une approche qui est différente de la nôtre, qui est effectivement une approche plus systémique, peut-être et structurée. C'est quelque chose qui a été oublié par la médecine pendant un certain temps, parce que non reconnu, parce que les filières étaient un peu obscures etc. Et donc c'est vrai que nous, ça ne nous était pas du tout enseigné comme alternative thérapeutique, ou support éventuellement, alors que maintenant c'est beaucoup plus ouvert, donc je n'ai pas une définition précise de l'ostéopathie.

Je te demande juste ce que tu peux m'en dire. Tu dis que ce n'était pas enseigné, je crois que ce n'est toujours pas enseigné. Il n'y a pas de cours d'information sur l'ostéopathie dans les études de médecine ?

Alors il n'y a pas, je ne sais pas, à l'heure actuelle, je ne sais pas, mais par contre quand j'ai fait de la médecine du sport quelques temps après, il y avait là pour le coup toute une branche qui était consacrée à ça. L'Ordre des médecins le reconnaît maintenant, il y a quand même une évolution.

Ok, est-ce que toi t'es déjà allé voir un ostéopathe ?
Régulièrement.

Régulièrement. Ok. Et est-ce que tu envoies directement tes patients chez des ostéopathes ?

Oui.

Je le fais de façon non officielle, sans faire de courrier, sans faire quoi que ce soit, en spécifiant éventuellement des noms. Chose que je ne devrais pas faire. Et en fait, le fait d'adresser, c'est là que pour le coup, on a quand même une lettre de mise en garde qui nous a été faite de notre Ordre des médecins. Le fait de faire une recommandation, d'aller voir un ostéopathe, laisse supposer qu'on a une responsabilité dans l'acte aussi, puisqu'on a adressé, même oralement, on est co-responsable en cas de problème. Donc c'est pour ça que j'adresse à des gens que je connais uniquement.

Ok, parce que du coup ça peut être un problème pour toi justement de prendre la responsabilité ?

Tout à fait. Ou alors de pas, effectivement, avoir le travail ostéopathique que j'escomptais ou que le patient escomptait, avec des accidents qui sont secondaires. J'en ai eu deux ou trois expériences comme cela malheureuses.

Tu as eu quoi comme type ?

J'ai eu une exclusion de hernie sur un rachis, une hernie lombaire, donc par un ostéo ici et puis...

On en reparlera tout à l'heure. Je te parlerai du type de manipulation qu'on fait.

Et puis chez une enfant, j'ai eu une espèce de paralysie des cervicales suite à une manipulation cervicale.

Paralysie du membre supérieur ?

Oui, qui a été juste a priori, brève, c'est après une sidération qui a été brève heureusement et voilà il y a eu un accident.

OK, tu les orientes pour quel type de pathologie tes patients quand tu les envoies ?

Bah c'est variable, essentiellement les rachialgies.

Ok, donc tu me disais que tu orientes chez un ostéo, mais je me demandais si tu orientes chez un ostéopathe en particulier ? La réponse est oui, c'est plutôt des gens que tu connais.

Oui, j'en ai plusieurs en fonction de....

Le fait que l'ostéopathe soit kiné, et donc professionnel de santé, est ce que ça peut avoir... ?

Pour moi c'est un gage de qualité entre guillemets, parce que justement, d'avoir un œil un peu global, ça permet d'avoir une approche plus globale je pense.

Ok. Et qu'est ce qui peut représenter un frein à l'orientation des patients, chez l'ostéo, pour toi ? T'en a parlé un petit peu déjà.

Le cout, le risque.

Le cout, le fait que ce ne soit pas remboursé par la sécu ?

Oui

Sachant qu'il y a de plus en plus de remboursement...

Partiel mutuelle.

Mutuelle, partielle ou totale, après cela dépend des contrats des patients. Et puis le risque, tu disais ?

Le risque oui.

Et ça va avec le fait de devoir prendre la responsabilité. Si c'est toi qui as adressé tu te sens responsable aussi. Est-ce que tu as déjà échangé ou rencontré d'autres ostéopathes pour parler de leur pratique ?

Oui, ça m'est arrivé. Oui.

Et dernière question, globalement entre zéro et dix, si tu devais donner ton opinion sur l'ostéopathie ? Zéro tu as une mauvaise opinion et dix tu es totalement pour...

Je te dis, pour moi c'est une approche complémentaire. Donc je dirais presque dix puisque finalement c'est comme si tu demandais si la médecine était utile. Oui, oui, l'ostéopathie est utile dans nombre de cas ; Après peut être non un petit bémol parce qu'on peut éventuellement s'en passer dans certains, dans la plupart des domaines, mais on va dire neuf sur dix.

Ça marche. Du coup, ce que j'aimerais moi maintenant, c'est t'expliquer ce que moi je fais en ostéopathie structurelle. Comment se déroule une séance. En fait, t'as déjà vu un peu, mais pour qu'on puisse ensuite confronter nos points de vue et que tu puisses me poser des questions, si tu en as.

C'est surtout déjà de savoir qu'est-ce qu'on essaie de faire. En fait, ce qu'on essaie de faire, c'est faire fonctionner de nouveau les zones qui ont perdu leurs capacités de souplesse et d'élasticité. Pourquoi ? Parce que ce sont ces zones-là qui sont à l'origine de douleurs par phénomène de compensation. Cette perte de souplesse, d'élasticité, comment elle s'installe : soit par manque de sollicitation, par manque d'entraînement, soit secondairement à une immobilisation. J'ai donné aux autres un exemple assez simple : tu prends un patient qui n'a plus trop l'habitude de lever le bras en l'air et qui décide de faire des travaux. Il repeint tout un plafond. Il se retrouve avec une tendinopathie de l'épaule, voire une bursite. On va se dire qu'il a trop forcé sur ses tendons, du coup il a mal. En fait, c'est plutôt qu'il a forcé sur un système qui manquait de liberté et que du coup il va aller compenser sur certaines structures qui deviennent douloureuses parce qu'il y a une mauvaise répartition des contraintes. L'épaule, on pense à la gléno-humérale, mais en biomécanique, si tu regardes ta fin d'amplitude d'épaule, c'est ta sonnette externe d'omoplate, c'est même à la toute fin ton extension de dorsales. Donc il faut que tout le complexe dorsal, côtes, omoplates, tout ça soit ...combien de gens, tu vois, qui sont complètement enroulés. Ils sont figés dans cette position-là. Ils ne peuvent pas faire fonctionner une épaule correctement. Là, nous, ce qu'on va chercher à faire, on ne va pas traiter le tendon en direct. Parce que le tendon, c'est le symptôme, c'est celui qui souffre. Mais on va aller chercher qu'est ce qui manque de souplesse et d'élasticité, qu'est ce qui fait qu'il y a une mauvaise répartition de contrainte et on va aller traiter ces zones-là. Ça te parle ?

Oui

Après, en pratique, la séance, elle commence toujours par une anamnèse et un examen clinique, non pas pour faire un diagnostic médical, ça c'est vous qui le faites quand vous recevez un patient, mais un diagnostic d'exclusion, c'est à dire qu'on pose des questions et on fait quelques tests s'il le faut pour s'assurer que l'état du patient ne nécessite pas une prise en charge médicale. Ça, c'est la première chose qu'on fait. On ne traite pas des pathologies organiques, comme on entend... Il y en a qui l'ont dit déjà « oui, quand il commence à parler... du foie ... ».

C'est assez classique. Voilà mes réticences.

Et donc moi, je ne traite pas des pathologies organiques, je ne traite que des troubles fonctionnels. Ou alors on va traiter des troubles fonctionnels qui sont liés à une pathologie quand elle est connue et traitée. Le patient vient me voir en me disant « j'ai telle pathologie, je suis suivi par mon médecin pour ça ». Il y a bien des troubles fonctionnels qui sont associés, qu'on va traiter, mais on ne va pas lui... ce n'est pas médecine ou ostéopathie, c'est vraiment, les deux sont complémentaires.

Ensuite, une fois qu'on s'est assuré que le problème du patient était bien dans notre domaine de compétence, c'est là qu'il faut bien rester chacun dans son domaine, je pense. On va faire des tests pour aller chercher quel tissu et le plus en cohérence avec la plainte du patient. Donc là, tu vois, moi j'irai investiguer sur l'épaule, tout ce que je t'ai dit les dorsales, les côtes, on ira jusqu'aux cervicales puisque tout fonctionne ensemble, on ira voir le coude éventuellement. Tu as les variables mécaniques, les variables neurologiques. T'irais peut-être voir au niveau de ses cervicales : C5, C6. T'irais voir s'il y a quelque chose qui manque peut-être de souplesse et d'élasticité. Et ensuite, ce n'est pas toujours par la manipulation, mais assez régulièrement on va faire une manipulation la plus directe possible, sans bras de levier pour obtenir, par voie réflexe, une modification de l'état des tissus. Pourquoi je te dis, la plus directe possible sans bras de levier, c'est qu'en faisant une manipulation directe comme ça, exclure une hernie ce n'est pas possible. La hernie c'est un mécanisme en rotation. C'est toutes ces techniques dites par exemple sur des lombaires de « lombarol », je ne sais pas si ça te parle ?

Non

Où tu intercales plein d'articulations, et puis tu fais un grand mouvement ; du coup tu ne sais pas vraiment où est ce que ça va se passer et tu as ce risque-là. D'où l'intérêt de faire toujours des techniques directes sans intercaler d'articulations. On ne cherche pas à « remettre en place des vertèbres, à repositionner un bassin vrillé ». Ça on entend beaucoup ce discours-là. Je ne sais pas si ce sont les ostéopathes qui disent ça ou si ceux sont les patients qui le retranscrivent comme ça. Je ne sais pas si tu as des patients qui ont pu avoir ce discours ?

Ils disent tous la même chose. Donc effectivement, je pense qu'il y a quand même un discours qui est uniformisé...

Qui est peut-être lié à différentes formes d'ostéopathie ?

Oui, oui.

Nous, en tout cas on ne raisonne pas comme ça, on ne raisonne pas en positionnel.

C'est pour ça quand tu me dis « quel est ton de point de vue de l'ostéopathie ? », c'est « en général » l'ostéopathie, j'y crois, mais l'ostéopathie faite par n'importe qui, non.

Et donc le fait que tu vas orienter chez quelqu'un dont tu sais ce qu'il fait.

Oui.

Et ce que je te disais, notre action elle est mécanique, à visée réflexe et pas orthopédique. Ce n'est pas l'épaule qui est déplacée et je mets un grand coup dedans et je vais super loin, je dépasse la barrière physiologique. Non, on n'est pas ...nos manipulations, c'est pareil, c'est bref, intense, isolé, pour qu'il y ait ce côté reflex, mais on ne va pas chercher loin, on ne cherche pas à redonner de l'amplitude à une articulation. Cette notion-là, elle est importante je pense. Dans la tête du médecin et des patients, c'est beaucoup plus..., ça paraît beaucoup plus sécuritaire fait comme ça. La porte, elle ne s'ouvre pas, tu frappes à la porte, et t'attends qu'il y ait quelqu'un qui réponde Ce n'est pas tu défonces la porte. Tu vois ?

Oui

Ensuite, une fois qu'on a fait ce traitement là, ce que l'on fait, c'est qu'on donne soit des conseils d'hygiène de vie aux patients. Donc en tant que kiné, ils repartent toujours avec trois ou quatre exercices. Ça va être par exemple un exercice qui va permettre d'aller solliciter la zone que j'ai trouvée en lésion entre guillemets, pour qu'il la sollicite et qu'il continue à entretenir par la fonction cette qualité de souplesse et d'élasticité. Ou alors, si on pense que c'est difficile à faire seul, on lui conseille justement de faire de la kinésithérapie pour aller faire fonctionner la zone et entretenir ça.

En résumé, l'ostéo c'est une thérapie manuelle qui s'intéresse à la structure. On veut faire changer l'état du tissu et la kiné est une thérapie active, pour moi, qui s'intéresse à la fonction et les deux sont complémentaires pour... on a besoin des deux pour traiter durablement un patient, je pense. Donc la kiné, soit ça va être vraiment faire des séances de kiné, soit c'est le patient sportif, par exemple, si tu lui as expliqué pourquoi ça s'était installé et qu'est-ce qu'il peut faire comme mouvement pour pallier à ça. En général il le fait, il n'a pas forcément besoin en plus de faire de la kinésithérapie, mais il y a beaucoup de cas de patients où justement si tu fais que ce traitement là et qu'il repart dans son fonctionnement habituel, s'il n'y a pas de changement, ça, ça revient.

Oui

L'ostéo, après, ça s'adresse essentiellement aux troubles...enfin c'est la vision qu'on a, essentiellement aux troubles musculo-squelettiques. Ça va être tout ce qui est cervicalgie, lombalgie, NCB, sciatique (non déficitaire bien sûr, que ce soit sensitif ou moteur). Mais quand c'est uniquement de la douleur, on peut agir dessus. Mais on peut aussi traiter des patients qui ont des colopathies fonctionnelles, des migraines, de l'endométriose, du reflux gastro œsophagien que ce soit chez le petit ou l'adulte, tu as quand même des contraintes mécaniques qui font que tu peux avoir...Tu vas pas soigner une hernie hiatale par exemple, mais tu peux avoir une action sur les sphincters, si t'as plein de tensions dans cette zone-là, tu vas pouvoir quand même avoir une action en ostéo, fonctionnelle en complément de la prise en charge médicale.

Et dans la migraine ?

Dans la migraine. Ça va être plutôt la gestion... Quand on dit la migraine, la personne elle a mal, que d'un côté. Je dirais la migraine qui est plutôt liée aux cycles.

Hum.

Tu as le côté hormonal, ça nous, on ne peut pas, on ne peut pas agir là-dessus. Mais pourquoi la personne elle a mal d'un côté et pas de l'autre ? On retrouve quand même des contraintes, alors pareil, les os du crâne, ça ne bouge pas. Par contre, il y a une certaine déformabilité et ça on peut... Sur les passages vasculaires, tu peux avoir une action. Ce n'est pas le cas sur lequel je te... Je ne sais pas si je pourrais te poser des études scientifiques qui valident ça, mais, empiriquement il y a quand même.

Là, je suis un peu plus réservé sur l'approche justement, ostéo, dans ce type de pathologie.

Dans ce type de pathologie oui ?

Où tu as effectivement un mécanisme qui est bien connu, qui relève de traitements qui sont bien connus. Si ce n'est effectivement, peut être relâcher les zones musculaires ou les choses comme ça.

Encore une fois, c'est ce que je te dis, c'est du complément. Ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas besoin de médicaments pour traiter ça.

Mais je ne vois pas bien comment on peut améliorer la migraine en ostéo.

Par la capacité déformabilité du crâne qui n'est quand même pas... On s'imagine le crâne comme un truc...

Oui enfin la déformabilité du crane elle n'a aucune action sur la vasodilatation artérielle quoi.

Oui, mais pourquoi ? Pourquoi le crâne n'accepte pas ? Pourquoi il l'accepte d'un côté et pas de l'autre ? Parce que la vasodilatation, elle, est globale. Après, je te l'accorde, la migraine c'est un cas plus...assez complexe.

Après si tu as des études je veux bien les voir.

Il faudrait que j'essaie de trouver ça.

Mais voilà, moi je reste sur une approche plutôt TMS que, euh...

Oui mais voilà en gros, dans la manière de... Est-ce que ce que je t'explique, ça correspond à la vision que tu as de l'ostéopathie ou pas ?

Oui, oui bien sûr.

Moi je pense que ce qui est important c'est, le côté on délègue, on est capable de déléguer si on pense qu'il y a une pathologie sous-jacente ou quoi, nous on ne fait pas le diagnostic mais on doit être capable de déléguer. Chacun reste dans son domaine de compétence. Et puis sur le côté, la manipulation qui est parfois...est ce que toi le côté... tu envoies chez des gens qui font craquer entre guillemets, ou plutôt le fait que le patient soit... ?

Ça m'arrive, oui, parce qu'il y en a qui font du « cracking », mais entre autres. C'est à dire qu'ils ne font pas que ça.

Oui, c'est sûr

Ils ont une approche qui est un peu adaptée en fait. Je ne connais pas exactement leurs techniques.

Mais c'était pour savoir si pour toi le « crack », si ça pouvait être quelque chose d'inquiétant ? Alors qu'en fait...

Non, en soit non.

C'est qu'un bruit quoi.

Non, c'est qu'un bruit. Par contre, celui qui va faire que du cracking et systématique, sans avoir fait d'examen préalable. Ça j'ai des exemples, notamment chez les médecins ostéo. C'est compliqué quoi. Parce que du coup, il n'y a probablement pas, dans ces cas-là, la technique qui est forcément adaptée.

Il faut, c'est ce que je t'ai dit, il faut aller chercher le bon tissu aussi, parce que faire craquer pour faire craquer...

Parce que j'ai déjà vu, on prend de haut en bas, on fait tout craquer et on voit ce que ça donne.

C'est la problématique des manipulations, on disait, qui ne vont pas être directes, où tu vas manipuler, et puis tu as quatre étages qui vont craquer.

Hum

Mais en général, là où ça va craquer, ça va être là où c'est le plus facile, d'accord ?

Oui bien sûr.

Le corps, il choisit toujours le chemin le plus facile. Donc en fait, quand tu manipules sans être direct, finalement tu ne sais pas trop où ça va aller et c'est à mon avis pas à l'endroit où il y a vraiment besoin qu'il y ait une action

extérieure pour rompre ce cercle vicieux de perte de souplesse, de manque de vascularisation. Ce n'est pas là que ça va agir.

Oui.

Est-ce que tu as d'autres interrogations par rapport à ce que l'on fait ?

Non, pas tellement non. Mais j'avais déjà cette idée-là puis en plus, tu m'en avais parlé antérieurement. Après, je pense que c'est aussi beaucoup une question de personne. C'est surtout ça en fait.

Mais toi le fait de...ça prouve bien que t'as besoin que la personne, de savoir ce qu'elle fait pour pouvoir orienter ?

Bien sûr, il faudrait au final que l'on puisse en discuter avant. Quand quelqu'un s'installe, finalement, tu expliques ta pratique, comme un psy, un psychologue qui s'installe. Il va te dire « moi je ne fais que des TCC, des thérapies cognitives et comportementales, ou je fais que ça, ou je ne sais pas, EMDR ». Et il t'explique spécifiquement ces techniques, ce qu'il fait, en quoi plus ou moins il est spécialisé. Ça c'est intéressant, puis de connaître le parcours de chacun.

Oui.

Effectivement, savoir que t'as été antérieurement kiné ou que tu as une approche qui est déjà un peu plus proche de ce que nous, on nous a enseigné. Et en fait, le fossé c'est quand on ne connaît pas. Donc moi, si un ostéo me dit « j'ai manipulé la rate et le foie », je ne sais pas quoi : ça pour moi ça ne me parle pas, parce qu'on ne m'a pas appris comme ça. Peut-être qu'il y a du bon. Mais comme je n'adresserais pas forcément quelqu'un pour faire de l'auriculothérapie, par exemple, des techniques qui ne sont pas validées.

Oui.

Voilà, parce que je n'ai pas de connaissances dessus, donc à partir du moment où il y a un langage commun, une approche globale, à peu près commune et finalement que ça complémente une approche médicale. Mais partagée quoi. C'est-à-dire que comme au niveau médicamenteux, on sait qu'on a beaucoup de limites, niveau kiné, on n'en trouve pas de toute façon, donc on est aussi beaucoup limités. Et après, s'il faut s'aider de ce qui est disponible, effectivement trouver une solution personnalisée à chacun et différente. Mais ce n'est pas pour autant que je vais marquer, je vais proposer à tous mes lombalgiques de l'ostéo quoi. Donc c'est individualisé.

Je reviens sur l'histoire des organes tout ça. Moi, si je prends en charge un patient, je vais mettre mes mains dans son ventre, parce que je vais aller voir comment sont les tissus au niveau de son ventre, aussi parce que les patients, on ne le voit pas souvent, mais on a un abord antérieur de la colonne.

Oui, oui c'est sûr.

Je veux dire, c'est du mou qu'on a ici. Donc quand tu tombes sur du dur, au fond, c'est que tu es en train de toucher la colonne quand tu palpes un ventre. Si je trouve quelque chose, je ne vais jamais, moi, te dire « il a un problème au foie, à la rate... », je vais te dire « bah oui, hypochondre droit, j'avais une zone dense sous mes doigts ou c'était sensible pour le patient ».

Mais nous on ne raisonne pas en termes d'organes. Ça je pense que ce n'est pas le cas de partout.

Mais dans ton travail, je pense qu'il faut bien préciser, pas « l'ostéo », c'est vraiment, c'est ta discipline à toi, « l'ostéo structurelle ».

Bah « ostéo structurelle », c'est pour ça que je vais jusqu'à Rennes, parce que c'est la seule école qui propose cette approche-là, en tout cas, et que moi, elle correspond avec mon parcours avant, en tant que kiné et professionnel de santé. Je pense qu'on respecte ça et on est on est complémentaires et on n'est pas dans des discours...

Oui,

Voilà.

Ok !

Et bien merci.

Et bien de rien.

Je vais juste demander des données plutôt, alors ton âge, à cinq ans près (rires)

Je peux te le donner mon âge : 47 ans.

Ton année de diplôme ?

2002

Et toi tu es en exercice libéral pur ?

Oui

Et est-ce que tu as des spécialités ?

Oui, gériatrie. Je suis gériatre.

Oui.

J'ai commencé un peu la médecine du sport mais je n'ai pas fini.

Je le note quand même.

Donc j'ai une approche...

C'est peut-être quand même assez important de noter aussi médecine du sport. Parce que tu me dis que vous n'êtes pas informés, oui, mais pas par les études de médecine. Mais par contre en médecine du sport, là vous abordez l'ostéopathie.

A la Salpêtrière, j'avais un ostéo médecin qui était devant moi, qui me dit « tiens on va examiner le patient, mets ta main au-dessus de sa tête, tu sens ? » c'était comme ça hein, je n'ai pas compris, ce qu'il faisait.

Oui, nous on a on n'est pas dans...

Ce n'était pas tu vois...il fallait que je sente son magnétisme. Enfin « non, je ne sens rien là, tu m'excuseras »

C'est peut-être un autre métier, mais nous on n'est pas dans cette écoute-là quoi.

Médecin 4

Allez, je lance. Et bien merci de m'accorder du temps. Je vais faire vite en 12 minutes 30 (rires).

Du coup, je fais ces entretiens, je t'ai expliqué déjà, dans le cadre de mon travail d'études et de recherches. Je suis en dernière année d'école d'ostéo structurelle à Rennes, qui est une école réservée aux professionnels de santé. Et le thème que je vais aborder, c'est la collaboration médecin /ostéopathe.

Du coup, la première question que j'ai à te poser, c'est qu'est-ce que tu peux me dire ? Qu'est-ce que tu connais de l'ostéopathie ? Assez brièvement.

Brièvement, non abordé dans mes études médicales.

Donc première chose, moi j'ai découvert l'ostéopathie, j'étais en dernière année de médecine parce qu'il y avait un rhumato à Nancy, qui est décédé maintenant, et qui était l'instigateur de l'ostéopathie nancéenne et qui nous apprenait tout ce qui était essentiellement les dérangements intervertébraux mineurs.

Après moi j'ai beaucoup bossé avec les ostéos par rapport au sport, donc où ils pouvaient, on pouvait travailler tout ce qui était sympathique, parasymphatique, la prévention des blessures ou ce genre de choses, et des discussions avec des copains ostéo... surtout c'était digestif, des pathologies fonctionnelles. Donc avec les différents horizons et que c'était bien complémentaire de ma pratique parce qu'il y a plein de trucs où moi je fous des anti-inflammatoires, un traitement symptomatique qui va te soigner la conséquence mais qui soignera jamais la cause et que parfois les patients de toute façon ils veulent pas l'entendre et que... quand tu as deux personnes qui vont dire que l'ostéo c'est fonctionnel, que le médecin va dire que c'est fonctionnel, parfois tu as des prises en charge un peu différente et que ça permet de faire avancer les choses

OK, bien. Du coup toi tu vas à titre perso chez un ostéo ?

Oui, les enfants aussi.

OK, et donc t'as l'air d'orienter tes patients..., tu les envoies régulièrement chez...

Chez des personnes que je connais. Parce qu'il y a quand même, maintenant ça se structure. Ça fait seize ans que moi je suis ici. Tu avais un ostéo à Macon qui était diplômé de la faculté, non diplômée de l'école d'ostéopathie de Charnay-Lès-Mâcon. Euh voilà, il y avait tout et rien du tout dans la profession. Il y avait des professionnels, des médecins qui étaient ostéo, des étios qui étaient arrivés comme ça, des gars qui avaient fait six ans d'études et tu avais un peu tout et n'importe quoi.

Donc après moi j'adresse à des ostéos que je connais ou avec qui j'ai déjà pu échanger sur leurs pratiques, que ce soit en adéquation avec ce que je fais. Mais voilà. Donc après je ne connais pas tout ceux sur Mâcon et il y en a certainement des très bons que je ne connais pas, mais dans ce cas, si on me demande mon avis, je ne vais pas forcément orienter.

Si on te demande ?

Si on me demande mon avis, si le patient me dit « ouais, vous en connaissez », je vais donner deux ou trois noms avec qui j'aime bien bosser, mais si ceux que je ne connais pas, je ne vais pas orienter.

Tu vas orienter tes patients que chez quelqu'un que tu connais ?

En leur donnant deux ou trois noms, Oui.

Oui. Est-ce que le fait que l'ostéopathe soit kiné professionnel de santé, ça a une importance pour toi ? Est ce que ça peut avoir une importance ? Pas forcément ?

Pas forcément. Non parce que les ostéos, perso, que je connais, il y a de tout. [Untel] qui fait que de l'ostéo, il est kiné à la base ; [untel], [unetelle] ... ils ne sont « que » ostéo.

Et c'est où j'emmène mes enfants, j'adore bosser avec [unetelle].

[Untel] avec qui je bossais sur les rugbymans est « que » ostéo ; donc après non c'est vraiment surtout sur le côté « projets de l'ostéo » et que t'as un ostéo sur Mâcon, lui il doit avoir des adéquations et des affinités avec certains labos... Et où il va dire qu'il faut arrêter le lait, donner quelques produits que tu achètes en Suisse... et il est peut-être bon ostéo mais avec qui je ne peux pas bosser parce que... ça ne colle pas du tout avec ma définition de l'ostéo...

Oui ce n'est pas ta perception de l'ostéo ?

Donc après, qu'il soit kiné ou pas kiné du moment qu'il bosse bien.

C'est le principal, c'est le connaître et savoir ce qu'il fait ? Comment est sa pratique ?

C'est ça.

Ok, tes patients, tu les envoies pour quel type de problème ?

Alors à mon avis, j'ai une méconnaissance complète de pas mal de choses sur l'ostéo.

Perso, surtout toutes les douleurs métamériques, des blocages de dos avec répercussions viscérales, douleurs intercostales, des vertiges, des tensions musculaires...

Donc ça, sur les torticolis, du moins toutes les pathologies mécaniques pures.

Et puis de temps en temps, je les envoie surtout pour faire un bilan, du moins sur des reprises sportives ou ce genre de choses pour...

Sinon, pour essayer de regarder s'il sont normo-axés, s'il n'y a pas de petits blocages à droite à gauche qui font qu'il y a une petite douleur tendineuse qui traîne, les trochantérites, tout ce genre de choses où tu vas faire de la physio, tu vas aller chez le kiné pendant des plombes alors que tu remettrais un peu le bassin en place, tu lui collerais une paire de semelles, bah il aurait plus mal.

Pour avoir aussi un petit avis autre, quand je commence à tourner en rond et qu'on a fait tout ce qu'il fallait, et que tu penses que le patient est fiable, parce que tu as des patients, tu sais pertinemment que les traitements de tendinite d'épaules, tu examines leurs cervicales après, et qu'elles sont toutes raides, tu sais qu'ils ont fait n'importe quoi..., t'as beau les envoyer chez le kiné et prendre des anti-inflammatoires...bon tu sais que l'ostéo, ça va pas faire grand-chose derrière...

Mais dans des trucs où tu sais que le patient il est fiable et qu'il essaye de tout bien faire, t'as ses radios, tu vois tout, t'as son EOS...là oui, pour compléter la prise en charge.

Aussi regarder un petit peu s'il n'y a pas de problèmes viscéraux sous-jacents.

Et voilà, les bébés, alors les bébés... C'est discutable parce que [untel] bosse beaucoup sur les plagiocéphalies et il est référent ostéo avec le centre qui fait les casques à Lyon. Et donc pour tous les petits blocages au niveau cervical pour aider avec le casque et tout ça. Par contre tous les parents qui y vont parce que le gamin il régurgite, parce qu'il a des coliques du nourrisson, je suis un peu sceptique moi.

Qu'est ce qui pour toi peut représenter un frein à l'orientation des patients chez l'ostéopathe ?

Pour moi ? Après voilà, ça va avec les histoires de pognon ou ce genre de choses. C'est toujours pareil après les histoires de pognon, ...ça reste entre nous, ils sont prêts à mettre quinze balles dans un paquet de clopes, partir en vacances ou changer de télé. Mais on leur a appris que la santé, tout était gratuit. Donc voilà.

Donc ils vont mettre 150 balles dans une paire de godasses qui n'est pas forcément adaptée pour faire du sport, avec une semelle qui va être trop molle ou trop pourrie. Ils vont se bloquer tous les côtés, mais après mettre 50 balles dont une partie va être compensée par certaines mutuelles, ça ils ne sont pas prêts à le faire. Donc pour moi ce n'est pas un frein, pour le patient ça en est certainement un.

Après le mot « consulter » l'étymologie c'est « venir prendre l'avis de ». Donc moi je donne mon avis éclairé sur leur situation médicale avec mes connaissances. Après ils en font bien ce qu'ils veulent...

Après je pourrais marquer dans mon dossier « avis ostéo souhaité » ou ce genre de choses

Ils n'y vont pas, ils n'y vont pas ; ils sont responsables de leur santé... Mais moi je n'ai pas de frein en particulier, on ne les envoie pas voir un rebouteux ou un magnétiseur.

Ok t'as déjà un peu répondu mais j'allais te demander, est ce que tu as déjà échangé ou rencontré des ostéopathes pour discuter de leur pratique ? Ça oui. Et si tu devais donner une note entre zéro et dix sur ton opinion concernant l'ostéopathie : zéro, tu as une mauvaise opinion et dix tu as une très bonne opinion.

Mais comme je te disais, je n'ai pas de bonne ou mauvaise opinion de l'ostéopathie, c'est deux... tu sais c'est comme si tu me donnais... disais une bonne ou mauvaise opinion de la chirurgie orthopédique.

Je vais te parler de chirurgiens où c'est des catastrophes, qui m'ont merdé des patients au niveau des prothèses... et d'autres chirurgiens où c'est fantastique, ce qu'ils ont réussi à faire...

Donc ce n'est pas la profession en tant que telle, c'est une relation professionnelle.

C'est praticien dépendant.

Exactement.

Ok, ça marche. Moi ce que j'aimerais, c'est t'expliquer rapidement comment moi je pratique l'ostéo structurelle et comment se déroule une séance type pour qu'on puisse ensuite confronter nos points de vue et que tu puisses me poser des questions si tu en as. Je vais essayer de faire assez rapide.

En ostéopathie structurelle : qu'est-ce qu'on cherche à faire, c'est à faire fonctionner de nouveau les zones qui ont perdu leur qualité de souplesse et d'élasticité.

Pourquoi ? Car ce sont ces zones-là qui généralement sont à l'origine de douleurs par phénomène de compensation. Cette perte de souplesse et d'élasticité, comment elle s'installe ? Soit par manque de sollicitations, par manque d'entraînement, soit secondairement à une immobilisation.

Je prends un exemple assez simple : le patient qui lève rarement le bras en l'air, n'est plus habitué à faire ça, qui fait des travaux et décide de repeindre tout un plafond, qui se retrouve avec une tendinopathie de l'épaule de l'épaule, voire une bursite.

On va se dire qu'il a trop forcé sur ces tendons... Ce n'est pas qu'il a trop forcé sur ces tendons, c'est qu'il a forcé sur un système qui manquait de liberté et finalement il va aller compenser sur des structures qui deviennent douloureuses parce qu'il y a une mauvaise répartition des contraintes.

L'épaule, en biomécanique, ta fin d'amplitude, d'élévation d'épaule, c'est ta sonnette externe d'omoplate, ton extension dorsale... tout ça. Quelqu'un qui manque de souplesse et d'élasticité dans ces zones-là, ses tendons ils ont beau être forts, il y a un moment, si le complexe épaule peut pas fonctionner et qu'il n'y a pas une bonne répartition des contraintes, il se retrouve avec sa tendinopathie, il a mal. Mais le problème, ce n'est pas les tendons qui hyper-fonctionnent, mais c'est la zone qui hypo-fonctionne et c'est ça que nous on cherche à traiter. Ça colle avec ce que tu disais ?

Oui.

En pratique, la séance d'ostéo, elle commence toujours par une anamnèse et un examen clinique, non pas pour faire un diagnostic médical, ce que vous faites, vous, mais pour faire un diagnostic d'exclusion. C'est à dire que nous on doit d'abord s'assurer, surtout si le patient est bien en première intention, parce que ça arrive assez fréquemment, on doit s'assurer que le problème du patient est bien dans notre domaine de compétence à nous. Comme tu le disais tout à l'heure, tu as parlé de voir s'il n'y a pas un problème, comment tu m'as dit ? Oui « viscéral », mais nous on ne traite pas des pathologies organiques, on traite que des troubles fonctionnels ou alors les troubles fonctionnels qui sont liés à une pathologie.

Le patient qui est ballonné comme ça, qui va bloquer son dos parce qu'il est ballonné à bloc ou parce qu'il s'est bloqué le dos et qu'il va être ballonné parce qu'il a le dos bloqué.

Ça. On est... tout ce qui va être douleur projetée, tout ça, on est

Toutes les douleurs métamériques organiques.

Voilà, donc là, nous on a vraiment une action là-dessus, mais on doit rester dans notre domaine de compétence. Du coup, une fois qu'on s'est assuré que l'état du patient était bien dans notre domaine de compétence, on fait des tests pour déterminer quel tissu est le plus en cohérence avec la plainte du patient. Aller chercher quelle structure peut faire que le tendon, par exemple, s'exprime et on va traiter par une manipulation la plus directe possible avec pour intention d'aller changer la qualité du tissu, retrouver de la souplesse et de l'élasticité par voie réflexe. On ne fait pas une manipulation orthopédique. On a une action mécanique, mais à visée réflexe, on ne cherche pas, alors tu l'as employé tout à l'heure, je ne sais pas si c'est la vision que tu as, mais on ne cherche pas à « remettre en place des vertèbres, à repositionner un bassin vrillé ». Nous, en ostéo structurelle, en tout cas, on n'a pas cette notion positionnelle ; parce qu'une vertèbre, tu vas dire je l'ai manipulé, elle était bloquée ; Ben oui, mais il n'y a pas de bonne position d'une vertèbre, elle va se re-bloquer alors ? Non, on veut juste qu'elle ait une bonne capacité d'adaptation aux contraintes et qu'elle se déforme et qu'elle reprenne sa position. Mais on n'a pas cette notion positionnelle, en tout cas dans nos techniques.

Nous on ne dépasse pas la barrière physiologique, ce n'est pas orthopédique, ce n'est pas l'épaule qui est luxée qu'on remet en place. Du coup ça donne un caractère assez sécuritaire aux manips. Il n'y a pas de risque qu'on aille chercher trop loin. On vient percuter la lésion pour avoir cet effet « bref, intense, isolé » qui va nous donner l'effet réflexe. Mais ce n'est pas une recherche de gain de mobilité. Le gain de mobilité, ça va être la conséquence de si c'est plus souple et élastique, il y aura un gain de mobilité. Mais dans notre esprit à nous, quand on manipule, on ne cherche pas le gain de mobilité.

Ça c'est le côté sécurité qui est important je pense.

Ensuite, une fois qu'on a traité le patient, on va lui donner soit des conseils d'hygiène de vie pour qu'il continue à solliciter, à faire fonctionner les zones qu'on a traitées. Sinon, on a toutes les chances que cette souplesse et cette élasticité il la reperdre de nouveau. Donc soit des conseils d'hygiène de vie si on pense qu'il peut le faire seul, sachant que quand tu es kiné...tu vas donner des exercices...

Tu es bien utopique hein ?

Mais il faut que ça le soit, ce n'est jamais aussi simple.

Ou alors faire travailler en kiné.

Oui

Les deux sont complémentaires.

Tu peux avoir une prépa physique ou...

[Untel] [son fils] vient de se faire une tendinite du tendon rotulien, au début je pensais qu'il s'était fait un Osgood, en radio il n'y a rien au noyau d'ossification, au final il a petite tendinite rotulienne et avec [untel] [le préparateur physique] on a fait toute une série où il lui a montré à travailler tout ce qui était en iso / iso excentrique et là il a un tendon d'enfer et il réattaque l'athlé cet après-midi en faisant de l'exercice.

Quand les gens ils arriveront à comprendre qu'il faut travailler sur un tendon et pas...du moins travailler... mais faire des exercices dessus, avoir une activité qui soit encadrée.

Il lui a sûrement fait travailler beaucoup de contrôle moteur aussi ?

Les appuis mono-podaux, tu sais les appuis sur un escalier ou sur ce genre de choses, c'est un peu de proprioception. T'étires en même temps ton tendon sur une marche, sur un seul pied, on a fait la chaise, on a fait des petits trucs comme ça pour essayer de le chauffer et puis soigner son tendon.

Ça, ça peut m'arriver parfois avec des patients qui viennent te voir pour un problème de genou ou de hanche. Donc si moi sur mon examen, je ne trouve pas de zone qui manque de... ce qui est, ce qui est plus facilement le cas chez un jeune, tu vas trouver certainement moins de zone, surtout s'il bouge beaucoup. Et ben c'est là que tu vas te dire que ben non, ce n'est pas un problème de structure, c'est peut-être un problème...

De surentrainement de....

De commande motrice...

Oui ou d'avoir tiré un peu trop fort sur le tendon...

Oui et j'y viens, en résumé, l'ostéo c'est une thérapie manuelle qui s'intéresse à la structure. On cherche à changer l'état du tissu et la kiné, une thérapie active qui s'intéresse à la fonction et les deux sont complémentaires.

Bien sûr.

On a besoin des deux pour traiter durablement.

Et puis les médicaments, pour calmer une douleur qui va te permettre de travailler sur tout le reste.

Et puis ?

Des médicaments. Le médecin il va structurer un petit peu tout le reste pour essayer de permettre d'aller marcher...c'est complémentaire.

C'est vraiment deux approches complémentaires. L'idée de faire ces entretiens ... le fait de travailler ensemble et de collaborer avec la prise en charge médicale, la prise en charge ostéo, éventuellement la prise en charge kiné, prépa physique, tout ça. Mais c'est ce travail pluridisciplinaire, c'est au service de la santé du patient.

Je suis bien d'accord. Et c'est pour ça que c'est vachement important de savoir avec qui tu travailles parce que tu peux échanger, tu vois. Moi j'ai souvent [untel], qui est podologue, qui va me faire des retours, qui va m'appeler en disant ouais non mais il y a ça qui coince, le kiné qui va t'appeler en disant non mais y a un truc qui va pas, faut que tu le revois, il faut de l'imagerie ou l'ostéo qui dit non mais là c'est pas de mon ressort, il faut que tu le revois... et c'est vachement complémentaire... quand tu le fais avec des personnes que tu connais pas, tu vas attendre le patient qui revienne, tu vas perdre du temps potentiellement. Et quand tu bosses avec les personnes que tu connais, le patient, il se sait un peu fliqué, donc il est aussi obligé de se bouger un peu les fesses parce qu'il sait qu'à un moment ou un autre ça va lui retomber sur la gueule. Et s'il n'a pas envie de faire ces exercices, s'il n'y a pas de remise en cause alimentaire ou d'activité physique. Il y en a un, que ce soit le kiné, l'ostéo ou le kiné qui dit non, il a fait n'importe quoi avec son épaule et au moins tu sais si tu peux passer ou te donner plus de temps avec ce patient là ou si tu dis stop, ça ne sert à rien. Vous faites n'importe quoi.

Tu vois là ça valide... C'est un peu ce que je veux voir en faisant ces entretiens, est ce que ça permet de mieux collaborer ? T'as l'air d'y répondre en disant que oui, si on se connaît et qu'on peut échanger...

Tu voyais déjà bien comment on le faisait au niveau kiné, là c'était sur des histoires d'ordo ou des histoires de patients, c'était complémentaire. Moi je n'ai pas de souci particulier de faire exactement la même chose avec l'ostéo, même si le conseil de l'ordre nous met en méfiance, de partager le secret avec les ostéos.

Avec l'ostéo non professionnels de santé ? Ou l'ostéo professionnel de santé ?

Voilà, c'est ça la nuance, c'est que par exemple, au rugby, si je devais partager un secret médical sur un joueur ou ce genre de choses, j'avais le droit de faire avec le kiné, stop. Pas avec la prépa physique, pas avec l'ostéo, pas avec le coach, encore moins de ce genre de choses. Les WhatsApp ou ce genre de choses, tu évites et c'est au joueur à venir parler. Après il faudra voir si ça louvoie entre la casquette de kiné, la casquette ostéo...Si effectivement il y a un statut particulier d'ostéo professionnel de santé...

Après c'est là-dessus où tu es un limité sur les échanges. C'est que quand ils m'appellent ou ce genre de choses, on me dit envoyer un truc qui ne me plaît pas. Généralement ils ne vont pas trop dans les détails ou ils ne me demandent pas moi je dis aux patients bah si vous voulez vous montrerez à la radio ce genre de choses, mais je ne vais pas dire ah bah tiens tel patient il a ça au scanner.

Ah oui ? Je n'avais pas de notion de ça, mais parce que... Parce que moi je suis professionnel de santé et que si on en parle tu peux....

De toi oui bien sûr, c'est un secret médical partagé entre professionnels de santé, pour aller dans le bon sens du patient. Mais l'ostéo qui a fait six ans d'ostéo, l'Ordre des médecins, il refuse. Donc c'est pour ça que je demandais s'il y avait un statut particulier.

Oui, il y a une différence. Il y a une différence qui est quand même importante dans le fait d'être professionnel de santé ou non, mais il n'y a pas de distinction dans le...Toi. Toi, tu ne le sais pas. Tu le sais que si t'as échangé avec....

Tout à fait.

Mais il n'y a rien... Si sur ta plaque ça peut être écrit aussi que tu es kiné mais il n'y a rien qui différencie vraiment. Pour les patients, aussi il n'y a rien.

Et puis il vaut mieux que le kiné soit différent de l'ostéopathie car il y a quand même eu des trucs un peu bizarres des deux séances qui en faisait qu'une...

D'où le fait de ne plus faire du tout de kiné comme ça... il n'y a pas de... c'est compliqué pour les patients de...

Oui c'est compliqué...et les patients qui te disent ah ben ouais, il m'a fait une séance ostéo, mais il m'a côté deux séances de kiné, comme ça, c'est pris en charge par la sécu.

Ça faut refuser tout le temps.

Il y en a qui l'ont fait hein ?

Oui, mais c'est un cercle vicieux parce qu'après les gens n'accepteront jamais de payer pour être soignés... Si on fait ça...

Oui.

Ok, tu as d'autres questions, d'autres... on est déjà en retard.

Non

Écoute, je te remercie. Je te ferai passer un questionnaire dans les semaines à venir pour pouvoir faire un retour sur l'entretien. L'idée est bien entendu dans ces entretiens de pouvoir échanger et de collaborer, mais comme on le faisait déjà. Donc si jamais tu as des patients qui semblent être dans... mais après tu as déjà des ostéos avec qui tu travailles.

Oui mais il n'en faut pas qu'un.

A l'occasion, si besoin, n'hésite pas.

Pas de soucis.

Médecin 5

Donc les entretiens que je fais, je te l'ai un peu expliqué déjà, mais c'est dans le cadre de mon Travail d'Étude et de Recherche. L'école que je fais, c'est une école d'ostéopathie structurelle, qui est réservée aux professionnels de santé. Et le thème que j'ai choisi d'aborder, moi, c'est la collaboration médecin/ostéopathe. Du coup, la première question que j'aurais à te poser, c'est : qu'est-ce que tu connais de l'ostéopathie toi ? Brièvement, qu'est-ce que tu peux m'en dire ?

Houlà, je ne connais pas grand chose de l'ostéopathie, si ce n'est que... je ne suis pas contre l'ostéopathie. J'envoie à des ostéopathes, c'est vrai, j'envoie plutôt à des médecins ou des kinés ostéopathes. Je suis un peu gêné quand les gens vont voir des ostéopathes qu'on ne connaît pas. Je sais qu'il y a plusieurs écoles. Je sais qu'on a eu une formation un jour avec un médecin ostéopathe de Lyon, avec lequel on a beaucoup discuté. Il était outré de certaines pratiques. Je suis très gêné par certaines pratiques, notamment quand ça commence à partir sur... sur le ventre et puis que voilà, une fois que tu vois ce que je veux dire.... Et qu'on vende de la poudre pour 60 € le sachet, ça me gêne un peu. Je ne suis pas contre l'ostéopathie jusqu'à présent, surtout celle qui fait craquer. Je pense que c'est un peu ancien.

Tu n'es pas contre ça ?

Je ne suis pas contre l'ostéopathie. Je suis plutôt contre celle qui fait craquer.

D'accord.

Bon, j'avoue que j'étais très très réticent à conseiller l'ostéopathie pour les cervicales parce que je ne voulais pas qu'on me touche aux cervicales.

Oui.

Jusqu'au jour où tu m'as à peu... (rires)

Manipulé...Et ça, ça a été ? Ça t'a plutôt donné une meilleure idée quand je te l'ai fait, où justement tu t'es dit « Oh non » ?

Voilà, je savais, je voyais ce que tu faisais, j'étais conscient de ce que tu faisais, donc je voyais jusqu'où tu allais.

Tu t'es rendu compte..., mais je reviendrai là dessus parce que je vais t'exposer un petit peu plus en détail après.

Après, j'ai des exemples d'ostéopathie qui se sont très mal passées et que...pour ne pas le citer, une ostéopathie cervicale qui s'est terminée avec une névralgie cervico-brachiale qui a duré plus de 6 à 9 mois, prouvée par un neurologue... avis de neurochirurgien et tout le bataclan... donc pour un ostéopathe qui a pignon sur rue quoi...qui est un ancien kiné. Je ne suis pas là pour dénigrer. Je pense que ça peut arriver à tout le monde, même aux médecins, de faire des conneries.

Exactement.

Tu as déjà répondu à certaines des questions suivantes que j'allais te poser. C'est : est ce que toi tu as déjà eu recours à l'ostéopathie ? On a fait une séance une fois, mais sinon tu n'as jamais consulté ?

La seule fois c'était avec toi. Deux fois avec toi, tu m'as pris pour l'épaule et les cervicales. Mais sinon non, jamais.

Sachant que c'était des consultations rapides entre deux portes quoi...

Tout à fait.

Ce n'est peut-être pas tout à fait le reflet d'une séance complète...Donc pour toi non, la seule fois ou on l'a fait sinon non. Tu n'as pas recours. Et tes patients, est ce que tu les envoies aussi chez l'ostéo ? Ou si c'est seulement quand eux te demandent ? Tu peux leur proposer ?

Oui je leur propose, en général je dis soit médecin, soit kiné. Voilà. Mais... je leur dis méfiez vous de... tout le monde n'est pas ostéopathe.

C'était la question suivante.

Alors je ne sais pas. Je sais qu'il y a des écoles que tout le monde peut devenir ostéopathe s'il veut..., mais ça me gêne un peu. Je pense qu'il faut quand même avoir certaines notions, dans certaines écoles on apprend un peu d'anatomie des choses comme cela...

Ma question c'était est ce que tu t'envoies chez un ostéo en particulier ?

Tu vas être plus rassuré s'il est médecin ou kiné. Non, t'envoie pas directement, mais...

Si j'envoie à un confrère, en général, je fais un courrier, je donne un nom, mais je ne donne en général un nom, j'en donne deux ou trois.

Ok.

Donc le fait que l'ostéopathe soit kiné et donc professionnel de santé, ça peut être... Enfin c'est plutôt un plus pour toi, où qu'il soit médecin.

Pour moi, je ne vais pas dire c'est un plus, c'est obligatoire, je me verrais mal envoyer chez quelqu'un que je ne connais pas.

Ok.

Qu'est ce qui du coup peut représenter un frein à l'orientation des patients ?

En ostéopathie ? A l'heure actuelle, c'est l'argent.

L'argent oui, le fait que ce ne soit pas pris en charge par la sécu.

Et puis si... alors ce n'est pas pris en charge par la sécu, c'est pris en charge par certaines mutuelles jusqu'à trois ou quatre fois par an je crois. La plupart...Et puis ce qui me gêne un peu, c'est les gens qui vont tous les mois. Pour se faire décrocher, se faire remettre le dos...

Ah si, il y a un truc qui m'a choqué un jour, j'ai eu une petite cousine qui avait accouché et j'ai demandé comment ça s'était passé ? Ça s'était bien passé...il y eu le pédiatre et puis elle avait vu l'ostéo qui lui avait dénoué le ventre. J'ai le souvenir de ce... qui lui avait dénoué le ventre. Et qui a dit que c'était... qu'elle était en bonne santé... Et ma question ça a été et qu'est ce qu'a dit le pédiatre ? Et là ma cousine... (Rires)

Dénouer le ventre du bébé ou d'elle ?

Du bébé.

Ok, du bébé.

Elle l'avait vu directement à la maison ou en maternité ? Car je crois qu'il y en a qui consultent dans les maternités...

Non, elle avait vu en dehors.

Oui, je sais, mais ça ne me dérange pas dans la mesure où je sais que [unetelle], elle a dû avoir une formation ostéopathique à Lyon donc... si c'est des gens qui y sont... je ne veux pas dire « agréés » mais qui ont bien une formation moi ça ne me dérange pas. Mais voilà, est ce que tout le monde à ce genre de formation... Tu vois, c'est les freins... c'est de pas savoir à qui tu t'adresses, mais c'est ce genre de réflexion. La gamine n'avait rien du tout. Le nourrisson je ne l'avais pas vu... mais le pédiatre a donné son avis mais ma cousine a retenu l'avis de l'ostéo... donc je ne sais pas quel est ton avis là-dessus ? (Rires)

On va y revenir après, on va en parler un peu plus en détail.

Voilà c'est des petites réflexions qui me viennent après...

Non mais c'est important. Et est-ce que du coup tu as déjà échangé avec des ostéopathes ou est-ce que tu en as déjà rencontrés pour échanger au sujet de leurs pratiques ?

J'ai discuté deux trois fois avec quelqu'un que je connais bien qui est [untel] ... que je connais depuis très longtemps et qui est médecin du sport, ostéopathe... tu le connais non ?

De nom.

Il a des méthodes probablement plutôt anciennes. Je pense...

Il fait de la vertébrothérapie.

Oui, il fait de tout, il fait des infiltrations et il fait de la médecine... Il travaille beaucoup avec les chirurgiens de la clinique... enfin il travaille beaucoup... Il n'est pas... il ne partage pas leur secrétariat mais quand il voit quelque chose qui ne va pas, il les envoie. Et puis... je sais qu'il y a un retour aussi puisque j'ai des patients qui sont allés voir des chirurgiens ortho et qui se sont retrouvés chez lui pour des infiltrations ou des trucs comme ça. Car le chirurgien n'avait peut-être pas le temps de les faire... voilà.

Ok, globalement si tu devais me donner ton opinion sur l'ostéopathie entre zéro et dix ?

Tu n'as pas une autre question ? (Rires)

Je ne sais pas, dans certains trucs... dans tout ce qui est, dans tout ce qui est chronique, je vais te dire plutôt deux ou trois. Par contre un jeune qu'on n'arrive pas à soulager, qui a fait un faux mouvement, un jeune qui a un truc un peu aigu qu'on n'arrive pas à soulager rapidement. Je vais lui dire « vas voir une manœuvre d'ostéopathie », ce sera peut-être plutôt 7 ou 8.

Surtout sur des troubles musculo squelettiques plutôt aigus.

Surtout un peu d'aigu oui... plutôt aigu. J'ai des gens de 80 ans qui sont bourrés d'arthrose, qui vont voir l'ostéopathe, qu'est-ce que vous pouvez leur apporter ? Ah enfin tu me dis, tu me rediras toi, à part probablement des étirements, des choses comme ça. Mais est ce que ce n'est pas le kiné qui... ?

On ne va pas soigner l'arthrose mais on va... L'arthrose, c'est ta dégénérescence de...

C'est des trucs chroniques.

Bien sur...

Alors je vais aller voir l'ostéo parce que ma fille m'a dit qu'il fallait voir l'ostéo... et les gens ils ont plus mal après...

On ne traite pas l'arthrose, on est d'accord ?

Non non, mais voilà, c'est des gens chez qui on a des troubles chroniques, qui vont voir l'ostéopathe régulièrement parce qu'on leur a conseillé, parce que voilà, je suis... de même que le rhumato, qu'est-ce qu'il va faire de plus le rhumato ? Donner des antidouleurs et des anti-inflammatoires, quoi. On est dans ce genre de situation, on est dans des impasses où malheureusement on ne peut pas faire autre chose.

C'est pareil. Je vais te détailler, mais c'est vrai que moi, je ne suis pas non plus pour « le faire revenir régulièrement ». On vient s'il y a une plainte particulière.

Par exemple, Mme R, je sais que tu ne la fais pas craquer. Par contre tu fais des étirements, c'est ce... C'est ce que tu m'avais dit. D'autant plus qu'elle était volontaire. Tu arrivais à faire des choses chez elle. Je ne pense pas que tu lui fasses de la thérapie manuelle...

Ça en kiné en actif, mais je lui ai fait de la thérapie manuelle aussi. Je vais te détailler. Ce que j'aimerais là, maintenant justement, c'est t'expliquer ce qu'on fait en ostéo structurelle et comment se déroule une séance type pour qu'ensuite justement on puisse confronter nos points de vue.

Il y a une petite chose, on y reviendra après. Petite chose sur laquelle je n'étais pas tout à fait d'accord, c'est... et je maintiens mon avis, c'est quand on a parlé d'une personne que tu connais bien... par rapport à la glace, où tu m'as dit le protocole récent qui est un protocole à mon avis plutôt ostéopathique.

Euh non pas du tout. Ah non, ça c'est kiné du sport.

Kiné du sport...Mais le protocole RICE existe toujours.

Oui, mais aujourd'hui c'est « PEACE and LOVE » et c'est celui qui est dans toutes les recommandations de sportifs. Mais je te le fournis...

Je ne sais pas, j'ai eu il n'y a pas très longtemps une discussion avec un orthopédiste de Dijon, que je connais bien, et il m'a dit qu'il l'appliquait toujours le protocole RICE...Pourtant c'est un jeune...

Oui...Je comprends et je trouve ça bien quand on confronte nos idées comme ça. Mais je te montrerai une preuve scientifique à l'appui. Je te donnerai l'article.

D'accord !

Donc ce qu'on cherche à faire en ostéo structurelle c'est à faire fonctionner de nouveau les zones qui ont perdu leurs qualités de souplesse et d'élasticité, Pourquoi ? Parce que ce sont ces zones là qui en général sont à l'origine de douleurs par compensation. Cette perte de souplesse et d'élasticité, comment elle s'installe : soit par manque de sollicitations, par manque d'entraînement, soit secondairement à une immobilisation, post-traumatique par exemple. Un exemple simple que j'ai donné aux autres aussi, tu as un patient qui lève rarement le bras en l'air, qui n'a plus l'habitude de faire ça, qui décide de faire des travaux et qui repeint tout un plafond. Il se retrouve avec une tendinopathie de l'épaule, voire une bursite. On va se dire qu'il a trop forcé sur son épaule, sur ces tendons. En fait, ce n'est pas qu'il a trop forcé sur ces tendons, c'est qu'il a forcé sur un système qui manquait de liberté.

Si tu prends au niveau de la biomécanique de l'épaule, la mobilité, ta fin d'amplitude d'épaule, elle se passe... tu as ta sonnette externe de l'omoplate, tu as l'extension des dorsales sur la toute fin, tu as la mobilité de tes côtes aussi Si tu n'as pas une bonne souplesse de toutes ces structures là, tu vas aller solliciter des structures, enfin compenser sur certaines structures qui vont devenir douloureuses parce qu'il y a une mauvaise répartition de contraintes. Le tendon, finalement c'est la, c'est ta douleur.

C'est une conséquence.

C'est la conséquence. Mais ce n'est pas parce que ton tendon est... trop souvent on se dit le tendon est trop faible. Mais ce n'est pas seulement ça, c'est juste qu'il y a beaucoup trop de contraintes sur cette zone là. Parce que le reste, c'est un exemple. Toutes les tendinopathies ne sont pas comme ça, mais c'est pour te donner l'exemple de... cette histoire de perte, de souplesse, de compensation.

En pratique, notre séance d'ostéo, elle commence toujours par une anamnèse et, un examen clinique, non pas pour faire un diagnostic médical, mais pour faire un diagnostic d'exclusion. Justement, nous, on cherche à s'assurer que l'état du patient ne nécessite pas une prise en charge médicale. On ne traite pas des pathologies organiques, on ne traite pas l'arthrose, on traite que des troubles fonctionnels, ou alors les troubles fonctionnels qui sont liés à une pathologie organique quand elle est connue et traitée. L'arthrose, on ne va pas traiter l'arthrose, mais par contre il y a tous les tissus autour qui vont être à travailler. Et ce n'est pas seulement en faisant des étirements ou des choses comme ça, qu'on va qu'on va pouvoir les travailler. Justement, une fois qu'on s'est assuré que l'état du patient était bien notre domaine de compétence à nous, on va faire des tests pour savoir quel tissu est le plus en cohérence avec la plainte du patient. On va aller rechercher de proche en proche au niveau articulaire, musculaire, ligamentaire et on traite par une manipulation la plus directe possible avec pour but de faire changer les qualités mécaniques du tissu par voie réflexe et pas chercher à « remettre en place les vertèbres, à repositionner un bassin vrillé, tout ça ». On n'a pas... en ostéo structurelle, on n'a pas de notion

positionnelle, on veut juste redonner cette souplesse, mais on n'a pas d'action, ce n'est pas orthopédique. Dis-moi ?

Non, je suis toujours gêné par le bassin vrillé quoi.

Oui c'est ce que je te dis. Tous les patients ...moi j'en ai et je suis sûr que tu en as beaucoup qui te disent ça.

« J'ai vu l'ostéo, il m'a remis le bassin en place ». Ça, ça me choque... ou « je vous ai remis les vertèbres en place » ...

Personnellement, je fais attention de ne jamais utiliser ces termes avec mes patients... parce que si tu la mets en place, ça veut dire qu'il y a une bonne place et qu'elle va se re-déplacer.

Oui, et puis surtout, je veux dire, si tu fais craquer une articulation entre guillemets, si tu remets, c'est quelques microns quoi, ce n'est pas des millimètres, et les gens ils ont l'impression que....

Nous on vient la percuter, on vient créer cet effet réflexe.

Mais c'est très dur ce genre de mot. Je trouve ...parce que les gens....

Oui, mais c'est un abus de langage.

Et je vais y retourner la prochaine fois pour me faire remettre le bassin en place. Parce que je sais que c'est ça à nouveau qui s'est re-déplacé.

Voilà. Mais c'est qu'en disant « j'ai remis en place », j'ai pris d'une place, je l'ai mis à une autre place. Ça sous entend que tu peux... Alors qu'en fait, nous ce qu'on cherche c'est juste que ça, que ce soit souple et que ça bouge aussi souple. D'accord ?

Oui mais j'ai bien compris, je suis d'accord, je comprends bien le truc. Mais voilà, c'est un peu la perversité du truc qui me gêne...

Oui, mais en tout cas, dans notre école, en ostéo structurelle, on n'a pas ce discours là et on n'a pas cette idée.

Pourquoi jusqu'à Rennes ?

Pourquoi je vais jusqu'à Rennes ? Pour ça justement ! Parce que moi j'aime...

Tu en as plusieurs à Lyon, tu en as plusieurs à Lyon ?

Il n'y a pas d'ostéo structurelle comme ça à Lyon, ils font de l'ostéopathie fonctionnelle à laquelle moi je n'adhère pas en fait. C'est pour ça que j'explique vraiment là, le modèle structurel. Quand je vous explique ça. Je disais justement notre outil, il est mécanique, à visée réflexe, mais ce n'est pas orthopédique. Et justement que tu penses aux cervicales, le fait de savoir que nous on ne cherche pas à augmenter la mobilité, on vient juste chercher à faire une technique brève, intense, isolée, localisée, on ne va pas...ça paraît beaucoup plus sécuritaire, que te dire je vais remettre en place une vertèbre cervicale. Ça donne moins l'impression que tu vas aller trop loin. Ensuite, une fois qu'on a traité, on donne soit des conseils d'hygiène de vie aux patients, quand tu es kiné, tu leur donnes quelques petits exercices qui seraient de la kinésithérapie à faire puisqu'il faut qu'il continue à solliciter les structures que tu as traitées si tu veux qu'ils entretiennent cette souplesse et cette élasticité, sinon il la reperd. Ou alors tu lui fais faire des séances, enfin on lui conseille, de poursuivre sur des séances de kinésithérapie s'il a besoin d'être aidé. Et si je devais résumer : l'ostéopathie, c'est une thérapie manuelle qui s'intéresse à la structure et la kiné, une thérapie active qui s'intéresse à la fonction. C'est à dire que nous on cherche à redonner cette souplesse/élasticité en ostéo. Mais derrière il faut faire fonctionner. Donc soit le patient est capable de faire fonctionner seul, soit il faut faire de la kiné et les deux sont complémentaires. Et pour que le traitement du patient soit durable souvent on a besoin ...

Tu fais les deux chez mes patients ?

Moi, personnellement ?

Oui, quand on te l'envoie ?

Moi, je me suis consacrée plutôt à l'ostéo.

Oui.

Donc thérapie manuelle.

Tu ne fais plus du tout...

Non voilà, je fais ma partie ostéo, je conseille des exercices de kiné puisque moi j'ai toujours ça en tête puisque j'ai toujours travaillé comme ça. Et si je sens que la personne... je ne peux pas trop lui donner... Je l'incite, parce qu'il y en a pas mal qui viennent me voir, qui eux ont aussi une ordonnance de kiné. Je leur dis oui, il faut faire des séances de kiné parce qu'il faut entretenir ça.

Mais tu ne fais pas la suite alors...

Non, je ne fais pas la suite. C'est très compliqué, justement pour des histoires de tarification aussi. Le patient il ne comprend pas trop quand tu fais le...

Oui il ne veut pas trop comprendre...

Oui il ne veut pas trop comprendre, le tarif ostéo, le tarif kiné.

Donc en général les gens que tu vois en ostéo, tu ne les vois pas en kiné.

Non. C'est sûr que ce serait intéressant, mais c'est difficile à gérer dans un même cabinet.

Non, je pense que certains, certaines personnes seraient aptes à comprendre que « je vous vois, dans un premier temps, j'évalue le truc en kiné, je vous fais un diagnostic » ...

Alors moi je ferais plutôt mon bilan « ostéo » ...

Ouais, mais tu sais, si tu les vois et si tu prends en premier en kiné, tu leur dis « bon voilà, je pense, je peux vous proposer ça, mais ça ne sera pas pris en charge et après on va reprendre un kiné ». Je pense que certaines personnes seraient aptes à entendre ce genre de discours...en disant « voilà, je vous prends kiné » et au cours de la kiné tu vois que ça ne progresse pas bien ... Je pense que certaines personnes tu peux leur proposer en leur disant « ce sera complètement indépendant, ce sera un acte d'ostéopathie ou de thérapie manuelle...ou ce que tu veux...qui sera à votre charge ou prise en charge par votre mutuelle mais qui ne s'intégrera pas dans les séances de kiné ». Voilà, je pense....

Il y en a qui pourraient l'entendre.

Je pense qu'il y a des gens qui pourraient l'entendre. Il y a des gens qui ne voudront pas l'entendre...surtout si tu vas leur demander, je ne sais pas combien tu prends, 50 ou 60€...

C'est 60 € en moyenne les séances.

Je pense qu'ils ne l'entendront pas...mais il y en a d'autres qui seraient tout à fait... en disant « on ne progresse pas, je pense qu'il y a besoin de ce geste là. Je peux vous le faire si vous voulez, mais ça sera » ...

Mais c'est que c'est complètement ce que tu dis.

Donc l'ostéo, ça s'adresse aux troubles musculo squelettiques, tout ce qui va être lombalgies, cervicalgies, NCB, et j'insiste NCB on peut très bien les prendre en charge quand ce n'est pas déficitaire, c'est à dire que si t'as pas de signe...

Si c'est déficitaire, ce n'est pas de votre ressort.

Oui mais ce que je veux dire c'est que nous quand on les prend, on fait, c'est ce que je te disais, on fait un diagnostic d'exclusion, on va faire des tests neuro moteurs, sensitifs pour s'assurer qu'on le prend en charge ; s'il a uniquement de la douleur, peut être qu'on peut le libérer, parce que la NCB c'est une zone, tu as une souffrance dans cette zone là, mais pourquoi cette zone là elle souffre ? Pourquoi cette zone là s'est retrouvée dans cet état là ? C'est bien le système complet qu'il faut aller regarder. D'accord ? Je ne te dis pas qu'on va aller manipuler l'étage où il y a la NCB.

D'accord, ok.

Voilà, en gros c'est comme ça que se passe une séance. Est ce que tu veux revenir sur les points là justement que tu me disais, quand tu disais...il y avait le côté... « Les pathologies ». Non, ça nous on exclut les pathologies organiques. Ou alors si le patient vient nous voir, nous on demande les antécédents du patient, donc on sait

quelle pathologie il a, on ne va pas avoir le discours déjà de dire « moi je vais soigner votre arthrose, je vais soigner... »

Ce qui n'est pas forcément le cas de tout le monde. Après...

Quoi donc ?

De tous tes collègues, enfin de tous les ostéopathes

Ah oui, mais c'est bien pour ça que là ce que je te décris, c'est l'ostéo structurale et pas les autres parce que je ne connais pas et la manière dont on réalise nos entretiens.

Ok.

De quoi est-ce que tu m'as parlé d'autre ? Il y avait le côté « les pathologies ». Il y avait... Il y a d'autres choses qui te posent question ? Il y a le côté...

Le côté digestif.

Oui voilà digestif, ça c'est pareil.

Ah oui, ça : « Je vous ai remis les intestins en place ».

Voilà. Il n'y a pas de bonne place. Moi c'est pareil, si je pose mes mains sur un ventre, je veux juste qu'il soit souple en fait. Oui, d'accord ? Donc si tu trouves des zones qui sont plus denses, tout ça, tu vas pouvoir les travailler pour assouplir le tissu. Mais je ne vais jamais dire à un patient « je vous ai traité le foie » ou quelque chose. Moi si je te fais un retour sur un patient, je vais te dire : j'ai trouvé... Nous on parle, on parle en zone, on ne parle pas d'organe, d'autant plus qu'il y a des variations en fonction des patients.

Et d'autant plus que tu peux très bien avoir une contracture qui est liée à tout autre chose, y compris une défense ou une...pathologie

Ah oui, mais la défense, je l'aurais exclue.

Oui oui, j'espère que nous aussi on l'aurait exclue.

Oui mais ils viennent, ils peuvent venir en première intention chez nous. C'est ce que je te dis, ça on l'aurait exclu. Et si je te renvoie un patient, je vais te dire « ah ben moi j'ai trouvé une zone dense au niveau de l'hypocondre droit ». Je ne vais pas te dire « le foie », même si dans ta tête tu mets tes mains ici, tu penses que tu es à peu près en regard du foie.

D'accord.

Nous on parle en zone et si je te fais un retour, je vais te dire cette zone là. Après c'est votre domaine de compétence de dire : « ah ben là je vais peut-être investiguer quelque chose ».

Tout à fait.

Donc les mains dans le ventre. Le travail viscéral c'est pareil que si je touche un genou, c'est la souplesse des tissus. Parce que si t'as une restriction, ça peut avoir un retentissement sur tout le fonctionnement du patient.

D'accord.

Tu as d'autres choses ?

Comme ça, non. Ça ne me vient pas forcément. Je t'ai dit tout ce que je pensais. Je pense qu'on a des avis à peu près équivalents je ne sais pas ?

Il y a des choses qui reviennent, tout n'est pas... Ce que je t'ai expliqué, ça correspond à l'idée que tu te faisais de l'ostéopathie ou pas ?

Je sais que tu as une prise en charge ostéopathique qui est certainement différente de celle dont j'ai entendu parler et dont j'avais discuté avec [untel] ou des choses comme ça, ou des gens comme ça qui sont des gens qui ne sont pas forcément de la même génération. Donc je pense que l'ostéopathie évolue aussi, les techniques ostéopathiques, avant tu avais une école sur Lyon, après trois ou quatre, tu en as sur Genève. J'ai un charlatan

qui a fait une école sur Genève. Je ne sais pas où il l'a fait mais bon... il est venu avec des trucs ...après cela fait très longtemps que je ne l'ai pas vu...je crois qu'il est reparti de Mâcon... Tu vois ? Enfin je ne sais pas si une vraie école à Genève... j'espère.

D'ostéopathie ou... ?

D'ostéopathie.

Oui, il y en a certainement. Oui mais effectivement il y a plein de courants différents et l'idée de venir vous expliquer, c'est de voir si ça vous dit ça vous parle aussi.

Et la poudre à 60 € le sachet ? (Rires)

Oui voilà. (Rires)

Non, je pense qu'on reste professionnel de santé...

J'espère.

J'ai l'impression que toi, c'est ce qui te semble important chez un ostéo.

Ah ben oui complètement oui.

Ok.

Je me vois mal conseiller quelqu'un qui n'est pas professionnel de santé.

Oui ok. Je te remercie.

Toute la difficulté c'est de faire la différence entre le professionnel de santé, l'ostéopathe, et le rebouteux.

Mais il n'y en a pas. En fait, si tu mets ta plaque ostéo, personne ne sait si tu es un professionnel de santé ou pas.

Mais le rebouteux ? (Rires)
C'est quelqu'un qui fait fortune dans la...

Ah, oui ?

Mais qui a des voitures... qui voit dix ou quinze personnes dans son après midi... les gens donnent ce qu'ils veulent. Mais il fait aussi bien du « reboutage » de dos, de trucs comme ça, que de douleurs d'hémorroïdes, tu vois ?

Oui, mais c'est le côté « prétendre tout traiter ». Moi je pense qu'il faut savoir rester chacun dans son domaine de compétence et c'est ce que j'essaye d'expliquer aussi. Ça marche ?

Ok

Je ferai sûrement passer un questionnaire après dans les semaines ou mois à venir pour faire un retour sur ces entretiens, voir ce que ça apporte.

D'accord.

Médecin 6

C'est parti. Donc oui, en fait je suis en dernière année d'école d'ostéopathie structurelle, dans une école qui est à Rennes, qui est réservée aux professionnels de santé, et je fais ces entretiens dans le cadre de mon Travail d'Étude et de Recherche, en fin le « mémoire » que l'on doit faire pour valider notre diplôme. Et le thème que j'ai choisi d'aborder, moi, c'est la collaboration médecin ostéopathe. Du coup, j'ai une petite liste de questions pour savoir quelle est votre pratique.

Donc déjà, qu'est-ce que vous connaissez de l'ostéopathie ? Qu'est-ce que vous pouvez m'en dire assez brièvement ?

Tout ce que l'on connaît. On va dire que c'est une technique basée plus sur la manipulation. Moi, je ne l'envisage que dans l'optique de traiter des désordres structurels. Voilà donc plus pour le côté rhumato, mécanique quoi. L'ostéopathie pour traiter des maladies d'organes, j'y crois un peu moins. Je n'y crois même pas du tout.

Ok. Est-ce que vous avez recours à l'ostéo vous-même ?

Oui

Vous avez déjà fait plusieurs séances, plusieurs praticiens ?

Ah pour moi-même. Non, pour moi-même non. Si si une fois, je dis des bêtises, j'étais tout jeune, si une fois.

Ok. Et donc la deuxième question, c'est pour vos patients ?

Oui, alors voilà, je l'avais plus compris comme ça. Oui, oui, oui, j'ai recours. Ça m'arrive d'envoyer des patients chez l'ostéo comme chez le chiro.

Ok, vous les envoyez chez un ostéopathe en particulier, que vous connaissez ?

Oh oui, enfin je n'en connais pas trop, non. Ça m'arrive, si ça m'arrive d'en envoyer chez [untel] ou chez la miss qui est à [ville], j'ai perdu son nom. Ils sont plusieurs, qui sont rue de [xxx] ?

[Unetelle] ?

Oui voilà, merci.

Ok pour vous, le fait, donc vous n'en connaissez pas trop, mais le fait que l'ostéopathe soit kiné et donc professionnel de santé, ça... ?

Ah ben, c'est nettement mieux oui, c'est pour ça aussi que j'envoyais chez [untel].

D'accord, il était kiné aussi ?

Il était kiné oui, à la clinique il y a assez longtemps mais...

D'accord. Et vous les orienter vous m'avez dit pour quel type de... ?

Du côté plutôt mécanique, problèmes dorsaux... Alors, moi ça m'arrive de faire quelques manipulations. Quand j'ai fait ma médecine du sport il y a 20 ans, je l'ai fait avec un médecin qui avait fait ses études d'ostéo. Il nous avait enseigné quelques techniques, donc au niveau lombaire, au niveau un peu dorsal, je ne touche jamais aux cervicales et le reste je ne sais pas faire donc je ne fais pas.

D'accord.

Mais au niveau lombaire et au niveau dorsal ça m'arrive.

Donc vous, vous voyez un intérêt quand les patients ils viennent pour...

Bien sûr, et ils ressortent en étant nettement mieux.

Ok.

Mais ça reste le côté mécanique, que du côté mécanique. Et après, alors pourquoi j'aime, je préfère que ce soit un kiné parce que, alors je ne mets pas en cause les gens qui ne sont pas kiné ou même pas..., mais je veux dire, il faut faire un bilan bien défini avant pour ne pas manipuler n'importe quoi.

Ok, je vais y revenir après de toute façon. Qu'est ce qui peut représenter un frein justement à l'orientation des patients en ostéo ?

Bah, un vrai frein, un vrai frein, ce serait quelqu'un qui n'a pas la compétence, c'est tout. Maintenant, moi je ne suis pas juge. Le seul souci, c'est qu'il y a encore quelques années, n'importe qui pouvait s'installer comme ostéo. Donc ça a émis un petit peu le discrédit aussi un peu. Quand je voyais des gens qui étaient, qui avaient des hernies discales et qui se faisaient, enfin, dont le bilan montrait une hernie discale et qui avaient été manipulés plusieurs fois par l'ostéo, on peut se poser des questions quoi. Voilà, donc c'est peut-être ça le frein initial.

Maintenant, c'est vrai que je n'ai plus vraiment de frein parce que j'utilise même quelquefois les techniques, donc je n'ai pas vraiment de frein.

Du coup, j'en viens à la dernière question, est-ce que vous diriez que vous avez plutôt une bonne ou mauvaise opinion ?

Plutôt une bonne opinion.

J'ai demandé très arbitrairement aux autres entre zéro et dix pour.

L'intérêt vous voulez dire ?

Oui.

8, oui pour moi ça fait partie de l'arsenal thérapeutique.

Ok. Maintenant, ce que j'aimerais moi, c'est justement vous présenter ce que je fais en ostéopathie structurale, comment se déroule une séance. Pour que l'on puisse après confronter nos points de vue, que puisse répondre si vous avez des questions, je reviendrai notamment sur la hernie discale par exemple. Donc en ostéo structurale, qu'est-ce qu'on cherche à faire ? On cherche à faire fonctionner de nouveau les zones qui ont perdu leurs qualités de souplesse et d'élasticité. Pourquoi ? Parce que ce sont en général, ces zones-là, qui sont à l'origine de douleurs par compensation. Cette perte de souplesse et d'élasticité, comment elle s'installe : soit par manque de sollicitations, par manque d'entraînement, soit secondairement à une immobilisation, suite à une entorse de, par exemple, qu'on aurait immobilisée. Je prends un exemple assez simple : vous avez un patient qui lève rarement le bras en l'air, qui n'a plus l'habitude de faire ça, qui décide de faire des travaux, qui repeint tout un plafond. Il se retrouve avec une tendinopathie de l'épaule, voire une bursite. On va se dire qu'il a trop forcé sur ces tendons en faisant ça. En fait, ce n'est pas qu'il a trop forcé sur ses tendons, c'est qu'il a forcé sur un...

Il a surutilisé une articulation qu'il n'utilisait pas.

C'est ça, il a forcé sur un système qui manquait de liberté. Du coup, il va compenser sur des structures qui deviennent douloureuses parce qu'il y a une mauvaise répartition des contraintes. Ça vous parle ?

Oui oui, tout à fait.

Si vous pratiquez aussi un peu... Après, en pratique, la séance, elle commence toujours par une anamnèse et un examen clinique. C'est ce que vous disiez tout à l'heure. Notre but à nous, ce n'est pas de faire un diagnostic médical, c'est de faire un diagnostic d'exclusion.

Oui.

C'est à dire qu'on doit avant toute chose s'assurer que l'état du patient ne nécessite pas une prise en charge médicale. D'autant plus s'il vient nous voir en première intention. L'ostéo n'est pas là pour remplacer la médecine. Ce sont deux approches complémentaires et on ne traite pas des pathologies organiques, on traite uniquement des troubles fonctionnels. Je reviens sur ce que vous disiez tout à l'heure. Ou alors on va traiter les troubles fonctionnels, quand il y a une pathologie organique et qu'elle est connue et traitée médicalement.

Ok.

Et on va traiter les troubles fonctionnels, on ne va pas dire aux patients qu'on est en train de traiter sa pathologie, il faut faire attention dans la terminologie un petit peu.

Ensuite, une fois qu'on s'est assuré que le problème du patient était bien dans notre domaine de compétence, on fait des tests pour déterminer quel tissu est le plus en cohérence avec la plainte du patient. Je reviens sur l'épaule tout à l'heure, ça va être la biomécanique d'épaule. Ce n'est pas uniquement la gléno-humérale, ça va être la sonnette externe de l'omoplate, les dorsales, les côtes, ça, ça vous parle ?

Oui.

Et ensuite, on traite par une manipulation la plus directe possible, sans bras de levier. On est...en structurel, c'est très direct. Je ne sais pas quel type de manipulations vous faites ?

C'est ce genre-là. Moi je n'ai pas, comme je vous disais, je ne fais pas l'épaule, je reste, ça reste assez simple, ça reste axial et dorso-lombaire.

L'idée, le but, c'est d'aller modifier les qualités mécaniques du tissu par voie réflexe et pas chercher, comme on l'entend souvent, à « repositionner un bassin vrillé, à remettre en place une vertèbre ». On n'a pas de notion positionnelle en ostéo structurelle. Ce n'est pas forcément le cas dans d'autres types d'approche, mais il n'y a pas une bonne place d'une vertèbre. Nous, on veut juste que ce soit souple et élastique et que les contraintes puissent se répartir correctement partout. Donc cette notion-là, le fait qu'on ne cherche pas à redonner de l'amplitude, à bouger une articulation, ça donne un caractère assez sécuritaire aux manipulations. Ce ne sont pas des manipulations orthopédiques qu'on fait.

Oui.

Ensuite, une fois qu'on a traité, on va soit donner des conseils d'hygiène de vie aux patients parce que cette souplesse et cette élasticité, une fois qu'on l'a retrouvée par la manip, il va falloir faire fonctionner si on veut conserver ça.

Oui.

Si on pense que ce n'est pas suffisant, on lui conseille de faire aussi de la kiné à côté. Et en résumé l'ostéopathie c'est une thérapie manuelle qui s'intéresse à la structure et la kiné, une thérapie active, qui s'intéresse à la fonction. Les deux sont complémentaires...

Complémentaires.

...et on a souvent besoin des deux pour traiter durablement le patient. Et pour finir, toutes ces techniques, elles s'intéressent, donc comme vous le disiez, pour moi c'est plutôt tous les troubles musculo squelettiques type lombalgies, cervicales, et je rajoute dedans NCB, hernie discale, suite d'entorse. La hernie discale, pourquoi ? Parce que moi une hernie discale je vais faire un test sensitif et moteur. Si elle n'est pas déficitaire au niveau sensitif, moteur, rien ne m'empêche d'aller la manipuler, de manipuler l'étage quand même en restant direct et sans mettre de rotation.

Oui voilà c'est ça.

Et je ne pense pas qu'on puisse être délétère à ce niveau-là.

Oui d'accord, dans ce sens-là, oui mais là on...

A fait un bilan, on sait qu'elle n'est pas...

Oui voilà. Et puis ce n'est pas la technique qu'on a vu dans les années, il y a encore quelques années et qui est encore utilisée par pas mal d'ostéo où on va mettre les gens en rotation extrême jusqu'à ce que l'on entende le petit clac, là qui...

Ce qu'on appelle en « lombarol ».

Voilà.

Ça c'est assez inconfortable.

Et puis c'est même dangereux.

Et pour le coup un « lombarol » sur une hernie discale... Je suis d'accord... Voilà, mais du coup, donc il y a les troubles musculo squelettiques, mais on peut avoir une action justement sur tous les troubles fonctionnels, même quand c'est dans des cas de pathologies type du reflux gastro-œsophagien, des colopathies fonctionnelles, l'endométriose, des pathologies comme ça, où quand même, on va pouvoir avoir une action sur la structure, pas sur la...

Oui oui.

Est-ce que la manière dont je vous explique l'ostéo structurelle, ça correspond à l'idée que vous vous faisiez de l'ostéo ?

Alors c'est une technique, bah après apparemment ça... non... enfin oui, c'est une idée que je me fais de l'ostéo comme je l'entends. Parce que justement, là, vous êtes en train de me parler d'une technique plus douce, une technique qui ne va pas mettre les articulations en souffrance.

Vous dites douce, mais c'est vrai que des fois on entend parler de, soit par les médecins, soit par les patients « d'ostéopathie douce », c'est à dire ceux qui ne font pas craquer. Vous ça ne vous perturbe pas de faire craquer ?

Non, ça ne me perturbe pas, non, parce que moi ça m'arrive.

Parce qu'il y a différentes manières de faire craquer je pense.

Ça m'arrive de faire craquer, en dorsal c'est très souvent, on fait craquer. Mais je ne fais pas craquer parce que je mets, je plie le monsieur en deux quoi. Non faire craquer en lui-même, ce n'est pas le fait de faire craquer qui me pose problème, c'est le fait d'aller manipuler une articulation sans avoir fait un bilan initial et sans avoir pris vraiment la mesure de la dangerosité potentielle.

Ça nous, voilà, on gère ça par notre diagnostic d'exclusion, on a des cours de sémiologie.

Oui bien sûr, ok.

Et donc la manière dont je vous l'explique tout cela, ça pourrait modifier votre manière d'adresser ou peut être porter sur d'autres pathologies, peut-être moins de craintes sur... ?

Oui, après, à voir. Oui, oui mais pourquoi pas. Pourquoi pas. Je ne suis pas obtus là-dessus. Je ne suis pas obtus là-dessus je veux dire non, non, pas du tout. Pourquoi pas, moi je veux bien, je veux bien essayer. Ça m'arrive d'envoyer, alors ce n'est pas l'ostéo, c'est un chiropracteur. Ça m'arrive d'envoyer à [ville], pas forcément que pour des choses, pas forcément que pour des douleurs musculaires.

Oui

Et je vois, j'ai le retour, en discutant avec des patients, je vois un peu la prise en charge qu'il a également. C'est une prise en charge également un peu globale, où il va donner des conseils ou alimentaires, des conseils de mouvements, d'hygiène de vie, en fait. Donc non, non, sur ce point de vue-là, je n'ai pas de problème là-dessus.

Et le retour que vous avez, il est par les patients, ce n'est pas le... ?

Oui oui, c'est que par les patients.

Oui, parce que j'ai oublié de vous demander tout à l'heure, c'est : est-ce que vous avez déjà justement échangé ou rencontré des ostéopathes pour discuter de leur pratique ?

Alors ostéo, non. Ah si, si j'ai rencontré [untel] quand il s'est installé, parce que lui c'est au moment où il changeait son statut kiné pour ne faire que de l'ostéopathie. Donc là il est venu se présenter au cabinet, on a discuté un petit peu de ce qu'il faisait, mais c'était il y a 20 ans, quand il s'est installé, ou 18 ans. Je ne m'en souviens plus, mais c'était il y a très très longtemps, donc je l'ai vu une fois. Mais bon...

Il n'y a pas d'échange... ?

Il n'y a pas vraiment d'échange, non, pas vraiment d'échange.

Et ça c'est quelque chose qui vous intéresserait quand même, d'avoir...

Bien sûr, bien sûr.

Je pense qu'on ne peut pas le faire pour tous les patients.

Non.

Mais quand il y a un cas un peu particulier.

En fait, quand le patient va bien, on s'en fiche d'avoir des échanges, si ça va bien, tout le monde est content. Tant mieux. C'est quand en fait, on voit qu'on n'y arrive pas quoi. D'un côté ou de l'autre, on n'y arrive pas, donc on envoie chez l'ostéo ou alors vous, vous êtes consultée en premier, et puis vous voyez qu'il y a un truc qui ne va pas, ok. Mais en travaillant de concert c'est quand même mieux pour le patient. Mais un peu comme quand vous êtes kiné. Vous êtes kiné, vous m'appelez : « J'ai un problème, j'ai un doute. Je pense qu'il faudrait plutôt un examen complémentaire parce que là... » voilà, on travaille ensemble.

Moi c'est ce qui m'intéresserait. L'idée de faire des entretiens...

Oui, oui je comprends.

...c'est de pouvoir collaborer et qu'il y ait un potentiel échange, au service de la santé des patients.

Des patients, oui, tout à fait.

Voilà, vous avez des questions ?

Euh... non... non... Ce que j'ai vu, alors ce n'est peut-être pas de votre ressort ça. C'est les ostéos qui manipulent la tête des bébés dans les craniosténoses ou dans les plagiocéphalies.

Alors justement, vous faites bien la différence, dans la cranio sténose : non...

Oui, dans la plagiocéphalie oui.

...là on doit réorienter. Et dans la plagiocéphalie, oui, bien sûr. On va... le crâne du bébé c'est... le crâne, ce n'est pas quelque chose qui bouge comme les autres articulations. Par contre, ça doit avoir la capacité de se déformer.

De se déformer oui.

Donc ça, on peut travailler là-dessus. Et puis surtout, surtout les cervicales, l'engagement de l'occiput, tout ça. Ça on a un intérêt à le travailler, avec tout ce qui est aussi conseils aux parents sur...

Le positionnement.

Moi je leur donne une fiche avec tous les conseils de stimulation, de positionnement.

D'accord ! Ça c'est intéressant parce que moi j'en vois, j'ai l'impression d'en voir de plus en plus, des plagiocéphalies, positionnelles hein, principalement, traditionnelles, avec un gamin qui est qui a probablement un peu torticolis congénital, qui regarde toujours du même côté. Et on essaye de conseiller les parents, mais je pense que c'est mieux avec un ostéo. On s'occupe de plein de choses chez le bébé et du coup déjà on a un peu moins de temps, il faut dire les choses telles qu'elles sont. On a de moins en moins de temps. Et puis, un professionnel qui ferait que ça, je pense que c'est mieux, c'est mieux parce qu'on peut prendre beaucoup plus de temps et d'attention à ce problème-là. Donc ça, moi ça m'intéresse aussi.

Oui, ça nous on va détecter, craniosténose ce n'est pas pour nous.

Oui.

S'il y a un noyau au niveau du SCOM...

Oui.

...ce n'est pas pour nous non plus. Par contre pour tout le reste, oui, on va pouvoir avoir une action.

Ok.

Voilà... je coupe ?

D'accord.

Médecin 7

Voilà, donc pour vous situer les choses, moi je suis kiné, on a déjà travaillé ensemble en kiné mais je suis en dernière année d'école d'ostéopathie à Rennes, donc d'ostéopathie structurelle. C'est une école qui est réservée aux professionnels de santé. Et donc je réalise ces entretiens parce que le thème que j'ai choisi d'aborder c'est la collaboration médecin/ostéopathe. Donc j'aurais des questions à vous poser, ensuite des choses à vous expliquer pour que l'on puisse échanger derrière. Donc la première question que j'aurais à vous poser, c'est qu'est-ce que vous connaissez de l'ostéopathie ? Qu'est-ce que vous pourriez m'en dire brièvement ?

Euh, j'en connais peu de choses, peut-être un peu à travers les patients, mais oui, non c'est vrai, je ne me suis jamais trop posé la question.

Ok.

Je sais qu'il existe différentes formes d'ostéopathie, etcetera, mais voilà...

D'accord, est ce que vous êtes déjà allé vous, chez un ostéopathe ?

Il y a très très longtemps, il y a très très longtemps...ça doit remonter à plus de quinze ans. J'étais allé voir madame [unetelle], à l'époque j'avais des cervicalgies, mais elle ne m'avait rien fait. (Rires)

Ça ne vous avait pas soulagé ?

Non, non, mais elle ne m'a même pas... Je veux dire elle ne m'a même pas touché quasiment, bon je lui ai montré, j'avais de l'arthrose cervicale, etcetera, mais... oui quoi, non voilà, elle m'a dit je pense qu'elle ne pouvait pas faire grand-chose pour moi il me semble voilà.

D'accord.

C'est la seule fois où j'y suis allé là.

Ok, et est-ce que vous orientez vos patients chez des ostéopathes ?

Ça arrive de temps en temps, oui.

Vous les envoyez chez des ostéopathes en particulier ou quelqu'un que vous connaissez ou vous les laissez choisir ?

Non, oui je les laisse choisir oui. Alors je ne sais pas oui, parce que vous parlez de l'ostéopathie, c'est vrai qu'il y a les chiropracteurs qui sont un peu une autre approche et c'est vrai que la chiropraxie, je me rappelle de mon père qui allait chez un chiropracteur, c'était à Lyon ça. Et donc j'ai toujours eu un truc, un petit peu, une approche un peu, peut-être plus...

Donc vous envoyez plutôt chez des chiros ?

Oui, voilà, mais plutôt... oh ça m'est arrivé de donner l'adresse de [untel].

[Untel] ?

Oui voilà [untel]. Peut-être trois ou quatre fois quoi voilà, je ne suis pas très...et oui voilà. Après c'est vrai qu'il y a eu des discours sur l'ostéopathie, négatifs.

J'allais y venir. Quels seraient les freins pour vous à l'orientation des patients en ostéopathie ?

Donc dans ma pratique médicale, ce que j'ai entendu c'est de la part de retour de rhumatologues hospitaliers qui disaient que dans les cervicales, il ne fallait pas trop y toucher. Voilà. Et les derniers en date que j'ai eus, c'était plutôt comme ça, il y a eu beaucoup de monde, j'ai entendu à la radio il y a deux ou trois mois de ça, des pédiatres qui étaient absolument remontés contre l'ostéopathie pédiatrique. Voilà. Mais je n'ai pas du tout une expérience personnelle et je... (Rires).

Ça c'est le mouvement « No Fakemed » justement qui date de, je crois septembre octobre où effectivement il trouve beaucoup, trouve qu'il y a de l'abus dans le fait d'emmener systématiquement les bébés et de multiplier les séances.

Voilà, alors que j'ai eu [unetelle] et je lui ai adressé pendant longtemps des enfants, je disais aux parents : « votre bébé, il ne tourne pas bien la tête, il faudrait peut-être faire quelque chose ».

J'allais dire, vous quand vous orientez des patients chez l'ostéo ou du coup chez le chiro, ça va être pour quoi comme type de plainte ?

C'est juste pour... en pédiatrie c'était surtout ça, c'était ces nourrissons qui étaient un peu... on en voit quand même, ils sont un peu bloqués, ou au niveau cervical, ou brachial après l'accouchement, il y en a qui ne sont pas... voilà, donc voir si on peut avoir une petite aide là-dessus.

Et chez l'adulte ?

Chez l'adulte c'est, je vais dire, c'est plus quand la personne a un conflit qui n'est pour moi pas vraiment rhumatismal avéré. Je veux dire on a tous de l'arthrose, des trucs comme ça et moi j'ai quand je vois, j'ai des gens, moi-même je souffre d'une arthrose cervicale qui est très importante et je ne vais pas chez l'ostéopathe parce que de toute façon il ne va rien pouvoir y faire. C'est mon vécu. Donc je me dis que pour les patients c'est un peu pareil ou alors il faudrait y aller quasiment tous les mois. Et pour moi l'ostéopathie ce n'est pas aller tous les mois chez quelqu'un pour faire des soins. Voilà.

On est d'accord.

Autant, on fait des soins de kiné, je suis bien d'accord pour arriver à décontracter, masser etc. Voire faire de la rééduc'. Là c'est différent, ce n'est pas la même approche. Mais moi si vous voulez je ne crois pas aux trucs, aux trucs miracles. Voilà. (Rires)

Ok, on reviendra, je note et je reviendrai avec vous aussi sur l'arthrose. Est-ce que vous avez déjà échangé ou rencontré des ostéopathes pour parler de leur pratique ?

Non.

Non jamais, ok. Et du coup, est ce que vous diriez que vous avez plutôt une bonne ou une mauvaise opinion de l'ostéopathie ?

Je n'ai pas de mauvaise opinion. Je sais que j'ai des enfants d'amis qui ont fait la formation et qui sont ostéos. J'ai des anciens patients qui sont ostéos. Voilà, je n'ai pas d'avis négatif sur la question.

Ok, moi ce que j'aimerais maintenant, c'est vous présenter ce que je fais en ostéopathie structurale, comment se déroule une séance type pour qu'ensuite on puisse confronter nos points de vue et que je puisse vous répondre si vous avez des questions et on ré-abordera les petits points dont vous avez parlés quand vous avez répondu aux questions. Nous, ce qu'on cherche à faire en ostéopathie structurale, c'est à faire fonctionner de nouveau les zones qui ont perdu leurs qualités de souplesse et d'élasticité.

Huhum.

Pourquoi ? Parce que ce sont ces zones-là qui généralement sont à l'origine de douleurs par phénomène de compensation. Cette perte de souplesse et d'élasticité, comment elle s'installe : soit par manque de sollicitation, par manque d'entraînement, soit secondairement à une immobilisation. On prend un exemple simple : vous avez un patient qui lève rarement le bras en l'air, qui n'a plus l'habitude de travailler comme ça, qui décide de faire des travaux, il va repeindre tout un plafond. Il se retrouve avec une tendinopathie de l'épaule, voire une bursite. Vous avez déjà eu des cas comme ça ?

Oui oui.

On va se dire qu'il a trop forcé sur ses tendons. En fait ce n'est pas qu'il a trop forcé sur ses tendons, c'est qu'il a forcé sur un système épaule qui manquait de liberté. Du coup, il va aller compenser sur des structures qui deviennent douloureuses parce qu'il y a une mauvaise répartition des contraintes. Son épaule n'est plus habituée à faire ce mouvement. Quand on parle de l'épaule, on pense à la gléno-humérale et tout de suite au tendon. Mais l'épaule, ce n'est pas uniquement ça. En biomécanique, vous avez pour votre mobilité d'épaule, vous avez la sonnette externe de l'omoplate, l'extension des dorsales en fin d'amplitude. Et tout ça, si ça manque de souplesse et d'élasticité, on va se retrouver avec une surutilisation de cette zone-là et finalement avec une douleur, sur une zone qui va être sous-utilisée, qui hypo-fonctionne.

D'accord.

Ça vous parle ?

Oui, oui oui, je vois ce que... je comprends vos explications.

C'est un exemple comme ça. En pratique, la séance, elle commence toujours par une anamnèse et un examen clinique, non pas pour faire un diagnostic médical, ce que vous faites quand vous recevez vos patients, mais un diagnostic d'exclusion. C'est à dire qu'on doit s'assurer avant toute chose que l'état du patient ne nécessite pas une prise en charge médicale. On ne traite pas des pathologies organiques, on traite uniquement des troubles fonctionnels. Ou alors on va traiter les troubles fonctionnels qui sont liés à une pathologie quand elle est connue et traitée. Mais on ne va pas prétendre traiter la pathologie. On parlait de l'arthrose tout à l'heure. L'arthrose c'est le cartilage. Le cartilage, il n'est pas... la personne, elle a mal...

Oui.

...mais le cartilage il n'est pas innervé. Donc ce n'est pas le cartilage qui fait mal, ce sont les structures autour qui souffrent. Et c'est là que je pense, on peut quand même avoir une action, on ne va pas soigner l'arthrose. Par contre on va améliorer au niveau des troubles fonctionnels qui sont liés.

Donc une fois qu'on s'est assuré que le problème du patient était bien dans notre domaine de compétence et j'insiste là-dessus, avec nos diagnostics d'exclusion. On fait des tests pour déterminer quel tissu est le plus en cohérence avec la plainte du patient. Donc l'exemple de l'épaule où on va aller investiguer le coude, les dorsales, les côtes, éventuellement remonter jusqu'aux cervicales et on traite par une manipulation la plus directe possible, sans bras de levier, avec pour seul but d'aller modifier l'état du tissu, de retrouver cette souplesse et cette élasticité par voie réflexe. On n'a pas une action orthopédique. Ça c'est important d'avoir cette notion-là. Nous on n'a pas de notion positionnelle en ostéopathie structurelle, on ne va pas chercher comme on entend parfois, à « remettre en place des vertèbres, à repositionner un bassin vrillé ». Notre action, elle est mécanique à visée réflexe, pour qu'il y ait ce gain de souplesse et d'élasticité et qu'il y ait de nouveau une bonne répartition des contraintes.

Huhum.

Ça c'est important, cette notion elle est importante pour le côté sécuritaire de nos manipulations. Vous parlez des cervicales, ça peut paraître impressionnant, mais on peut aller manipuler des cervicales en étant... on ne va pas aller dépasser la barrière physiologique. D'accord ?

Oui oui, c'est un peu le... Voilà.

C'est un peu ce qui peut faire peur parfois.

Oui.

Ensuite, une fois qu'on a fait le traitement, on va soit donner des conseils d'hygiène de vie au patient parce qu'on a besoin qu'il continue à faire fonctionner les zones qu'on a traitées, sinon il va, pour entretenir en fait ces qualités de souplesse et d'élasticité. Sinon, il y a toutes les chances qu'on perde ce gain-là.

En une séance ce n'est pas... C'est suffisant ?

Sur quelque chose de d'aigu, je pense qu'une séance peut être suffisante...

Huhum [acquiesce]

...si ensuite on donne des conseils d'hygiène de vie aux patients et qu'ils continuent à entretenir ce qu'on a traité. Sur un problème qui est plus ancien, qui est chronique, il y a de grandes chances qu'il faille faire plusieurs séances pour que ce soit mieux. Et c'est souvent là, et c'est ce que j'allais dire, soit on donne des conseils d'hygiène de vie, soit on conseille aux patients de faire de la kinésithérapie parce que, en résumé, l'ostéopathie c'est une thérapie manuelle qui s'intéresse à la structure. On va essayer de changer l'état du tissu. Et la kinésithérapie, une thérapie active qui s'intéresse à la fonction.

[Acquiesce]

Les deux sont complémentaires et souvent on a besoin des deux pour traiter durablement le patient. Parce qu'en effet, sinon on peut se dire : ok suite à mes manipulations, il y a une amélioration, mais s'il n'y a pas de changement dans la manière de fonctionner, c'est sûr que ça aurait tendance à revenir.

Oui.

Toutes ces techniques, ça s'intéresse aux troubles musculo squelettiques types cervicalgies, lombalgies, suites d'entorses de cheville, NCB, même sur des cas de hernie discale quand c'est non déficitaire. Mais on peut aussi les traiter quand on a des colopathies fonctionnelles, du reflux gastro gastro-œsophagien, de l'endométriose. Ça, ça va être plutôt la complémentarité avec le traitement médical, d'aller traiter les troubles fonctionnels qui sont associés.

D'accord. Cette approche sur les pathologies fonctionnelles, digestives, gynéco, effectivement ça c'est pour moi, c'est un peu abstrait. [Rires] Voyez...

Il faut s'imaginer que nous on ne traite pas des organes.

Oui.

Nous on traite le tissu conjonctif, on va avoir une action, et le tissu conjonctif, il est partout en fait. Donc on va, on va simplement aller chercher dans la zone, vous allez me dire, gynéco ou quoi, on va juste faire en sorte que ces zones-là, elles soient souples et élastiques et qu'elles ne soient pas sensibles quand on va aller les solliciter.

Huum, d'accord, comme des manipulations entre guillemets profondes au niveau abdominal, on peut arriver à mobiliser un peu ces tissus...

Oui, on a un abord qu'on appelle entre guillemets « viscéral », qui est en fait un abord antérieur où on va aller...la première chose, on va avoir tous les tissus, les organes, mais on ne traite pas un organe en particulier. Un ventre, vous mettez votre main dessus, il doit être souple normalement.

Oui oui.

Si vous mettez vos mains dans un ventre et qu'il y a des zones qui sont un peu durs, je ne parle pas de défenses réflexes hein...

Non non non.

...mais des zones un peu dures. Là on va, on va pouvoir avoir une action, de la même manière qu'un muscle va être « spasmé ». Et on a tout l'abord antérieur de la colonne en avant. Quand vous venez en profondeur, vous avez les organes, mais après, une fois que vous avez épuisé toute la capacité des organes devant, vous avez la colonne, vous avez tout le système musculaire, ligamentaire, qui est en avant de la colonne. Et ça, souvent quand les patients sont lombalgiques, on n'y pense pas forcément à ça.

Ah oui oui.

Il a mal au dos, on va traiter dans le dos, mais la colonne on peut bien l'aborder par voie antérieure.

Ouais ouais.

Donc quand on dit qu'on fait des techniques « viscérales » entre guillemets, on ne traite pas les viscères, c'est plutôt un abord antérieur dans nos manipulations, dans notre pratique.

D'accord. Et sur un reflux alors ? Parce que les reflux, nous on a fréquemment quand même, des pathologies organiques qui existent, que ce soit hernie hiatale ou...

Nous on ne va pas traiter la hernie hiatale, mais même si on a connaissance que le patient il a une hernie totale, on ne va pas toujours l'opérer ?

Non, oh bah non.

Donc, nous on va pouvoir, par notre action, s'il y a des tensions dans ce système-là, s'il y a un tissu qui a fibrosé, qui a...on va bien pouvoir redonner un petit peu de liberté dans la zone et permettre à tout ce qui est sphincter tout ça, entre guillemets de mieux fonctionner. D'accord ? Une zone qui reçoit plein de tension ne va pas pouvoir fonctionner correctement. Donc on va améliorer un petit peu fonctionnellement le patient, on ne va pas le traiter, mais entre ça et une chirurgie, sachant qu'on en fait pas toujours...

Oui le plus souvent d'ailleurs.

...ça peut apporter un confort aux patients.

Bon d'accord.

On a parlé de quoi, de ça, de l'arthrose. Oui donc vous dites : « quand ce n'est pas rhumatismale... ». En effet, nous on va déjà rechercher tout ce qui va être plus d'ordre inflammatoire et ça, ce n'est pas notre domaine de compétence. Et c'est là que si le patient vient en première intention mais qu'on se dit qu'il y a peut-être une pathologie inflammatoire sous-jacente, là on le délègue.

Oui.

Ou alors s'il n'y a pas de signe de gravité, on peut bien lui faire une séance quand même tout en lui disant par contre, je ne sais pas, « l'horaire de vos douleurs tout ça, aller voir votre médecin pour ça ».

S'il y a un truc qui vous alerte, oui voilà, vous renvoyez.

Voilà.

Ne vous inquiétez pas, je rentre des examens que je n'ai pas fait depuis que je suis rentré de vacances, donc je clique et c'est tout ce que je fais. (Rires)

Ce n'est pas un problème.

J'essaye d'être concentré en même temps.

Non vraiment, le message que j'essaye de faire passer c'est que :

- *On respecte notre domaine de compétence justement parce qu'on ne doit pas avoir un discours de traiter des maladies, des organes, il faut vraiment séparer les troubles organiques et les troubles fonctionnels ;*
- *Et dans le type de manipulation de se dire qu'on cherche un effet reflexe. Comme on n'aura pas cette notion de vouloir redonner de la mobilité, il n'y a pas de dangerosité à aller « trop loin » quoi. C'est dans l'intention que c'est important.*

D'accord, et parce que, bon, pour soigner une épaule, etc. La durée de cette manipulation est relativement longue à mon avis, non ? Ce n'est pas... Je ne sais pas...

La durée d'une séance ? Vous voulez dire la séance ?

Oui voilà, en fait, vous faites peut-être un truc dans la globalité, puis après vous vous orientez plus sur la plainte de la personne.

On part de la plainte et on va chercher de proche en proche les zones qui peuvent avoir un lien. Alors nous on raisonne en lien mécanique, neurologique et neuro-vasculaire. Mécanique, ça va être : qu'est ce qui fonctionne avec l'épaule ? Ben un problème d'épaule, vous allez forcément regarder les articulations qui fonctionnent avec. Neurologique : ben je vais quand même aller voir, sur un problème d'épaule, je vais quand même aller investiguer l'étage C5C6 puisque l'innervation correspond, pour aller voir si la personne n'a pas pareil, une perte de souplesse, d'élasticité dans cette zone-là.

[Acquiesce]

Et neuro-vasculaire, ça va plutôt être la commande neuro-vasculaire, de vasoconstriction/vasodilatation des vaisseaux. Et ça, ça va plutôt être en correspondance au niveau des étages « dorsales haut, dorsales moyennes ». Et il n'y a pas de protocole, de dire « pour une épaule je traite comme ça ». Non, on raisonne par ces liens là et on va chercher, nous, une zone qui manque de souplesse et d'élasticité. Elle n'est pas douloureuse spontanément parce que ce sont des choses qui s'installent, on a dit, souvent par sous-utilisation, ce sont les zones qu'on ne fait pas fonctionner, et du coup comme on ne les fait pas fonctionner, elles ne sont pas douloureuses spontanément. Par contre, quand on les interroge, nous on va aller faire des tests dessus. Ce sont des zones, qui nous, nous paraissent plus denses, qui se déforment moins, qui et qui vont être sensibles à la palpation et ce n'est pas le lieu de... Donc on fait vraiment la différence entre la structure qui s'exprime, c'est à dire la zone douloureuse, et ces zones, lésionnels qui sont les « cachées » quoi, qui font que finalement on a des zones douloureuses.

D'accord, oui oui.

Ça vous parle de ça ?

Oui oui, en fait oui, c'est de rechercher que tout fonctionne en harmonie en fait hein ?

C'est ça, c'est cette idée de répartition de contraintes, s'il y a une zone qui ne travaille pas, il y a forcément une autre zone qui va devoir compenser, hyper-fonctionner et on ne peut pas vivre éternellement en hyper fonctionnement. On peut hein, c'est comme un jour où on vous dit d'accélérer, vous pourrez vous courez, vous courez. Bon, vous allez tenir un petit moment, mais au bout d'un moment on ne peut plus hyper fonctionner comme ça et c'est là que ça commence à devenir douloureux.

D'accord, d'accord.

Est-ce que ça change l'idée que vous vous faisiez de l'ostéopathie ? Vous me disiez que vous ne connaissiez pas trop ? Est-ce que ça vous parle ce que je vous... ?

Si oui, je vous dis je ne sais pas trop. J'ai une fille qui va régulièrement.

Oui ?

Qui n'habite pas dans la région mais hier elle m'a envoyé un SMS : « est-ce que tu veux que je te prenne rendez-vous chez mon ostéo ? » (Rires)

Bah voilà, ce sera l'occasion d'essayer !

Puis mon épouse aussi, ma femme elle fait un peu... Donc je connais par personnes interposées, pas par moi.

Oui oui.

Avec effectivement, mais moi je suis assez comme on dit, moi j'ai toujours été très terre à terre et c'est peut-être pour ça, un peu, que je suis un peu...

Un peu réticent ?

Réticent, je ne sais pas si c'est le mot, mais oui, voilà.

Quand vous dites terre à terre, c'est que vous avez besoin de comprendre ce que...

Ouais ouais, ce que j'allais dire, est ce qu'il y a des publications par exemple, qui montrent que l'effet bénéfique existe ? Voilà, c'est un peu ça.

Il commence à y en avoir quand même de plus en plus, mais c'est sûr qu'on manque...

Parce que nous en médecine, on nous demande des preuves chaque fois.

C'est ça.

On va nous demander les biblios.

Mais on manque encore un peu de preuves scientifiques bien sûr, mais ça, ça arrive petit à petit et je pense qu'il y en aura de plus en plus. Mais ça oui, je le comprends. Bien sûr.

Je sais qu'il y a des approches comme, il y a d'autres trucs, la « kinésio » des choses comme ça aussi.

C'est pour ça que j'insiste en vous expliquant la manière dont je pratique et en insistant sur le fait que je fais de l'ostéopathie structurelle. Je peux vous parler de ce que je fais, mais pas forcément, parce qu'il y a d'autres courants ostéopathiques, type ostéopathie fonctionnelle, ostéopathie énergétique, des choses comme ça. C'est quelque chose que je...

C'est différent.

Voilà, c'est différent.

C'est quand même de l'ostéopathie dispensée dans le même, dans des écoles d'ostéopathie identiques.

Ce n'est pas dans les mêmes écoles.

Ce n'est pas dans les mêmes écoles, d'accord.

Non.

Mais la base c'est toujours ostéopathie, donc c'est un terme très large : « ostéopathie ».

C'est très large oui, oui oui.

Ouais ouais.

Mais c'est pour ça que je pense que c'est important de pouvoir échanger sur notre pratique.

Et oui, voyez même dans l'étymologie « ostéo », ça me rapproche à tout ce qui est musculaire et osseux, pas tellement au mou. C'est pour ça que dans ma tête... (Rires)

Mais complètement et on traite vraiment en grande partie les tissus mous aussi. Parce qu'effectivement, si vous ne traitez que l'ostéo articulaire, pas sûr que vous ayez une amélioration qui soit, qui soit suffisante. Il y a une question que je ne vous ai peut-être pas posée, est-ce que, du coup, le fait que le l'ostéopathe soit kiné et donc professionnel de santé, ça peut avoir une importance pour vous ?

Oh oui, je pense oui. Oui, parce que je pense que l'enseignement de la kinésithérapie en France a été très bien encadré, est très bien fait. Après il y a beaucoup de kinés qui ont évolué sur l'ostéopathie. Voilà, donc d'avoir des bases peut être plus médicales au départ sont, peut-être, pour moi, les garanties de sécurité.

Oui d'accord.

J'ai connu, il est à la retraite depuis longtemps monsieur [untel], vous ne l'avez pas connu, vous êtes trop jeune.

Monsieur, comment ?

[Untel].

Alors moi j'ai entendu parler de Monsieur [untel] mais alors il était peut-être uniquement kiné.

Mais lui c'était un kiné qui était aveugle aussi, qui avait fait la formation et après d'ostéopathie aussi.

D'accord, ben l'école de kiné pour déficients visuels, elle est à Lyon. Nous on avait des cours en commun à Lyon, en kiné.

D'accord.

Voilà. Donc, est ce que ça peut changer votre...

Mon approche ?

Votre approche, le fait d'avoir ce, d'avoir ses informations.

Oui oui, et puis le fait de connaître aussi quelqu'un hein. Quand vous avez un correspondant, vous avez un visage, vous avez un peu, vous avez déjà échangé, c'est bien.

Pour vous, pour orienter spécifiquement, il faut connaître la personne.

Oui, ça me permet de me faire aussi mon idée sur un peu comment... Et voilà, ça pour moi c'est le truc le plus important. C'est vrai que, avant, les médecins, à chaque fois qu'il y a un « spé » ou un collègue qui venait s'installer, il venait dire bonjour. Ça s'est perdu avec le temps, mais c'est dommage. Parce que c'est vachement important. On vit dans la même ville, on travaille souvent avec des mêmes patients, etc. Donc si on veut qu'il y ait une correspondance, c'est bien d'avoir... Je pense que c'est ça le plus important, c'est de pouvoir travailler avec quelqu'un en qui vous avez confiance.

Oui.

Et que vous sentez qu'il tient bien la route.

Moi c'est vraiment mon idée de faire... Pourquoi est-ce que j'ai choisi ce thème là pour mon travail d'études et de recherche ? C'est vraiment cette idée de pouvoir collaborer avec les médecins et qu'il y ait un échange qui soit possible, pas pour tous les patients, mais dès qu'il y a le cas d'un patient où vous avez un doute, vous pensez, ben vous pouvez l'envoyer et inversement. Moi, si je sais que j'ai reçu un de vos patients, même qui est venu me voir en première intention, par exemple. Je sais que je vais pouvoir échanger avec vous et vous dire : « bon ben voilà, je l'ai vu, il avait ça, peut être que ce serait bien que vous le revoyiez parce que voilà, ce n'est peut-être pas que de mon ressort à moi ». Voilà, c'est ça l'idée.

Oui oui, non mais ça je l'entends bien.

Ok, Est-ce que vous avez d'autres questions qui vous viennent sur... ?

Oh non, pas particulièrement.

D'accord. Est-ce que je peux vous demander des renseignements ? C'est juste pour mes statistiques.

Mon âge (Rires)

Votre âge, votre année de diplôme.

Alors 63, et mon année de diplôme 90 la thèse.

Et vous êtes uniquement en libéral ou vous êtes aussi salarié ?

Oui je suis que libéral.

Et est-ce que vous avez des spécialités ?

J'ai un truc mais je ne l'exerce pas, c'est la « sexo ».

D'accord.

Mon épouse est aussi sexologue, je la laisse travailler elle. Moi je n'ai pas eu le temps de le faire. Dans l'exercice de la médecine générale, je l'utilise au quotidien avec mes patients. Mais je ne l'ai pas développé, c'est très chronophage. Et puis pareil, quand vous êtes en secteur 1...

Oui.

C'est vite vu, ce n'est pas rentable.

Médecin 8

Voilà, donc c'est dans le cadre de mon Travail d'Étude et de Recherche et c'est pour, voilà, pouvoir vous poser quelques questions sur votre rapport à l'ostéopathie et vous expliquer comment moi je travaille pour qu'on puisse ensuite échanger et éventuellement confronter nos points de vue sur ce thème-là. C'est OK pour vous ?

Oui, c'est ok pour moi, c'est parti.

Donc pour rentrer dans le vif du sujet, la première question que j'aurais à vous poser c'est : qu'est-ce que vous connaissez de l'ostéopathie ? Qu'est-ce que vous pouvez m'en dire brièvement ?

Ben que c'est une technique... l'ostéopathie. Je ne sais pas comment dire ça. Non ben je ne sais pas.

Vous ne savez pas trop quoi en dire ?

Non non non, je connais l'ostéopathie, je connais comment ça fonctionne, etc. Mais qu'est-ce que vous voulez que je vous donne comme définition ?

Non, justement, comment vous voyez ce fonctionnement ?

Oui, c'est un moyen technique en fait pour soigner, pour soigner les troubles ostéo articulaires notamment. Mais on peut s'en servir aussi dans le viscéral. Voilà, j'ai deux ostéopathes en face de moi avec qui je collabore beaucoup. Donc oui, enfin si vous voulez une définition exacte. Mais j'imagine qu'il y a certainement une définition beaucoup plus abordable et scientifique que ce que je viens de vous énoncer. Mais voilà, pour moi c'est un moyen, un moyen de soigner les troubles ostéo-articulaires ou les troubles viscéraux.

Ok.

Voilà.

Est-ce que vous même vous avez recours à l'ostéopathie ?

Ah bah bien sûr, oui oui.

Pour vous hein, pas pour vos patients.

Ah moi, ça m'est arrivé une ou deux fois.

Oui, ok.

C'était plutôt pour des troubles rachidiens, mais bon, pas pour du viscéral.

Et donc vos patients, vous les orientez chez des ostéopathes ?

Oui, voilà.

Pour quelle indication ?

Alors souvent rachidien et chez des gens plutôt jeunes. Les gens très âgés, quand ils sont bourrés d'arthrose, je me méfie un peu de l'ostéopathie parce qu'ils ont un équilibre rachidien qui est déjà constitué depuis longtemps. Et le fait de tout ébranler, et bien ça ne leur rend pas forcément toujours bien service parce qu'après on les récupère et ils ont des douleurs qui se sont installées qu'ils n'avaient pas auparavant, parce qu'on a un peu changé leur équilibre. Donc les gens, je dirais, qui ont 80 ans, bon, peut être que ça peut leur rendre service de temps en temps sur un torticolis, sur un truc. Enfin, généralement, il y a tellement d'arthrose et tellement d'autres complications à côté que bon, là je suis moins partisan de l'ostéopathie. Mais des gens jeunes, quelqu'un qui a fait un faux mouvement, qui se réveille le matin, a un torticolis, il a soulevé une valise, il a déménagé sa cave, il s'est fait mal, voilà. Des gens qui ont des troubles fonctionnels, digestifs parce que le diaphragme est mis je ne sais pas comment, l'estomac a trop de tension, l'intestin autrement, oui, ça peut être intéressant.

Ok.

Ça je fais.

Ça me parle bien. Et j'allais dire justement, qu'est ce qui peut représenter un frein à l'orientation des patients chez un ostéopathe ? Donc vous parlez de l'âge et des pathologies.

L'âge oui.

Il y a d'autres choses qui vous... ?

Alors ben des hernies, des choses comme ça. Faut être un peu méfiant hein. Je veux dire l'ostéopathie souvent, c'est quand même examen radiologique avant. Surtout quand on sent qu'il y a quelque chose qui est un peu inhabituel en dessous et qu'on veut rechercher une hernie, voilà. Ou des fois d'autres choses. Je me souviens d'une dame quand je faisais mes études, j'étais interne en rhumato, qui était venue, que 36 ans et qui se faisait je m'en souviendrai toute ma vie, qui se faisait manipuler depuis neuf mois parce qu'elle avait des cervicalgies. En fait, elle avait une métastase d'un cancer dans la troisième cervicale et son médecin n'avait jamais ni passé de radio, ni de scanner, et cetera. Elle en était à sa 10^e séance d'ostéopathie. Elle est arrivée en urgence complètement bloquée, en pleurant, hyperalgique. Et en fait, elle avait une métastase d'un cancer. Évidemment 36 ans, ce n'était pas attendu mais bon voilà, ça peut arriver donc il faut de toute façon toujours être un peu méfiant.

Je reviendrais là-dessus. Justement, vous orientez chez des ostéopathes que vous connaissez ?

Ah oui ! Que je connais !

D'accord.

Parce que je pense que chaque ostéopathe a un peu sa façon de faire, sa propre technique. Il y en a qui font plus les fascias, d'autres qui font de l'ostéo-articulaire pure, d'autres qui font du viscéral. Donc oui, je travaille avec des gens que je connais, généralement.

D'accord. Et donc ça répond un peu à la question suivante : est-ce que vous avez déjà échangé ou rencontré des ostéopathes pour discuter de leur pratique ?

Rencontré non mais échangé oui, au téléphone oui. Et puis après on sait qui fait quoi en fait. Et puis les patients nous renseignent aussi. Parce que des fois les patients vont voir des ostéopathes sans forcément avoir notre aval, en disant « je suis allée chez lui, il m'a super bien remis en place », moi je dis « il vous a fait quoi ? etc. ». Et du coup on sait aussi après qui utilise telle ou telle pratique et comment, comment orienter aussi les patients. Quand on a quelqu'un qui travaille bien, qui est sérieux, qui ne fait pas n'importe quoi, qui prend ses précautions, qui a bon, voilà, je dirais listé les pathologies ou les difficultés ou les complications possibles avant de faire n'importe quoi, parce qu'on a aussi des confrères qui font n'importe quoi. Donc voilà. Et quand je dis confrères, des médecins ostéopathes, parce qu'il y en a aussi.

D'accord.

Mais bon, on sait bien qu'il y en a parce qu'ils sont médecins, ils font trois stages, ça fait six mois en tout et ils sont ostéopathe donc bon. Je ne veux pas décrier, je ne veux pas décrier tout ça, mais voilà, il y a des fois on a besoin aussi d'avoir des références et des gens qui ont de la bouteille et qui ont une vraie connaissance de ce qu'ils font, et pas des gens qui sont allés faire trois stages le dimanche et qui sont bombardés « ostéopathe » pour arrondir les fins de mois. On est bien d'accord.

Ok, donc le fait que l'ostéopathe soit kiné donc professionnels de santé, ça peut avoir une importance pour vous ou pas ?

Pour moi oui, parce que d'abord il y a une formation complémentaire et souvent quand les gens font de l'ostéopathie, je leur prescris aussi de la kiné. C'est à dire qu'en fait, pour moi, l'ostéopathe, elle est là pour remettre les choses en place, mais après il faut travailler, en fait, ce qui tient, c'est-à-dire les ligaments, les muscles pour éviter que ça re-dégingole ou qu'on retombe dans les mêmes pathologies, les mêmes travers. Donc pour moi c'est tout à fait complémentaire. La kiné et l'ostéopathie, je ne vois pas ça comme deux écoles qui s'affrontent mais des écoles qui travaillent ensemble.

On y reviendra aussi, justement, derrière. Du coup, globalement vous diriez vous allez plutôt entre, c'est très arbitraire, mais entre zéro et dix, vous diriez que vous avez plutôt une bonne ou une mauvaise opinion de l'ostéopathie ?

Oh, j'ai une bonne, puisque j'envoie des gens chez les ostéopathes, c'est que j'ai quand même bonne opinion, je ne les envoie pas pour se faire massacrer chez quelqu'un, ce sont quand même mes patients. On est quand même des référents et on est là et on est garant aussi de leur santé. Donc si on les envoie quelque part, c'est parce qu'on est en confiance, on est en confiance envers la personne à qui on adresse.

Mais ça reste praticien-dépendant. C'est à dire que c'est...

Praticien-dépendant, c'est-à-dire... Ah oui, c'est à dire en fonction de la personne chez qui j'envoie, oui oui oui.

Ok, c'est tout pour mes questions. Maintenant, ce que j'aimerais, comme je le disais, c'est vous expliquer ce que moi je fais en ostéopathie structurale. Parce que je n'ai pas précisé que je suis en dernière année d'une école d'ostéopathie structurale qui est à Rennes.

D'accord.

C'est une école qui est réservée aux professionnels de santé. Donc ça reste peut-être un peu spécifique par rapport à d'autres courants. Et donc je vous explique comment se déroule la séance type pour qu'on puisse échanger. Mais il y a des choses que vous avez que vous avez évoquées déjà. Donc déjà, qu'est-ce qu'on cherche à faire, nous, en ostéopathie structurale ? C'est à faire fonctionner de nouveau les zones qui ont perdu leur qualité de souplesse et d'élasticité. Pourquoi ? Ce sont généralement ces zones-là qui sont à l'origine des douleurs par un phénomène de compensation.

Oui, ou de compression, voilà.

C'est ce manque de souplesse et d'élasticité, comment ça s'installe ? Soit par manque de sollicitation, par manque d'entraînement, soit secondairement une immobilisation. Je prends l'exemple simple d'un patient qui lève rarement le bras en l'air, qui décide de faire des travaux, qui repeint tout un plafond et qui se retrouve avec une tendinopathie de l'épaule, voire une bursite. On va rapidement penser qu'il a trop forcé sur ses tendons. En fait, c'est plutôt qu'il a forcé sur un système qui manquait de liberté et du coup il va aller compenser sur des structures qui vont devenir douloureuses parce qu'il y a une mauvaise répartition des contraintes.

Oui, c'est ça oui.

Ça vous parle ?

Ça, ça me parle complètement oui.

Voilà parce qu'on a quand même souvent le cas. En pratique, la séance d'ostéo, comment elle se déroule. On commence toujours par une anamnèse et un examen clinique. C'est pour ça que je disais que j'allais revenir sur ce que vous disiez. Ce n'est pas pour faire un diagnostic médical, ce qui est votre rôle, mais c'est pour faire un diagnostic d'exclusion.

Oui mais vous pouvez faire aussi un diagnostic. Et vous avez quand même des capacités pour faire un diagnostic aussi.

Et bien je suis ravie de l'entendre de votre part, mais on n'a pas le droit de faire de diagnostic médical.

En même temps, vous l'avez quand même, vous avez étudié, donc vous connaissez les contraintes, vous connaissez l'anatomie et vous êtes tout aussi qualifié qu'un médecin à peu près pour avoir...

À peu près, mais dans les règles...

Moi ça ne me choquerait pas que vous puissiez me dire « il a une tendinite de la coiffe là, il a le sus-épineux qui ne va pas, il a je ne sais pas quoi, la troisième vertèbre qui se balade ».

Ça, ça reste un diagnostic qui reste un diagnostic ostéopathique ou kiné et qui est de l'ordre de l'ostéo articulaire.

Oui.

Si je venais à vous parler de pathologies, d'organes, ça serait peut-être différent.

Là, des fois je suis un peu surpris parce que j'ai des gens qui viennent en me disant : « mon ostéopathe m'a dit que j'avais une maladie du foie », alors ça c'est le grand truc qui est... ou « j'ai une maladie, faut regarder, il faut faire une prise de sang et machin » et la prise de sang il n'a jamais eu de problème de foie. Mais voilà. Donc je ne comprends pas toujours sur l'ostéopathie viscérale quand les ostéopathes disent « allez voir votre médecin, vous avez une maladie du foie ».

Voilà.

Je ne comprends pas toujours.

C'est là que je vous dis que nous on ne peut pas poser le diagnostic médical.

Ouais ouais.

Bien sûr qu'on fait un diagnostic ostéopathique ou kinésithérapique, mais on fait surtout un diagnostic d'exclusion, c'est à dire qu'on va aller rechercher s'il y a des drapeaux rouges...

Voilà c'est ça.

...des symptômes qui nous paraissent, qui font que...

Vous limitez votre pratique.

...on réoriente le patient et qu'on ne va pas aller manipuler n'importe qui, comme vous le disiez...

Oui mais c'est déjà arrivé, c'est pour ça que je voulais le signaler.

Ou faire revenir le patient dix fois, il n'y a pas d'amélioration, non, il faut peut-être qu'il repasse par la case médecin.

Non non, moi je dis souvent l'ostéopathie c'est bien, mais si vous êtes déjà allé trois fois, c'est que ce n'est plus la bonne solution.

Pour moi déjà au bout de deux, si ce n'est pas mieux, je pense que déjà faut refaire un point médical.

Faut refaire le point oui.

Donc c'est vraiment ça, nous on ne traite pas des pathologies organiques, on traite uniquement des troubles fonctionnels. Ou alors on va traiter les troubles fonctionnels comme vous disiez, s'il y a une pathologie organique qui est connue et traitée médicalement. Bien sûr qu'on va pouvoir apporter un complément. L'ostéopathie c'est complémentaire à la médecine, ce n'est pas l'un ou l'autre.

Il n'y a aucune discipline, aucune technique qui gère tout toute seule, c'est impossible.

Voilà. Du coup, une fois qu'on s'est assuré que le problème était bien dans notre domaine de compétence, on va réaliser des tests pour chercher quel tissu est le plus en cohérence avec la plainte du patient. Dans l'épaule, on va aller chercher par exemple quelle zone. Ça va peut-être être les dorsales finalement, ça va peut-être être le coude aussi qui peut être en cause. On va chercher de proche en proche et ensuite on va traiter par une manipulation la plus directe possible sans bras de levier avec pour seul but de modifier les qualités mécaniques

du tissu par voie réflexe et non pas, comme on peut l'entendre, à chercher à « remettre en place des vertèbres, à repositionner un bassin vrillé ». On n'a pas, en ostéopathie structurale, on n'a pas de notion positionnelle quand on manipule le patient. Le gain de mobilité qu'on va avoir, c'est la conséquence ça. Mais dans la manipulation, on ne va pas chercher un gain de mobilité. Et ça, ça donne un caractère assez sécuritaire à nos manipulations. C'est à dire qu'on ne va pas... je veux aller d'un point A à un point B et puis j'envoie quoi.

Oui oui.

Nous on cherche juste cet effet reflexe dans la manipulation, donc on ne va pas dépasser la barrière physiologique.

Oui, sinon ce serait traumatique oui.

Voilà, c'est ça. Ensuite, une fois qu'on a fait ce traitement et vous en parlez tout à l'heure, on va donner soit des conseils d'hygiène de vie au patient, soit lui conseiller de faire de la kinésithérapie parce qu'on a besoin, une fois qu'on a traité, qu'il continue à entretenir ces qualités de souplesse et d'élasticité.

Oui.

Et pour ça on a besoin qu'il fasse fonctionner. Donc ça, on est d'accord sur ce que sur ce que vous disiez. Pour moi, en résumé, l'ostéopathie c'est une thérapie manuelle qui s'intéresse à la structure et la kinésithérapie, une thérapie ACTIVE si possible, qui s'intéresse à la fonction. Et les deux sont complémentaires.

Oui.

On a besoin des deux en général pour traiter durablement le patient. Parfois, ça peut juste passer par des conseils d'hygiène de vie. Si le patient, il est capable de faire, une fois qu'on a fini la séance, on peut très bien lui donner quelques exercices à faire, surtout en tant que kiné. Déjà, on a une idée de ce qu'on peut lui donner, mais effectivement, si on veut que ce soit durable, on a souvent besoin des deux. Et donc l'ostéo, ça s'adresse, vous le disiez, aux troubles musculo squelettiques, mais effectivement aussi à d'autres, d'autres troubles fonctionnels...viscéraux.... Ça peut être, ça peut être un reflux gastro œsophagien, ça peut être des colopathies fonctionnelles, de l'endométriose. Et voilà.

Chez le nourrisson, c'est beaucoup chez les nourrissons dans les deux premiers mois de vie. En fait, les nourrissons qui ont beaucoup de reflux de choses comme ça, c'est toujours intéressant. Vous avez certains confrères et consœurs qui le font et effectivement, ça apporte un vrai bien être au nourrisson et il y a beaucoup moins de régurgitation. Il digère beaucoup mieux. Lever des spasmes de l'estomac, du diaphragme parce qu'il y a une naissance un peu traumatique où l'enfant a dû aussi beaucoup pousser pour sortir ou des choses comme ça. Parce qu'il n'y a pas que la maman qui travaille, le petit aussi, et ça peut donner, ça peut donner des troubles, notamment digestifs, dans les premières semaines de vie. Donc des fois c'est intéressant aussi. Pour le crâne, bon, pour les « plagio-cranies », les choses comme ça, et le crâne qui est un peu plat ou...

Ça pour les plagiocéphalies, vous n'êtes pas... ça ne vous parle pas ?

Ben je n'ai pas trouvé qu'il y avait des choses extraordinaires. J'ai des parents qui me le demandent parfois, donc bon, je ne mets jamais un frein dans ce qu'on me demande, sauf si c'est vraiment pour faire des bêtises. Mais je n'ai jamais été bluffé et en même temps, le crâne va aussi se modeler parce qu'il y a une croissance, les écailles vont se mettre en place, je pense que... voilà.

Il y a beaucoup de ...

Si on n'a pas une craniosténose, bon normalement ça doit se mettre en place normalement.

Sur une craniosténose...

Vous ne pouvez rien faire.

On ne peut rien faire...

C'est chirurgical.

...ça voilà, on est d'accord qu'on n'a pas d'action, ça c'est la pathologie organique. On ne peut rien y faire. Sur la plagiocéphalie, on va pouvoir avoir une action sur la déformabilité du crâne. Mais c'est vrai que ça va surtout être des conseils de stimulation, positionnelle, parce que la plagiocéphalie, elle est aussi là parce qu'il y a un trouble.

Bon, ça va être quand même le travail de tout ce qui est engagement, de l'occiput, tout ça, mais c'est beaucoup de stimulation surtout.

Oui.

Bon, ce n'est pas forcément complètement axé ostéopathie.

Mais je ne peux pas dire que j'ai été super bluffé dans cette indication-là.

La manière dont je vous explique l'ostéopathie structurelle, c'est quelque chose qui vous parle par rapport à votre vision de l'ostéopathie ?

Ah oui oui, bien sûr.

J'ai l'impression que c'est vrai que dans les échanges qu'on a eus avant, il y a pas mal de choses qui ressortaient. Moi j'ai noté par rapport au... le suivi derrière. Effectivement souvent on a besoin de kiné en complément pour continuer à faire fonctionner. Et puis vous disiez sur le risque, votre patiente qui avait finalement des métastases. Bah déjà on va essayer nous, en faisant notre diagnostic d'exclusion, on va le voir en fonction de l'horaire de la douleur, du type de douleur. Mais c'est surtout qu'une fois qu'on a fait, enfin moi une fois que j'ai fait deux séances, si ça ne change pas du tout, c'est que ce n'est pas de mon ressort. Et ça faut vraiment, justement, je parlais de domaine de compétence, c'est, on fait ce que l'on sait faire et puis quand ce n'est pas de notre ressort, on réoriente quoi. Voilà, je pense que ça c'est important.

Je pense que pour les soignants c'est toujours compliqué de dire qu'on n'a pas réussi jusqu'au bout. Il y a une espèce de position d'échec qui nous est...

Oui.

Voilà, et il faut savoir se donner des limites en disant « bah là, je ne peux pas faire mieux, donc il faut que je passe la main ».

Mais ça je suis bien d'accord. Et le but aussi de faire ce travail-là, c'est de se dire, il faut qu'il y ait une collaboration justement avec les médecins et d'être capable d'aller dire sans justement poser un diagnostic médical, de dire, même si un jour il y a besoin de passer un coup de téléphone, de dire voilà : « j'ai eu tel patient, par contre il a tel et tel symptôme. Ces symptômes-là me semblent bizarres. Qu'est-ce que vous en pensez ? Qu'est-ce que vous pouvez faire ? » Voilà, ça finalement, c'est déjà l'idée que vous vous faisiez.

C'est déjà un peu comme ça qu'on fonctionne oui.

Oui. Ok. Et bien c'est tout ce que... Est-ce que vous avez des questions ? D'autres, sur d'autres thèmes ?

Non.

Non ? Très bien. Je vous ferai peut-être passer un questionnaire après dans les semaines ou mois à venir...

Si vous voulez.

...pour faire un retour sur l'entretien. Mais en tout cas, je vous remercie d'avoir pris le temps de me recevoir.

Je vous en prie.

Je vais pouvoir couper. Je vais juste avoir quelques renseignements à vous demander. Ça c'est plus pour les données. Oui, c'est savoir votre âge ?

Holà, c'est très indiscret, 54.

Votre année de diplôme ?

Alors en, ça commence à être vieux ça, en 98.

Vous exercez exclusivement en libéral ou vous êtes salarié aussi ?

Exclusivement libéral.

Libéral. Vous êtes d'ailleurs déconventionné c'est ça ?

Je suis déconventionné.

Et est-ce que vous avez des spécialités ?

Non, la médecine générale, c'est tout.

Non, je demande parce que parfois il y en a qui sont spécialisés en médecine du sport. Il y en a qui font. Il y en a qui, comme vous disiez, qui ont fait des formations, qui font aussi de l'ostéopathie ou de la vertébrothérapie. Ça peut avoir une incidence sur la vision de l'ostéo. Ok. Et ben c'est tout bon.

Voilà.

Médecin 9

Oui, donc en fait, je suis en dernière année d'école d'ostéopathie à Rennes, dans une école qui est réservée aux professionnels de santé et on doit réaliser un Travail d'Études et de Recherche pour valider notre diplôme. Le thème que j'ai choisi d'aborder, c'est la collaboration médecin/ostéopathie. D'où, ces entretiens. La première question que j'aurais à vous poser dans votre pratique, c'est : qu'est-ce que vous connaissez de l'ostéopathie ? Qu'est-ce que vous pouvez m'en dire assez brièvement ?

Brièvement ? Alors quand est-ce que j'ai recours aux ostéopathes.

Plutôt ce qu'est l'ostéopathie pour vous ? Le recours, on y reviendra après.

D'accord,

Qu'est-ce que c'est pour vous ?

Bon, c'est une pratique plutôt mécanique je trouve, hors thérapeutique, enfin hors thérapeutique médicamenteuse. Mais je resterai là. Je pense que je n'ai peut-être pas assez de connaissance dans la profession d'ostéopathie en fait, mais bon, des soins mécaniques, je peux appeler ça comme ça.

Ok, vous vous avez recours pour vous même à l'ostéopathie ?

Moi-même non, mais pour certains patients oui. J'ai quand même des patients, vous savez, ils ont accès libre en ostéopathie. Souvent ça se passe dans ce sens-là. Mais j'ai eu aussi parfois des douleurs lombaires par exemple. On sait que l'imagerie n'est vraiment pas pathologique, parfois il y a des atteintes musculaires et qu'on sait que ça leur fait du bien aux patients de se faire manipuler, de sentir cette main physique. Je pense que parfois ça leur travaille aussi. Donc oui j'ai recours.

Donc ça vous arrive de les orienter ?

Ça arrive.

Quand vous les orientez, vous les orientez vers un ostéopathe en particulier ou... quelqu'un que vous connaissez ou non, vous leur dites simplement.

Pas du tout, je n'ai pas trop d'amis en fait. (Rires)

D'accord, même si ce n'est pas vous qui orientez, mais si le patient va chez un ostéopathe, le fait qu'il soit kiné et donc professionnel de santé, ça peut avoir une importance pour vous ?

Oui.

Qu'est ce qui par contre pourrait représenter un frein à l'orientation des patients chez un ostéopathe ? Pour vous, qu'est ce qui ferait que vous n'auriez pas tendance à les envoyer ?

Ça serait l'état clinique du patient. Parce que bon, je reviens sur mes douleurs lombaires. Il faut quand même parfois qu'on les voit. Parfois on n'a pas besoin de ces actes là tout de suite tout de suite, qu'on peut déjà faire passer par exemple l'accès critique. Puis ensuite, si on a besoin de manipuler sans plus, sans qu'on ait un risque d'aggraver la situation en manipulant. Je pense que ce serait ça surtout.

D'accord, et vous avez déjà échangé ou rencontré des ostéopathes pour parler de leur pratique ou pas ?

Alors j'avais une amie à l'époque, maintenant que je me souviens à Dijon qui a fini donc ostéopathe à Mâcon, mais ça restait, on en parlait un peu quand elle était dans ses études encore, mais depuis, sur la pratique elle-même non.

D'accord, et globalement, vous diriez que vous avez plutôt une bonne ou une mauvaise opinion de l'ostéopathie ?

Je n'ai pas de mauvaise opinion.

J'ai demandé arbitrairement aux autres entre zéro et dix.

Zéro et dix ? Plus de cinq.

Un peu plus de cinq, ok. Pour les questions, c'est tout ce que j'ai à vous demander, maintenant, ce que j'aimerais justement moi, c'est vous expliquer ce qu'on fait en ostéopathie structurelle, en tout cas comment moi je travaille en ostéopathie structurelle et comment se déroule une séance type pour qu'ensuite on puisse échanger éventuellement.

Mais c'est intéressant parce que moi, pour ma part, je ne connais pas très bien ce que les ostéopathes font parce que moi je n'ai jamais vu un ostéopathe pratiquer. On a des connaissances bien sûr, mais oui, ça reste, je pense que j'ai des connaissances vagues.

Je vais vous expliquer un peu comment. Donc ce qu'on cherche à faire, nous, c'est à faire fonctionner de nouveau les zones qui ont perdu leurs qualités de souplesse et d'élasticité.

[Acquiesce]

Pourquoi ? Parce que ce sont ces zones-là qui généralement sont à l'origine de douleurs par phénomène de compensation. Cette perte de souplesse et d'élasticité, comment elles s'installent ? Soit par manque de sollicitations, par manque d'entraînement, soit secondairement à une immobilisation.

[Acquiesce]

Je prends un exemple assez simple que j'ai donné aux autres aussi. Vous avez un patient qui lève rarement le bras en l'air, qui décide de faire des travaux, qui repeint tout un plafond et qui se retrouve avec une tendinite de l'épaule, voire une bursite. On va se dire qu'il a trop forcé sur ses tendons. Du coup il a mal.

[Acquiesce]

En fait, c'est plutôt qu'il a forcé sur un système qui manquait de liberté. Et du coup il va aller solliciter, il va aller compenser sur des structures qui deviennent douloureuses parce qu'il y a une mauvaise répartition des contraintes. Vous pensez à, l'épaule, on pense à la gléno-humérale, mais en fait, dans la biomécanique de votre épaule, vous allez avoir tout ce qui va être l'extension des dorsales, la sonnette externe de l'omoplate et tout ça, ça fonctionne ensemble et il faut qu'il y ait une bonne répartition de contraintes. S'il y a, par manque d'habitude, manque d'entraînement, perte de souplesse, d'élasticité, ben, il y a certaines structures qui vont être plus sollicitées, qui vont hyper fonctionner, qui vont devenir douloureuses.

C'est ça.

Nous, on ne va pas traiter cette zone qui est en hyperfonction, qui est douloureuse. On va aller traiter les zones qui justement ne travaillent pas assez pour qu'il y ait une bonne répartition des contraintes.

D'accord.

Ça vous parle ?

Oui oui.

C'est un exemple simple. En pratique, la séance d'ostéopathie, elle commence toujours par une anamnèse et un examen clinique, non pas pour faire un diagnostic médical, ce qui est votre rôle, mais pour faire un diagnostic d'exclusion. Vous parliez tout à l'heure des lombalgies. Nous, on doit s'assurer avant toute chose que le problème du patient ne nécessite pas une prise en charge médicale.

C'est ça.

On a des cours de sémiologie pour ça. On ne fait pas un diagnostic médical, par contre, on est capable de se dire « ça, ce n'est pas pour moi, je dois déléguer et renvoyer chez le médecin ».

Alors ça c'est bien, parce que dans le bassin mâconnais, j'ai eu des patients comme ça : « mon ostéopathe, il n'a pas voulu me toucher avant que je vous voie », c'est quand même bien. Parfois on arrive à avancer mieux dans ce sens-là.

Je pense que c'est enseigné et nous c'est vraiment quelque chose, dans notre école, sur lequel on insiste. C'est à dire que voilà, on ne doit pas être dangereux et il ne doit pas y avoir de perte de chance pour le patient. C'est important je pense.

Exact.

Pour moi, la médecine et l'ostéo ce sont deux approches qui sont complémentaires. Nous, on ne traite pas les pathologies organiques, on ne traite que les troubles fonctionnels ou alors on va aller traiter des troubles fonctionnels qui sont liés à une pathologie, quand elle est connue et traitée médicalement.

D'accord.

On ne traite pas des pathologies organiques. Ensuite, une fois qu'on s'est assuré que le problème était bien dans notre domaine de compétence, on pratique des tests pour déterminer quel tissu est le plus en cohérence avec la plainte du patient. Et on traite par une manipulation la plus directe possible sans bras de levier, avec pour seul but d'aller modifier les qualités mécaniques des tissus par voie réflexe et non, comme on peut l'entendre parfois, à « remettre en place des vertèbres, à repositionner un bassin vrillé ».

Oui.

Alors on n'a pas, en ostéopathie structurale, on n'a pas cette notion positionnelle. On ne cherche pas à « remettre en place », on veut juste redonner de la souplesse et de l'élasticité pour que la personne puisse fonctionner de manière harmonieuse.

D'accord. Et pour les subluxations de sacrum, on les envoie souvent. On est un peu coincé, on n'a pas beaucoup de choses à faire et l'ostéopathie reste, par ce que je connais un peu une des seules options. On peut donner une suite un peu favorable à ces problèmes-là.

Sur des chutes vous voulez dire où ?

Plutôt sur des chutes, oui.

Ça on pourra le faire si on en a conscience, mais pour moi ça, ça va être, j'allais y venir. Nous notre outil, il est mécanique à visée réflexe, ce n'est pas une manœuvre orthopédique.

[Acquiesce]

Je penserais à une épaule, ce n'est pas, une articulation, on ne dépasse pas la barrière physiologique. Maintenant si on m'envoyait en me disant il y a une radio, il n'y a rien de cassé, c'est sub-luxé et il faut, peut-être que oui, je saurais manipuler ça donc...

Donc parce que moi je pensais que c'était seuls justement les ostéopathes qui pouvaient nous aider sur ce point-là, moi je serais incapable par rapport à un sacrum luxé.

Je ne sais pas si ça se luxe facilement un sacrum, ça serait quand même sur des gros traumatismes.

Alors, j'en ai eu peut-être deux en deux ou trois ans, ça reste rare quand même, mais ça arrive assez régulièrement.

Bon, je n'en ai jamais eu, mais après si c'est une demande d'un médecin qui dit je sais.

De sacrum, de coccyx pardon !! (Rires)

Ah le coccyx ! Sur le coccyx, oui en effet, mais bon après ça peut être travaillé en externe. Sinon après c'est des manœuvres internes mais, là on serait plus, si on part du principe que c'est luxé. On serait plus de l'ordre de l'orthopédique. Mais en tout cas notre pratique quotidienne ce n'est pas ça.

D'accord.

Et ça je l'explique aux médecins parce que dans notre intention, comme on ne cherche pas à bouger vraiment des pièces osseuses et à déplacer des choses, ça donne un caractère assez sécuritaire à nos manipulations.

Hmm, oui.

C'est à dire qu'on ne va pas aller chercher très loin. Nous, on cherche cet effet reflexe, « bref, intense, isolé », mais on...

C'est ça. Et qu'est-ce que vous pensez de l'ostéopathie du nourrisson ? Comment vous agissez sur les nourrissons qui ont des troubles du sommeil, qui ont des... je ne sais pas, c'est vraiment... bon parfois on peut dire que l'enfant, ça va rentrer dans l'ordre, il est petit, il faut attendre, patienter. Parfois on entend aussi des parents qui nous disent « tiens ça m'a fait du bien d'aller voir l'ostéopathe. Le bébé ne dormait pas, il se réveillait plusieurs fois la nuit et depuis ça va bien ».

Il y a déjà un effet de contexte s'il n'y avait rien de particulier. Peut-être que ça rassure aussi les parents de voir l'ostéopathe, mais après il y a tout ce qui va être action sur des reflux, des choses comme ça. Si c'est juste une histoire de tension finalement, parfois on arrive à aller soulager.

C'est ça. Une tension plutôt gastrique vous voulez dire ?

Au niveau de tout le système, c'est à dire que, gastrique oui bien sûr, mais vous avez tous les tissus qu'il y a autour, vous avez le diaphragme, vous avez.... Donc là ce sont des choses sur lesquelles.

L'ostéopathie du nourrisson c'est plutôt pour les reflux en fait que ça agit.

Pour les reflux, pour ce qui va être, les plagiocéphalies.

Oui, en sortant de cette indication, oui. Mais je veux dire par rapport à ces... j'en ai eu plus d'un, de parents, par rapport à ces troubles de sommeil, organiquement parlant oui, je n'ai rien. Mais l'ostéopathie que ça fasse du bien. J'aurais aimé comprendre un peu comment ça agissait ?

Je n'ai pas de réponse à vous donner par rapport à ça.

D'accord.

Je n'aurais pas une indication spécifique.

C'est curieux, j'aurais aimé savoir comment ils font quand même.

Mais je pense que comme vous le dites...

Le pire c'est que ça marche.

...c'est aussi l'action manuelle de libérer certaines choses. Il y a des malpositions, des choses que l'on peut gérer. Finalement, nous justement on cherche à ce que ce soit souple et élastique PARTOUT.

C'est ça.

Et s'il y a une restriction quelque part, peut être que ça peut gêner, et...

Mais c'est bien, ils sont quand même contents, c'est l'essentiel.

Et ensuite du coup, une fois qu'on a fait ce traitement, on va soit donner des conseils d'hygiène de vie au patient, soit lui conseiller de faire de la kinésithérapie parce qu'il faut qu'une fois qu'on a traité les zones, il faut que le patient continue à les solliciter...

Oui.

...pour entretenir ces qualités de souplesse et d'élasticité, puisqu'on a dit qu'on perdait ces qualités de souplesse et d'élasticité par manque d'entraînement, de sollicitations. Donc il va falloir qu'il continue à le travailler. Et si je devais résumer, je dirais que l'ostéopathie c'est une thérapie manuelle qui s'intéresse à la structure et la kinésithérapie, une thérapie active qui s'intéresse à la fonction. Et on a besoin des deux en général pour traiter durablement un patient. Pourquoi je dis conseil d'hygiène de vie ? Parce que tout le monde n'est pas obligé d'aller faire de la kiné. Parfois, si justement, on a identifié, on donne, on a identifié ce qui avait déclenché ou juste

le fait que la personne ne sollicite pas assez telle ou telle zone, on va lui indiquer comment le faire, surtout en tant kiné, c'est assez facile de proposer deux ou trois exercices en fin de séance d'ostéo. Et voilà, derrière il peut entretenir. Toutes ces techniques, elles s'adressent aux troubles musculo-squelettiques, mais ça peut nous permettre d'aller traiter d'autres troubles type colopathie fonctionnelle, endométriose, du reflux gastro-œsophagien. On en a parlé chez l'enfant, mais chez l'adulte c'est pareil, on ne va pas aller soigner une hernie hiatale, par contre mécaniquement...

Comment vous agiriez sur le TFI, l'intestin irritable ?

On va agir sur le fonctionnement, mais après l'intestin irritable, ça va être aussi de conseiller à la personne d'aller voir un praticien qualifié pour toute la gestion alimentaire.

Dans votre pratique de l'ostéopathie je veux dire, qu'est-ce que peut apporter l'ostéopathie chez un patient souffrant de troubles fonctionnels intestinaux ?

On va aller agir, toujours la même chose, nous on agit sur le tissu conjonctif. Le tissu conjonctif il y en a de partout et en fait ça va être sur le fonctionnement, la bonne souplesse/élasticité partout pour que ça puisse fonctionner. Mais sur les cellules en elles-mêmes...

Mais comment vous arrivez à mettre la main sur le tissu conjonctif du tissu digestif ?

Quand vous posez vos mains sur un ventre, vous vous examinez un ventre, pas de la même manière que nous, mais un ventre il doit être souple.

[Acquiesce]

Que ce soit chez le bébé ou chez l'adulte. Quand nous on pose nos mains et qu'on trouve une zone qui est plus dense, qui se déforme moins, c'est là-dessus qu'on va aller travailler.

D'accord.

Je ne parle pas de la défense réflexe, où ça fait très mal.

Oui. (Rires)

D'accord ? Nous, on aura exclu ça.

D'accord.

Mais si on sait qu'il n'y a pas de pathologie sous-jacente, c'est juste d'aller redonner de la souplesse.

D'accord, ok.

Ça ne va pas être de la manipulation réflexe articulaire, bien qu'on puisse faire du réflexe en relâchant rapidement quand on a bien mis en contrainte. Mais ça va plutôt être justement une mise en contrainte en trois dimensions dans le ventre et là on va pouvoir aller assouplir.

D'accord, ok.

Voilà. Est-ce que ce que je vous ai expliqué, vous parle ?

Oui ça reste clair.

Est-ce que ça change la vision que vous aviez de l'ostéopathie ?

Je n'avais pas une mauvaise vision déjà.

Sans forcément dire d'avoir une mauvaise vision, mais est-ce que ça vous apporte des informations nouvelles ?

Oui.

Est-ce que ça pourrait vous amener à orienter plus vos patients vers l'ostéopathie ?

Je trouve...

Est-ce que vous avez des questions par rapport à ce que je vous explique ? Vous en avez posé déjà mais...

Non, ça va.

Moi quand j'explique, voilà, j'insiste sur le fait qu'on reste dans notre domaine de compétence.

C'est ça.

On fait attention.

Et quel genre de question on vous pose le plus ?

Les patients ?

Les praticiens, enfin parmi tous les médecins que vous avez vus dans le bassin.

Qu'est ce qui est ressorti ? C'est le fait que parfois, justement, là on a parlé de faire des techniques viscérales. Moi, si je vous renvoie un patient que j'ai vu où je me pose des questions, je vais vous dire : « moi dans la zone de l'hypocondre droit par exemple, j'avais une zone, je ne sais pas trop ». Je ne vais jamais vous dire « ah il a un problème au foie ou... ». Je ne vais pas vous parler d'organes, je ne vais pas vous parler de pathologie, je vais juste vous dire « moi j'ai tel ou tel signe » parce que c'est ce qui ressort parfois, on a beaucoup ces discours de...

Je me dis est-ce que c'est un abus de langage ? Est-ce que... ?

Je pense que c'est un abus de langage. Je pense que beaucoup d'ostéos ont ce discours-là. Et puis après c'est la manière, c'est le téléphone arabe quand même, c'est la manière dont vous, vous avez les retours. Si vous dites que vous n'échangez pas directement avec les ostéopathes, c'est le retour que vous avez, c'est ce qu'a intégré le patient et qu'il vous retranscrit.

Entre ce qui est dit et ce qui est intégré parfois... il peut y avoir...

Voilà.

Mais bon, parfois j'ai du mal à faire suivre un peu la notion que j'entends. Je dis « écoutez, je ne sais pas ce que c'est ça ».

Oui, c'est délicat. Qu'est-ce qu'il y avait ? Ce qui ressort parfois, les problèmes de hernie discale, vous verriez un inconvénient à ce qu'un ostéopathe... ?

Oui, alors hernie discale, bon il y a hernie discale et il y a HERNIE discale.

Nous, on fait toujours un bilan neuro moteur et sensitif. S'il n'y a pas d'attente objective, motrice ou sensitive, si c'est que de la douleur, on peut très bien le prendre en charge.

D'accord.

Avec précaution, bien sûr, on va manipuler, on ne va pas faire des manipulations en rotation, mais on a tout intérêt à aller le traiter. Si ce n'est pas déficitaire.

D'accord, ok, donc votre limite se limite en fait au déficit neurologique. S'il n'y a pas de déficit sur n'importe quelle hernie, l'ostéopathe peut nous apporter de l'aide ?

Bien sûr, puisque... ou alors si on a une douleur qui ressemble justement à une, vous avez une douleur qui ressemble à une sciatique et vous faites des examens, et il n'y a rien sur l'imagerie. C'est que c'est peut-être uniquement de la douleur projetée.

L'imagerie, disons que l'imagerie ne nous montre pas de signe de gravité, mais on a bien cette hernie-là, allez, on va dire 7 mm qui n'est pas constrictive, tout ça, mais le patient reste hyperalgique et il prend une canne depuis le début de la douleur. Est-ce que ça, c'est quand même un critère pour vous ?

On peut aller le traiter justement. Mais là je vous parlais du cas où vous avez une douleur type sciatalgie, mais que vous faites un examen et vous ne trouvez rien. Ça, ça peut être de la douleur projetée.

Alors, on ne trouvait rien, c'est à dire on n'a pas de déficit neurologique ?

Non, vous ne trouvez rien à l'imagerie.

Ah, à l'imagerie.

Et bien sûr, si c'est de la douleur projetée, il n'y a pas non plus de déficit moteur et sensitif. Donc là, dans ces cas-là, nous on a une action.

D'accord.

Après, je sais plus ce qui ressortait. Le fait, quand il y a de l'arthrose, de pas... quand les gens sont âgés, il y a de l'arthrose, ça ne sert à rien. Si, justement...

Ben oui.

...puisque l'arthrose nous, j'ai dit, on ne traite pas les pathologies organiques, on ne traite pas l'arthrose. Mais l'arthrose, qu'est ce qui fait mal dans l'arthrose ? Ce n'est pas le cartilage qui dégénère parce que le cartilage il n'est pas innervé, donc ce sont les structures qui sont autour. Donc c'est sûr qu'on va être un peu plus dans un travail de compensation.

[Acquiesce]

Mais si on libère, des fois vous libérez de quelques degrés la mamie qui a de l'arthrose, elle, elle va revivre. Nous, ça ne nous suffirait peut-être pas, mais si ça lui permet de marcher 200 mètres de plus.

Pour ça qu'on leur conseille de marcher aussi.

Exactement. Voilà. Eh ben pas d'autres questions ? J'espère que je vous aurais apporté un peu d'informations.

Oui oui.

L'idée de ces entretiens, c'est évidemment de pouvoir collaborer avec les médecins, qu'il y ait un échange, s'il y a besoin.

Vous serez donc installé sur Mâcon ?

En fait. Donc moi je suis à la maison médicale des [xxx], avec [tels médecins].

D'accord.

Depuis... je suis kiné depuis dix ans.

Vous allez arrêter l'activité de kiné ?

En fait moi je ne fais de la kiné qu'en EHPAD maintenant.

D'accord.

Et avant de faire ostéo, j'avais déjà fait une formation. J'ai déjà un certificat de thérapie manuelle que j'avais fait sur Lyon qui est validé, que j'ai fait valider par l'ordre.

D'accord.

Donc moi je travaille déjà en thérapie manuelle/ostéo depuis deux/trois ans déjà. Là, c'est du perfectionnement que j'ai fait. Donc au cabinet, je ne reçois qu'en thérapie manuelle/ostéo.

C'est ça, on ne peut pas vous envoyer des patients pour l'activité de kinésithérapie ? (Rires)

C'est ça, faut prendre note de ça aussi. (Rires) Mais donc l'idée c'est de pouvoir collaborer.

Oui.

Donc si vous avez un jour un patient justement, où vous dites « bah éventuellement ça peut... »

Et cette activité, vous allez l'exercer toujours au cabinet des [xxx] ?

Aux [xxx] oui, oui oui, voilà.

D'accord, d'accord.

Et bien merci d'avoir répondu.

C'est moi.

Je vais juste vous poser quelques questions d'ordre administratif. Votre âge ?

33 ans.

Votre année de diplôme ?

Diplôme, la thèse ou... ? La thèse : 2021.

Vous exercez uniquement en libéral ou vous êtes salarié aussi ?

Non que libéral.

Et est-ce que vous avez des spécialités ?

Non.

Vous ne faites pas de médecine manuelle ?

Non.

Ok, et bien c'est tout bon.

Médecin 10

Donc non, je ne suis pas patiente [interne présente qui demandait]. Je suis kiné depuis une dizaine d'années et je suis en dernière année d'école d'ostéopathie, dans une école qui est à Rennes, qui est réservée aux professionnels de santé et c'est une école d'ostéopathie structurelle. L'idée de ces entretiens, c'est parce que j'ai choisi le thème pour mon Travail d'Étude et de Recherche pour valider le diplôme, j'ai choisi le thème de la collaboration médecin/ostéopathe. Donc je fais des entretiens avec pas mal de médecins sur Mâcon, pour faire un petit état des lieux de votre pratique vis à vis de l'ostéopathie et pour vous expliquer ce que je fais et qu'on puisse échanger derrière.

Ok.

La première question que j'aurais à vous poser c'est : qu'est-ce que vous connaissez de l'ostéopathie ? Qu'est-ce que vous pouvez m'en dire assez brièvement ?

[Rires] J'ai peur de dire des bêtises.

Ce n'est pas une question piège, justement c'est pour voir votre vision.

Qu'est-ce que j'en connais ? Alors plus, à la base peut être l'étude, on va dire, ostéo articulaire. Et puis finalement aussi un versant plus fonctionnel avec, de ce que je connais de l'ostéopathie et du coup de moi ce que je peux le conseiller parfois chez certains patients, c'est plus sur le côté un peu, ben on remet les choses en place entre guillemets donc on peut remettre les choses en place sur le plan articulaire, le rachis, le bassin, le machin et puis aussi sur le côté dysfonction intestinale, chez l'enfant aussi. Donc voilà, en gros, ostéo articulaire et puis le côté fonctionnel qui fonctionne aussi.

Ok, vous avez déjà eu recours vous-même à des ostéopathes ou pas ?

Oui, oui.

Et donc vous orientez vos patients. Il vous arrive d'orienter vos patients aussi chez des ostéopathes ?

Oui.

J'allais vous demander pour quels troubles, mais c'est ce que vous venez de...

Ben voilà, plutôt lombalgies chez l'adulte, quand j'ai des adultes avec des troubles fonctionnels, intestinaux et où je vois assez rapidement la limite du traitement médicamenteux standard. Et puis sur la pédiatrie, pour le coup, j'oriente assez facilement.

Par rapport à quoi sur la pédiatrie ?

Sur le suivi du nourrisson, sur le... au début quand ils ont des régurgitations, quand... si l'accouchement a été un peu traumatique ou des choses comme ça, si on a une plagiocéphalie ou un petit torticolis.

Ok. Et vous orientez chez un ostéopathe en particulier quand vous le faites, quelqu'un que vous connaissez ?

Bah du coup j'oriente chez l'ostéo chez qui je suis déjà allée moi personnellement, du bouche-à-oreille aussi puisque j'ai des patients qui me rapportent des consultations chez certains ostéos avec qui ça s'est très bien passé. Donc voilà.

Ok.

Il n'y en a pas cinquante mille.

Le fait que l'ostéopathe soit un kiné et donc professionnel de santé, est ce que ça a une incidence pour vous ?

Oui. Alors si par exemple je ne connais pas ce professionnel de santé, s'il ne m'a pas été conseillé, si je n'ai pas eu un bouche-à-oreille positif avec ce professionnel-là, j'avoue que la casquette de kinésithérapeute pourrait me rassurer entre guillemets.

Et qu'est ce qui pourrait représenter un frein pour vous dans le fait d'orienter vos patients chez des ostéos ?

J'avoue que mes patients je leur dis en gros « si on ne vous l'a pas conseillé, et moi si je ne le connais pas, ben attendez, on va, je vais me renseigner ». Enfin voilà, j'avoue que j'ai besoin de m'assurer que ce professionnel-là prend le temps d'écouter le patient, ne manipule pas euh... J'avoue que j'ai un peu peur de certaines manipulations chez certains ostéos où ça va être un peu brutal. Alors il y a des fois peut être qu'il le faut hein, je n'en sais rien. Moi du coup, personnellement, je ne connais pas cette manipulation un peu, un peu, un peu brutale et ça c'est un frein ! S'il n'y a pas eu de bouche-à-oreille, si je ne le connais pas, j'avoue que je dis à mon patient attendez.

Ok. Et vous avez déjà du coup échangé ou rencontré des ostéopathes pour discuter de leur pratique ?

Non, à part celle que je connais.

Oui, ok sinon il n'y a pas de... Et globalement vous diriez que vous avez plutôt une bonne ou une mauvaise opinion de l'ostéopathie ?

Plutôt bonne.

Oui. J'ai demandé arbitrairement pour coter entre zéro et dix si vous deviez placer.

Oh bah, je dirais huit, oui je dirais huit.

Ok, parfait. Du coup, comme je vous le disais, ce que j'aimerais moi, c'est vous expliquer ce que je fais en ostéopathie structurelle, comment se déroule une séance, pour que derrière on puisse échanger et confronter nos points de vue. Il y a des choses que vous m'avez dites qui collent bien. Après il y a des termes, on va revenir dessus, notamment « remettre en place », mais on va revenir là-dessus.

[Rires]

Donc nous, ce qu'on fait en ostéopathie structurelle, ce qu'on cherche à faire, c'est à faire fonctionner de nouveau les zones qui ont perdu leurs qualités de souplesse et d'élasticité. Pourquoi ? Parce que ce sont ces zones-là qui en général sont à l'origine de douleurs par phénomène de compensation. Comment elles s'installent ces zones de perte de souplesse et d'élasticité ? Soit par manque de sollicitation, manque d'entraînement, soit secondairement une immobilisation. Je prends un exemple simple que j'ai donné aux autres. Vous avez un patient qui lève rarement le bras en l'air, qui décide de faire des travaux, qui repeint tout un plafond et qui se retrouve avec une tendinite de l'épaule, voire une bursite. On va se dire : il a trop forcé sur ses tendons. En fait, ce n'est pas qu'il a trop forcé sur ces tendons, c'est qu'il a forcé sur un système qui manquait de liberté. Du coup il va aller compenser sur des structures qui deviennent douloureuses parce qu'il y a une mauvaise répartition de

contrainte. Le tendon, ça va être la zone qui va hyper-fonctionner, qui va être douloureuse. Mais même si son tendon était fort, si tout le reste manque de souplesse et d'élasticité, je prends l'exemple de l'épaule parce que c'est assez facile de décrire. Dans votre biomécanique d'épaule, vous pensez à la gléno-humérale, souvent, c'est la première chose à laquelle on pense, mais il y a tout le reste. Il y a l'articulation acromio-claviculaire, la sterno-costoclaviculaire, les dorsales, la fin d'amplitude, tout ça, ça se passe dans les dorsales, la sonnette externe de l'omoplate, tout ça. Et tout ça, si ça manque de souplesse et d'élasticité, ben la zone qui va être la plus sollicitée, c'est celle qui va finir par faire mal. Mais ce n'est pas forcément ce qu'on va chercher à aller traiter du coup. En pratique, notre séance, elle commence toujours par une anamnèse et un examen clinique, non pas pour faire un diagnostic médical, ça j'insisterai là-dessus, mais pour faire un diagnostic d'exclusion. C'est à dire que nous, on cherche avant toute chose à s'assurer que l'état du patient ne nécessite pas une prise en charge médicale. Et ça, c'est important au niveau domaine de compétence, pas de perte de chance pour le patient. On sait, on a des cours de sémiologie pour ça, on ne va pas poser de diagnostic médical. Par contre on sait identifier quand il y a quelque chose qui n'est pas de notre ressort et là on réoriente le patient. La médecine et l'ostéo, ce sont deux approches qui sont complémentaires. En ostéo, on ne va pas traiter les troubles des pathologies organiques, on ne traite que des troubles fonctionnels. Donc c'est ce que vous disiez tout à l'heure, on ne traite pas des pathologies, on va seulement... ou à la limite quand il y a une pathologie, quand elle est connue et traitée médicalement, on peut avoir, on peut traiter les troubles fonctionnels qui sont liés, mais ça s'arrête là. Ensuite, une fois qu'on s'est assuré que, une fois qu'on a fait cette anamnèse, qu'on a fait notre bilan, on s'est assuré que c'était bien de notre domaine de compétence. On va faire des tests pour savoir, pour déterminer quel tissu en fait est le plus en cohérence avec la plainte du patient. Et on va traiter par une manipulation la plus directe possible, sans bras de levier, avec pour seul but de changer les qualités mécaniques du tissu et pas chercher justement, comme on peut l'entendre parfois, à « remettre en place des vertèbres, à repositionner un bassin vrillé ». C'est un peu un abus de langage je pense, de la part de pas mal d'ostéopathes. Et ça, ça donne je pense une mauvaise idée de ce qu'on essaie de faire. Parce que notre action, elle est mécanique à visée réflexe et pas orthopédique. Et vous quand vous nous dites que ça vous, ça peut vous faire peur certaines manipulations. Oui, une manipulation orthopédique ça fait peur. Par contre une manipulation directe, sans bras de levier, ça ne doit pas être quelque chose de traumatique. On ne dépasse pas la barrière physiologique, on vient juste... nous on appelle ça des lésions, mais ce sont des lésions réversibles. On vient « percuter » la lésion, on va dire, pour qu'il y ait cet effet réflexe derrière, mais on ne cherche pas à déplacer des pièces osseuses. Et du coup, le fait de savoir ça, et que nous, dans notre intention, on fasse ça. Ça donne un caractère assez sécuritaire aux manipulations, notamment au niveau cervical.

Oui.

Si on n'est pas dans l'idée de se dire : « je vais tout déplacer ». Voilà, on va juste secouer un petit peu. Don ça c'est assez important à détailler quand même. Ensuite, une fois qu'on a fait le traitement, on va donner soit des conseils d'hygiène de vie au patient, soit lui conseiller de faire de la kinésithérapie. Pourquoi ? Parce qu'une fois qu'on a traité les zones, il va falloir que le patient continue à les solliciter pour entretenir cette souplesse et cette élasticité. Sinon on retombe dans ce que je vous ai dit au début, l'installation de ces processus de fixité qui se fait par manque de sollicitation, par manque d'entraînement. Donc conseil d'hygiène de vie si on voit que le patient, en fonction de ce qu'on a identifié, qu'il va pouvoir le faire seul. Et puis sinon effectivement, la complémentarité kiné/ostéo qui fait qu'on va, si on devait résumer : l'ostéopathie, c'est une thérapie manuelle qui s'intéresse à la structure et la kiné une thérapie active, pour moi, qui s'intéresse à la fonction et les deux sont complémentaires.

D'accord.

Et si on veut traiter durablement un patient, on a souvent besoin des deux.

Besoin des deux.

Et puis, ce à quoi ça s'adresse l'ostéo, ça va être justement tout ce qui est troubles musculo squelettiques et en plus tous les troubles fonctionnels, qui peuvent être d'ordre digestif... Enfin vous en avez cité, les colopathies fonctionnelles, le reflux, l'endométriose, des choses comme ça. Donc ce qui va être plutôt tissus mous quoi.

Oui.

Mais l'idée va être la même, ça va être de redonner... On ne va pas traiter, on ne traite pas des organes, on ne traite pas des pathologies. Ça va juste être de redonner de la souplesse et d'élasticité dans les zones pour qu'elle puisse fonctionner correctement. Et ça, là pareil, on entend beaucoup de discours, d'ostéos, de dire « j'ai traité le foie, j'ai fait... ». Non, moi si je vous renvoie un patient, je vous dirais une zone, je vais dire : « dans la zone de l'hypocondre droit, c'était un peu dense, j'ai eu du mal, c'est sensible pour le patient, voilà je vous le renvoie comme ça ». Je ne vais pas vous dire : « il a un problème au foie, il a... ».

Oui.

Ça c'est pareil, ça fait partie des petits abus de langage qu'il peut y avoir dans l'ostéo...

Oui.

...qui des fois sont retranscrits en fait simplement par les patients.

Oui oui, aussi oui.

Mais le côté « remettre en place », j'explique souvent aux patients, quand ça leur a été dit en fait, c'est que, quand on dit à un patient qu'on remet en place quelque chose, ça veut dire qu'il y a une bonne place et que du coup ça va se « re-déplacer ». Alors qu'en fait, nous on ne cherche pas une bonne place, on veut juste que... on est fait pour bouger.

Oui.

On a juste besoin que ça bouge bien dans les deux sens. Mais voilà, ça vous parle ?

Oui oui, tout à fait.

Ça change l'idée que vous vous faisiez ou... ? Il y a pas mal de chose...

Oui oui, et en même temps je pense que mes freins je les aurai toujours. Je trouve qu'il y a quand même sur... mais après ça ce n'est pas propre à l'ostéopathie, c'est propre à n'importe quel type de professionnel finalement, mais c'est assez disparate d'un professionnel à l'autre. Et dans votre formation, je pense qu'il y a aussi potentiellement des écoles qui sont peut-être plus ou moins bonnes, ou en tout cas qui vont être plus vigilantes à la formation que d'autres. Et puis il y a aussi des personnes qui vont s'investir dans leur formation, qui vont aller potentiellement un peu plus loin et puis d'autres un peu moins quoi. Et du coup c'est sur ce côté un peu disparate que je vais toujours avoir le frein de me dire si je n'ai pas eu de retours positifs, j'aurais du mal à adresser quoi.

C'est exactement pour ça que je vous pose les questions, et les réponses sont assez... sont à peu près les mêmes pour tous : c'est praticien dépendant.

Oui.

Et en fait, il y a besoin de connaître et de savoir quelle approche on a et pour pouvoir... Ben quand on oriente son patient, on a besoin d'avoir confiance, on ne va pas simplement....

Oui, mais voilà ça se retrouve aussi avec d'autres professionnels.

Voilà, quand vous envoyez chez des spécialistes.

Oui, voilà, on a aussi nos petites préférences.

Vous avez un contact quoi.

Oui oui.

Est-ce que vous avez des questions ? Parce que j'ai essayé de revenir sur quelques points dont vous m'avez parlés, mais il y a des choses qui vous questionnent vis à vis de l'ostéo ?

Non, là comme ça, non. Je trouve que c'est un peu plus clair et puis...

En tout cas, je trouve que déjà les indications que vous me donnez collent bien avec ce qu'on peut faire en effet.

Oui.

Parce que souvent il y a la vision de l'ostéo-articulaire et peut-être pas trop de ce qu'on peut faire du reste, mais qui reste du fonctionnel. C'est à dire que pour vous, quand il n'y a pas de pathologie mais qu'il y a une gêne pour le patient, vous, vous avez fait votre examen, vous avez exclu tout ce que... Ben oui, c'est peut-être uniquement fonctionnel et c'est là qu'on peut avoir une action un.

Oui.

Je crois que c'est tout. J'ai besoin de quelques renseignements pour le retraçage de tous les entretiens. J'ai besoin de votre âge, votre année de diplôme.

Oh là là ! L'âge, ça va être bon : 34. L'année de diplôme, de mon DES, j'ai fini 2016, ma thèse 2017. Voilà donc installée depuis 2018.

Vous exercez uniquement en libéral ou vous êtes salariée aussi ?

J'ai une activité à l'hôpital, en centre d'orthogénie.

Donc libéral plus, donc en salariée là ?

Oui.

C'est quoi l'orthogénie ?

C'est les IVG.

Ok. Et vous avez des spécialités du coup ?

J'ai un DU d'IVG, contraception, sexualité du coup.

Ok. Parfait. Est-ce que je peux prendre votre adresse mail ?

Oui : [mail]

Et bien merci. Le but de ces entretiens, forcément, c'est aussi de vous présenter ce que je fais, parce que, le thème du mémoire, c'est pouvoir collaborer justement, qu'il y ait de l'échange et qu'on se comprenne dans ce que ce qu'on peut apporter comme approche. Donc si à l'occasion vous avez besoin ou vous souhaitez m'envoyer des patients et voir justement quels sont les retours et ce que je peux apporter.

Ben oui oui.

Ce sera avec grand plaisir.

Avec plaisir.

Je pense que ça manque un peu dans nos études de nous ouvrir un peu sur autre chose que la médecine.

Oui ?

Je trouve que, en fait, c'est important de rester ouvert sans se dire, enfin, on sait que ça ne va pas forcément aller à chaque patient pour chaque pathologie. Bien sûr, c'est vraiment au cas par cas. Mais en fait, je pense qu'il faut vraiment rester ouvert et savoir aller vers d'autres professionnels aussi. Ça chez nous on n'arrive pas à....

Oui j'en profite parce que du coup vous êtes étudiante ? (Ndlr, je m'adresse à l'interne présente)

[Interne] Oui.

Il n'y a aucun, j'ai fait un peu de recherche, mais il n'y a pas de cours d'information sur l'ostéopathie ?

[Interne] Alors non, mais à Dijon on a une formation, si on veut, d'ostéopathie.

Oui mais là c'est pour ça que je demande les spécialités aux médecins, c'est parce que forcément il n'y aura pas la même approche si le médecin a fait un DU d'ostéopathie et fait de la manip lui-même, tout ça. On n'aura pas la même...

Oui bien sûr, moi j'ai un maître de stage qui faisait de l'ostéopathie, je me rappelle. Oui c'est intéressant.

[Interne] Mais on n'a pas de sensibilisation. On nous a dit, oui vous pouvez avoir des cours, mais il n'y a pas de... un médecin ne t'en parle pas.

Oui mais voilà, mais du coup, en fait c'est celui qui va être intéressé qui va y aller.

[Interne] Oui.

Mais finalement on n'ouvre pas assez la porte à d'autres.

Annexe 4 : Questionnaire d'évaluation post-entretien

Questionnaire d'évaluation post-entretien :

Chers docteurs, en vue de la validation de mon Travail d'Étude et de Recherche, j'aurais besoin que vous m'accordiez encore un peu de votre temps pour répondre à un questionnaire. Cela ne vous prendra que 3 à 5 minutes. Je vous remercie d'avance pour votre aide.

1/ L'entretien que vous m'avez accordé en janvier 2023 vous a-t-il apporté des informations nouvelles sur l'ostéopathie structurale ?

Plusieurs réponses possibles.

Oui

Non

Remarque éventuelle concernant la question 1 :

2/ Avez-vous été rassuré(e) concernant l'ostéopathie structurale (diagnostic d'exclusion systématique, respect du domaine de compétence, manipulations directes dans les amplitudes physiologiques...) ? *Plusieurs réponses possibles.*

Oui

Non

NC, je n'avais pas de crainte

3/ Suite à notre entretien, avez-vous orienté plus souvent vos patients chez des ostéopathes ? *Plusieurs réponses possibles.*

Oui

Non

NC, j'adressais déjà régulièrement mes patients

4/ Avez-vous adressé vos patients pour de nouvelles pathologies ? *Plusieurs réponses possibles.*

Oui

Non

5 / Appéciez-vous le fait qu'un professionnel de santé vienne vous présenter sa pratique ? *Plusieurs réponses possibles.*

Oui

Non

Remarque éventuelle concernant la question 5 :

6 / Qu'est ce qui selon vous permettrait une meilleure collaboration médecin/ostéopathe ?

RESUME

Ce travail d'étude et de recherche a pour objectif de proposer des actions permettant de favoriser la collaboration entre médecins généralistes et ostéopathes.

La recherche bibliographique révèle un manque de connaissances de la part des médecins généralistes au sujet de l'ostéopathie structurale ainsi qu'un besoin de communication entre les professions.

En réponse à cette problématique, je propose des entretiens individuels avec des médecins généralistes afin d'engager le dialogue, de les informer sur l'ostéopathie structurale et particulièrement sur la pratique que je propose.

10 entretiens ont ainsi été réalisés et leurs retombées analysées par un suivi de l'adressage et un questionnaire. Les résultats de l'étude démontrent la nécessité d'une rencontre physique pour créer une relation professionnelle de confiance et ce, au service de la santé du patient.

Mots clés :

Médecins généralistes / ostéopathie structurale / entretiens / collaboration