



Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes

**La place de l'ostéopathie
contemporaine dans la médecine
factuelle : création d'un modèle
de décision clinique spécifique à
Bretagne Ostéopathie.**

NOM : FICOT

PROMOTION 17

Prénom : Thomas

Année : 2021-2025

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à exprimer ma gratitude à mon directeur de mémoire, Monsieur Benjamin Hernach, enseignant à l'IFSO Rennes et ostéopathe suisse, pour son accompagnement tout au long de ce travail. Je le remercie sincèrement pour le temps qu'il m'a consacré, la pertinence de ses conseils et son soutien, qui ont grandement contribué à nourrir ma réflexion et à faire progresser la rédaction de ce mémoire.

Je remercie également les enseignants de l'école qui ont accompagné ma transition de kinésithérapeute à ostéopathe, contribuant à faire évoluer le regard critique que j'avais au départ, en un engagement professionnel sincère et convaincu. Désormais, je suis ostéopathe.

Je tiens tout particulièrement à remercier ma promotion, la P17. Durant ces quatre années, nous nous sommes soutenus et accompagnés à travers les hauts et les bas, toujours avec une bienveillance sincère qui, chaque mois, me redonnait le sourire en votre compagnie. Valentine, Pierre, Sarah, Clément, Virginie, Léo, Camille, Elisabeth, Adrien D., Samy E., Ben, Adrien G., Juliette, Florent, Léo, Margaux, Carine, Thibault, Charlotte, Fred, Alex, Carole : chacun de ces noms, si chers à mon cœur, restera désormais à jamais lié à ce mémoire. Je tiens à remercier tout particulièrement *toi*, Samy, mon pote à la compote, qui as rendu cette aventure difficile possible. Nos encouragements mutuels, nos discussions, nos rires, et parfois nos larmes, m'ont permis de décrocher un diplôme, certes... mais surtout de gagner un ami merveilleux. Merci.

Je souhaite également remercier mes amis et ma famille : mes sœurs, avec qui j'ai partagé de précieux échanges médicaux (et autres), qui ont enrichi mon regard professionnel, ainsi que mes parents, pour leur soutien moral constant et leur présence indéfectible à chaque étape de ma vie. Je vous dois énormément.

En ce jour particulier où j'écris ces remerciements, le 5 mai 2025, Je remercie avec amour la trentenaire qui partage ma vie, depuis plusieurs années et pour encore bien d'autres à venir. Merci pour ton soutien, tes encouragements et, surtout, ta compréhension inébranlable. Durant ces quatre années, tu as vécu à mes côtés chaque étape de cette aventure, pour le meilleur comme pour le pire. Promis, plus de formation avant longtemps !

Merci Maryne

LISTES DES ABREVIATIONS

EBP : *Evidence Based Practice* (pratique basée sur la preuve scientifique).

IFSOR : L'Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes.

BO : Bretagne Ostéopathie.

NHS : *National Health Service* (Service national de santé).

EBM : *Evidence Based Medicine* (médecine basée sur la preuve scientifique).

ECR : Essai clinique randomisé.

BMJ : *British Medical Journal*.

MDCO : Modèle de Décision Clinique Ostéopathique.

LTR : Lésion Tissulaire Réversible.

JHNEBP : *Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Model*.

PROMS : *Patient-Reported Outcome Measures*

RÉSUMÉ

Objectif : Construire un modèle de décision clinique conforme aux standards scientifiques, tout en étant adapté à la spécificité de l'ostéopathie pratiquée à Bretagne Ostéopathie.

Introduction : Depuis l'émergence du modèle de la médecine fondée sur les preuves (EBM), le monde médical et scientifique s'inscrit dans une dynamique centrée sur la preuve. L'ostéopathie, qu'elle le veuille ou non, s'inscrit dans cette tendance et évolue aujourd'hui vers un courant que l'on qualifie d'"ostéopathie contemporaine". Toutefois, le modèle EBM, qui dépasse aujourd'hui le simple cadre de l'aide à la décision clinique, est devenu une structure rigide, institutionnelle, parfois éloignée de la réalité du soin. Face à cela, d'autres modèles ont émergé, s'écartant du modèle EBM originel pour recentrer la pratique sur le soin et l'individualisation de la prise en charge. L'ambition ici est de s'inspirer de ces approches alternatives pour concevoir un modèle propre à l'ostéopathie, ancré dans une médecine fondée sur la science plutôt que sur la preuve.

Méthode : Afin d'identifier les mots-clés essentiels à la prise de décision clinique en ostéopathie, la méthode Delphi a été utilisée. Deux séries de questionnaires ont été menées, avec la participation de sept experts enseignants à Bretagne Ostéopathie.

Résultats : L'analyse des questionnaires a permis de faire émerger quatre notions faisant consensus parmi les experts interrogés. Selon eux, la prise de décision clinique en ostéopathie doit s'appuyer sur : l'état du patient, l'expérience du thérapeute, l'objectif de la séance, et le ressenti sensoriel du praticien. Ce dernier, le ressenti sensoriel, apparaît comme une notion transversale, présente au sein des trois autres dimensions. Pour représenter les interactions entre ces éléments, un Modèle de Décision Clinique Ostéopathique (MDCO) a été élaboré. Ce modèle vise à accompagner le praticien dans sa prise de décision, tout en inscrivant l'ostéopathie dans une dynamique de développement scientifique, sans renier ses spécificités.

Conclusion : L'ostéopathie est une pratique dont la prise de décision repose en grande partie sur le ressenti du thérapeute, une notion difficilement compatible avec les principes de la médecine fondée sur les preuves. Toutefois, l'EBM ne constitue qu'une étape dans l'évolution de la pensée médicale — un courant de santé parmi d'autres, appelé à évoluer. Comme tout paradigme, il est amené à se transformer, peut-être vers une forme où l'ostéopathie contemporaine pourra trouver pleinement sa place. Pour cela, l'ostéopathie doit poursuivre son rapprochement avec la science, en s'ancrant dans une rigueur scientifique, sans céder aux dérives de la pseudo-science, et en dépassant une simple quête de validation par la preuve.

ABSTRACT

Objective: To develop a clinical decision-making model that meets scientific standards while being tailored to the specific characteristics of osteopathy as practiced at Bretagne Ostéopathie.

Introduction: Since the emergence of the evidence-based medicine (EBM) model, the medical and scientific fields have increasingly adopted a proof-centered approach. Osteopathy, whether willingly or not, has followed this trend and is now evolving toward what is referred to as "contemporary osteopathy." However, the EBM model—now extending far beyond its original role as a tool for clinical decision-making—has become a rigid, institutional framework that at times drifts away from the realities of care. In response, alternative models have emerged, diverging from the original EBM framework to refocus on care and individualized patient management. The aim here is to draw inspiration from these alternative approaches in order to create a model specific to osteopathy, grounded in science rather than solely in evidence.

Method: To identify the key concepts essential to clinical decision-making in osteopathy, the Delphi method was employed. Two rounds of questionnaires were conducted with the participation of seven expert instructors at Bretagne Ostéopathie.

Results: Analysis of the questionnaires revealed four key concepts that reached consensus among the experts. According to them, clinical decision-making in osteopathy should be based on: the patient's condition, the practitioner's experience, the objective of the session, and the practitioner's sensory perception. Among these, sensory perception emerged as a transversal element present across all three other dimensions. To illustrate the interactions between these elements, an Osteopathic Clinical Decision-Making Model (OCDMM) was developed. This model aims to support practitioners in their clinical reasoning while guiding osteopathy toward scientific development, without compromising its unique identity.

Conclusion: Osteopathy is a practice in which clinical decisions are largely based on the practitioner's sensory perception—an element that does not easily align with the principles of evidence-based medicine. Like all paradigms, it will evolve and perhaps shift toward a model in which contemporary osteopathy can fully find its place. To do so, osteopathy must continue to align itself with science, embracing scientific rigor while avoiding the pitfalls of pseudoscience, and moving beyond the mere pursuit of validation through evidence alone.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
LISTES DES ABREVIATIONS.....	3
RÉSUMÉ.....	4
ABSTRACT	5
SOMMAIRE	6
PREAMBULE	1
INTRODUCTION.....	4
PARTIE I	4
OSTÉOPATHES ; REBOUTEUX OU PSEUDOMÉDECINS ?	4
1.1 Qui/Que sont les ostéopathes ?.....	4
1.1.1 Historiquement.....	4
1.1.2 Début du schisme	5
1.1.3 L'ostéopathie contemporaine	6
1.1.4 Le modèle de Bretagne Ostéopathie.....	7
1.1.5 Les biais de l'ostéopathie contemporaine.....	8
1.2 Ostéopathes : scientifiques ou gourous ?	9
1.2.1 La vérité en science	9
1.2.4 Les différents types de science ostéopathique	14
1.2.5 L'état de l'art en médecine	16
PARTIE II	18
LES MODÈLES DE DÉCISION CLINIQUE.....	18
2.1 Le modèle EBP/EBM.....	19
2.1.1 L'histoire de l'élaboration d'une nouvelle vérité scientifique.....	19
2.1.2 Le modèle père de la décision médicale	20
2.2 L'ampleur de l'EBM	21

2.2.1 L'enseignement EBM	21
2.2.2 La hiérarchie des preuves.....	24
2.2.3 L'institutionnalisation de l'EBM	25
2.2.4 Critiques de l'EBM	26
2.3 Les différents types de modèle prise de décision en France.....	29
2.3.1 La prise de décision clinique	29
2.3.2 Recensement des modèles de décision clinique	32
2.3.3 Etude de leur fonctionnement	34
2.3.4 Construire un modèle pour l'ostéopathie	39
MÉTHODE	41
1.1 Cadre théorique de la méthode Delphi	42
1.1.1 Définition.....	42
1.1.2 Méthodologie	43
1.1.3 Les participants.....	44
1.1.4 Création des questionnaires et items	45
1.2 Mise en place de la méthodologie	46
1.2.1 Diagramme de flux des rondes Delphi	46
1.2.3 Sélection des experts.....	47
1.2.2 Elaboration du premier questionnaire.....	48
1.2.3 Elaboration du second questionnaire	48
RÉSULTATS.....	50
PARTIE I	50
PREMIER QUESTIONNAIRE	50
1.1 Résultats brut du premier questionnaire (douze questions)	50
1.1.1 Première question.....	50
1.1.2 Deuxième question	51
1.1.3 Troisième question.....	52
1.1.4 Quatrième question.....	53
1.1.5 Cinquième question	54

1.1.6 Sixième question.....	56
1.1.7 Septième question	57
1.1.8 Huitième question	58
1.1.9 Neuvième question	60
1.1.10 Dixième question	61
1.1.11 Onzième question	62
1.1.12 Douzième question	63
1.2 Interprétation du premier questionnaire	63
PARTIE II	65
DEUXIÈME QUESTIONNAIRE.....	65
2.1 Résultats brut du deuxième questionnaire (six questions)	67
1.1.1 Première question.....	67
1.1.2 Deuxième question	68
1.1.3 Troisième question.....	69
1.1.4 Quatrième question.....	70
1.1.5 Cinquième question	71
1.1.6 Sixième question.....	72
2.2 Interprétation du deuxième questionnaire.....	72
DISCUSSION.....	74
PARTIE I	74
PROPOSITION DU MODÈLE DE DÉCISION CLINIQUE OSTÉOPATHIQUE	74
1.1 Les quatre piliers du MDCO	74
1.1.1 L'état du patient	74
1.1.2 L'expérience du thérapeute.....	75
1.1.3 L'objectif de séance	75
1.1.4 Le ressenti sensoriel du thérapeute	75
1.2 Modélisation du MDCO	76
1.2.1 Proposition de conception.....	76
1.2.2 Utilisation du modèle.....	78

PARTIE II	81
ANALYSE CRITIQUE	81
2.1 Premier questionnaire	81
2.2 Question de synthèse.....	82
2.3 Ressenti au cœur de tout ?	83
2.4 Les objectifs de séance	84
2.5 Différence de point de vue en fonction de l'expérience	86
2.6 Science et MDCO.....	87
CONCLUSION	89
BIBLIOGRAPHIE	96
ANNEXES	104

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1: Modèle père de la prise de décision clinique selon l'EBM(53).....	21
Figure 2: Cheminement de prise de décision médicale selon l'enseignement EBM(7).....	23
Figure 3: Niveaux de preuve et grades de recommandations (HAS, 2013)(56)	24
Figure 4 : Comparatif entre la hiérarchisation des preuves et le système GRADE.....	25
Figure 5 : facteurs pouvant influencer la prise de décision clinique(78,81,82).	31
Figure 6 : Le modèle de pratique fondée sur les preuves en soins infirmiers de Johns Hopkins (EBN)(91)	34
Figure 7 : Schématisation du modèle Practice-Based Evidence selon Kinesport(92)	35
Figure 8 : Tableau comparatif des modèles PBE et EBP selon Kinesport(92)	36
Figure 9 : Modèle de l'Occupation Humaine (version française)(94).....	37
Figure 10 : Schématisation du modèle de l'IP-PDP(96)	38
Figure 11 : Etapes du déroulement de la méthode Delphi.	43
Figure 12 : Diagramme de flux des rondes Delphi.	46
Figure 13 : Résultats de la première question du premier questionnaire.....	50
Figure 14 : Résultats de la deuxième question du premier questionnaire.	51
Figure 15 : Résultats de la troisième question du premier questionnaire.	52
Figure 16 : Résultats de la quatrième question du premier questionnaire.....	53
Figure 17 : Résultats de la cinquième question du premier questionnaire.	54
Figure 18 : Graphique récapitulatif des écarts-type par item de la cinquième question.....	55
Figure 19 : Résultats de la sixième question du premier questionnaire.	56
Figure 20 : Résultats de la septième question du premier questionnaire.	57
Figure 21 : Résultats de la huitième question du premier questionnaire.	58
Figure 22 : Graphique récapitulatif des écarts-type par item de la huitième question.	59
Figure 23 : Résultats de la huitième question du premier questionnaire.	60
Figure 24 : Résultats de la dixième question du premier questionnaire.	61
Figure 25 : Résultats de la onzième question du premier questionnaire.	62
Figure 26 : Résultat de l'item 12 de la huitième question.	62
Figure 27 : Résultats de la douzième question du premier questionnaire.	63
Figure 28 : Résultats de la première question du deuxième questionnaire.	67
Figure 29 : Résultats de la deuxième question du deuxième questionnaire.....	68
Figure 30 : Résultats de la troisième question du deuxième questionnaire.....	69
Figure 31 : Résultats de la quatrième question du deuxième questionnaire.	70
Figure 32 : Résultats de la cinquième question du deuxième questionnaire.	71

Figure 33 : Résultats de la sixième question du deuxième questionnaire.	72
Figure 34 : Proposition de modèle de prise de décision clinique en ostéopathie.....	76
Figure 35 : Résultats de la première question du deuxième questionnaire.	85
Figure 36 : Résultat de l'item 12 de la huitième question.	86

PREAMBULE

La médecine et ses pratiquants ont toujours évolué et évolue encore entre deux eaux ; celle de la médecine empirique et celle de la médecine rationnelle(1). La première se caractérise par une pratique fondée sur l'expérience, l'observation, l'intuition ou encore le hasard(2) et avec une transmission de savoirs basée sur l'expérience personnelle de ceux qui ont précédé. La deuxième base ses thérapeutiques sur la logique scientifique, la réflexion ou la raison, et, à minima, la tentative de valider ou prouver ses thérapeutiques. On peut alors penser qu'il s'agit du bien et du mal, de bien soigner ou de mal soigner, mais les deux ont leur raison d'être, leurs points positifs et leur points négatifs(3). Ce préambule a pour objectif de clarifier les apports mutuels que ces deux paradigmes peuvent avoir l'un envers l'autre, et surtout leur interconnexion et leur interdépendance : l'un ne peut exister sans l'autre. On peut comparer leur fonctionnement aux notions d'ombre et lumière ; l'ombre ne peut exister que dans la lumière et il ne peut y avoir de la lumière qu'à partir d'ombre.

Médecine empirique et médecine rationnelle, ombre et lumière. Comme le yin et le yang, elles s'équilibrent et se complètent.

La médecine empirique est le sol fertile où pousse l'arbre de la médecine rationnelle. L'empirisme possède intrinsèquement une grande liberté d'action ; ces utilisateurs ne sont pas soumis à la rigueur et aux contraintes imposées à la rationalité. Ce large champ d'action permet une certaine créativité et l'émergence de notions nouvelles, incongrues ou prometteuses, ésotériques ou logiques, qui, par leurs seules existences, vont servir le monde rationnel. Que ce soit pour démontrer la fallacité de ces théories empiriques ou au contraire, pour s'en inspirer puis les prouver, on observe que le monde rationnel grandit et progresse grâce à cette médecine. Mais de la même manière, l'empirisme peut également servir la médecine rationnelle grâce à ces points négatifs, c'est-à-dire son absence de cadre théorique clairement délimité, la difficulté de prouver ses pratiques, de justifier ses logiques etc. Face à ces obstacles, les thérapeutes tendent à se rapprocher des sciences fondamentales rationnelles afin de pouvoir valider leurs hypothèses. L'empirisme pousse, par réaction naturelle, à la démarche scientifique, et même, l'initie. Il est considéré(1) que l'empirisme est souvent à la base de démarche scientifique : une observation d'effet ou de loi naturelle amène à une théorisation qui peut, si on le souhaite ou si on le peut, amener à une démarche

scientifique de preuve. A l'inverse, la médecine rationnelle peut ne pas avoir de réponse à des problématiques médicales, être trop longue à mettre en place en cas d'urgence(4), être trop complexe, trop cher, et globalement être dans l'incapacité à apporter une solution scientifique de traitement. Dans ce cas, les praticiens peuvent se rabattre sur des protocoles moins valides, mais moins rigoureux et moins complexes pour atteindre leurs objectifs.

L'empirisme engendre des démarches scientifiques, qui par leurs limites et contraintes, ramènent à l'empirisme.

Les deux modes de pratiques sont donc intriquement liés, en interaction, en interdépendance, parfois même ils sont utilisés en parallèle. En effet, dans la réalité, les médecines empiriques et rationnelles ne sont que des paradigmes, des notions donc, qui ne soignent pas. Et lorsqu'on s'intéresse aux pratiquants et non plus aux pratiques, la frontière entre les deux mondes est parfois encore plus mince. Dans une étude de 2019, Zadro et al. (5) ont montré que seuls 54% des physiothérapeutes choisissent des traitements recommandés. Ils concluent alors que de nombreux kinésithérapeutes ne semblent pas suivre des lignes directrices fondées sur des données probantes dans la gestion des affections musculosquelettiques. Les professionnels de santé, qui par essence devraient appartenir au monde de la médecine rationnelle, ont donc des pratiques qui ne correspondent pas à leur modèle fondamental. De la même manière, des thérapeutes de médecine alternative peuvent donner des conseils médicaux rationnels et prouvés. Que ce soit par choix, par manque de connaissance ou encore même par absence de choix, les thérapeutes ne sont pas que de simple observant de leur courant originel. Leurs pratiques quotidiennes reflètent leurs convictions bien plus que leur formation. La mise en œuvre de ces modalités thérapeutiques par les praticiens constitue le critère déterminant de leur affiliation. Si l'on parle des pratiquants et non plus des pratiques, on peut alors les classer en deux grands courants : ceux qui ont majoritairement des croyances et ceux qui ont majoritairement des connaissances. L'utilisation de l'une ou l'autre dans la démarche thérapeutique du praticien va conditionner le style de prise en charge pour un patient donné ; plutôt empirique ou plutôt rationnel.

Il existe deux types de praticiens ; ceux qui ont majoritairement des croyances et ceux qui ont majoritairement des connaissances.

L'ostéopathie, comme toutes sciences à visée thérapeutique, ne fait pas abstraction à ce principe. Si elle s'inscrit originellement dans un univers empirique (voir PARTIE I : Ostéopathes ; Rebouteux ou Pseudomédecins ?), c'est dans la pratique quotidienne des ostéopathes que cette discipline prend vie et se singularise. La définition de l'ostéopathie (6) peut donc sembler relativement uniforme, mais la manière dont chaque ostéopathe l'applique est extrêmement variée. Certains privilégient une approche tissulaire, d'autres une vision plus globale de l'organisme. Cette diversité est le reflet de la complexité de la discipline et de l'individualité de chaque praticien. On peut alors comparer l'ostéopathie à la religion : chaque dogme a son dieu propre, ses croyances, sa littérature, ses justifications... Et chaque membre de cette communauté entretient des convictions personnelles autour du concept fondamental, l'interprétant à sa manière. Comprendre l'ostéopathie ce n'est donc pas simplement comprendre sa place au sein des médecines empiriques et rationnelles, c'est aussi comprendre les pratiquants de l'ostéopathie, avec leur croyance et leur connaissance. Percevoir cette dualité intrinsèque présente dans le dogme, comme dans les pratiquants, c'est accepter les faiblesses et utiliser les forces d'un outil thérapeutique centré non plus seulement sur le malade, mais également sur la philosophie d'un soin ET du soigneur. Ces notions, profondément ancrées dans la culture ostéopathique, sont au cœur d'une prise de décision thérapeutique ; ici purement empirique. Dans la médecine rationnelle, il existe un modèle validé scientifiquement, nommé "evidence based practice" (EBP), "pratique basée sur la preuve", qui guide également la décision médicale. Il se base généralement sur trois grands piliers : les préférences du patient, l'expérience du praticien et les preuves scientifiques(7). Chaque profession médicale ou paramédicale doit alors prendre une décision de soin grâce à ce modèle ou à un de ces dérivés, créé pour la profession. Alors, l'idée de ce mémoire est de réconcilier les ostéopathes qui défendent corps et âme l'empirisme contre ceux qui visent le monde rationnel, ainsi que ceux qui ont tendance à s'appuyer sur des croyances et ceux qui s'appuient davantage sur des connaissances. Pour cela, l'intention du mémoire est de créer un modèle inspiré des principes du modèle EBP permettant à l'ostéopathie pratiquée à Bretagne Ostéopathie de légitimer sa place dans la médecine scientifique, tout en conservant les atouts de la médecine empirique, avec ses codes et ses principes.

**“La place de l'ostéopathie contemporaine dans la médecine factuelle :
création d'un modèle de décision clinique spécifique à Bretagne
Ostéopathie.”**

INTRODUCTION

PARTIE I

OSTÉOPATHES ; REBOUTEUX OU PSEUDOMÉDECINS ?

Le titre de ce travail, « La place de l'ostéopathie contemporaine dans la médecine factuelle : création d'un modèle de décision clinique spécifique à Bretagne Ostéopathie », introduit plusieurs concepts qu'il convient d'abord de définir dans un cadre conceptuel précis. Ces définitions, tout comme la recherche qui les accompagne, permettront de mieux appréhender le rôle et le fonctionnement de l'ostéopathie contemporaine, ainsi que les fondements de la médecine fondée sur les preuves (evidence-based practice). Ce travail introductif ouvrira ensuite la voie à une série de questionnaires visant à affiner la compréhension du processus de décision clinique en ostéopathie, dans le but final d'élaborer un modèle didactique adapté.

Cette première partie sera consacrée à une meilleure compréhension de l'ostéopathie telle qu'elle est pratiquée actuellement au sein de Bretagne Ostéopathie.

1.1 Qui/Que sont les ostéopathes ?

1.1.1 Historiquement

L'ostéopathie, une approche thérapeutique centrée sur l'interconnexion du corps et son pouvoir d'autoguérison, trouve ses origines à la fin du XIXe siècle, avec le Dr Andrew Taylor Still(8). Toutefois, avant que Still ne formalise cette discipline, plusieurs influences ont contribué à façonner les idées qui la sous-tendent. Depuis l'Antiquité, diverses cultures ont pratiqué des formes de médecine manuelle. Des médecins grecs tels qu'Hippocrate et Galien ont reconnu l'importance du corps dans le processus de guérison, établissant des bases pour l'idée que la structure corporelle influence la santé. Des pratiques ancestrales, comme celles des Amérindiens ou les traditions de la médecine traditionnelle chinoise et de l'ayurveda, ont également intégré des techniques manuelles pour traiter les affections(9,10). À la fin du XIXe siècle, le paysage médical était en pleine mutation. La médecine allopathique, axée sur les

médicaments et les interventions chirurgicales, était souvent critiquée pour son approche réductrice et sa dépendance excessive aux traitements symptomatiques. Ce climat a ouvert la voie à de nouvelles idées et pratiques, favorisant le développement d'approches alternatives. C'est dans ce contexte que Still, personnellement marqué par la perte de membres de sa famille due à des maladies, a commencé à explorer des méthodes de soin plus holistiques(11). En 1874, il a formulé sa philosophie, affirmant que le corps humain possède une capacité innée à s'autoguérir. Il a ainsi mis l'accent sur le système musculo-squelettique et son rôle crucial dans la santé globale. En 1892, Still a fondé la première école d'ostéopathie à Kirksville, dans le Missouri, où il a enseigné ses méthodes et ses principes. Cette institution a marqué le véritable début de l'ostéopathie en tant que profession, posant les fondations d'une approche qui allie connaissances scientifiques, techniques manuelles et croyances anciennes. On parle alors d'ostéopathie traditionnelle, centrée sur une approche holistique et philosophique, complètement inscrite dans la médecine empirique décrite précédemment.

1.1.2 Début du schisme

L'ostéopathie, sous cette forme traditionnelle remplie de croyance et de philosophie, a continué d'évoluer au cours du XXIème siècle en arrivant en Europe par l'Angleterre, puis en France(12). Durant ce siècle, les évolutions de l'ostéopathie furent principalement légales et sociales (diffusion du modèle, autorisation de pratique, reconnaissance par les pairs, risque de poursuite pour exercice illégal de la médecine..) et non pas idéologiques. Ce n'est que dans les années 1990, à la naissance de l'*evidence based practice* (EBP)(13), qu'il y eut du changement dans la conception même de l'ostéopathie. En effet, face à ce nouveau modèle scientifique, il y eut une fronde des ostéopathes, qui en avaient une vision extrêmement négative. Selon eux, la facturation de la médecine ne pourrait qu'inhiber la pratique ostéopathique, sa transmission ou encore son apprentissage. Les ostéopathes originels se basaient sur des pratiques transmises de génération en génération, avec un mécanisme de reproduction des techniques employés par les anciens. L'idée était d'améliorer la pratique ostéopathique grâce aux expériences de ces différentes générations d'utilisateurs. Ce processus, jugé vertueux pour la profession, ne pouvait donc plus fonctionner sous le prisme de l'EBP, censé justement filtrer les informations personnelles pour que seules les données factuelles ne soient transmises. Avec l'*evidence based practice*, le concept d'auto-amélioration des pratiques ne pouvait perdurer. Et en effet, on le verra notamment plus tard, le modèle EBP laisse finalement peu de place à l'expérience du professionnel. En

comprenant cela, les ostéopathes prirent la décision de s'affranchir du modèle scientifique pour rester au plus près de leurs pratiques traditionnelles. Ici, la phrase d'Andrew TAYLOR STILL "*Keep it pure boys, keep it pure*"(2) prend tout son sens : gardez la pure. Il ferait référence au fait de garder l'ostéopathie traditionnelle telle qu'elle a été conçue au début, donc pure de toutes évolutions. Les ostéopathes traditionnels, en tentant de suivre cet enseignement ancestral, se sont alors eux-mêmes revendiqués comme une alternative à la médecine factuelle.

1.1.3 L'ostéopathie contemporaine

Comme vu dans le paragraphe précédent, en refusant de suivre les recommandations de bonnes pratiques médicales avec l'EBP, les ostéopathes traditionnels se sont donc écartés volontairement du chemin des sciences fondamentales. Cependant, les sociétés évoluent, les lois évoluent, les concepts évoluent. Avec le temps et les découvertes médicales, l'ostéopathie s'est transformée et s'est adaptée aux avancées de la science médicale. Le changement a conduit à une séparation progressive entre l'ostéopathie dite traditionnelle et l'ostéopathie contemporaine. Cette dernière, tout en conservant certains principes de base de la manipulation musculosquelettique, s'est enrichie de connaissances issues de la médecine moderne et de la recherche scientifique, tandis que l'ostéopathie traditionnelle repose sur des concepts plus holistiques et philosophiques. Ce schisme est en grande partie une réponse à la nécessité de rendre la pratique de l'ostéopathie plus efficace et mieux intégrée dans le paysage médical actuel. L'ostéopathie contemporaine s'est alors progressivement orientée vers une formation plus rigoureuse, avec une approche plus médicale.

Cette évolution a tout d'abord été imposée par des nécessité légale : L'ostéopathie est officiellement reconnue en France depuis la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002(15,16) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cette loi, aussi appelée "Loi Kouchner", reconnaît le droit d'user du titre d'ostéopathe, mais surtout l'encadre. Ensuite, Le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007(17) définit le champ de compétences des ostéopathes et précise les "actes autorisés". Enfin, les décrets et arrêtés du 12 décembre 2014(18) posent les bases du dispositif de formation le plus complet et détaillé des professions de santé. Il y a alors une obligation des centres de formations de former les futurs ostéopathes de la façon la plus scientifique possible. Ces lois et réglementations ont joué un rôle important dans l'évolution de l'ostéopathie en France, en passant d'une pratique peu encadrée à une profession reconnue et réglementée, avec des standards de formation élevés et une

intégration croissante dans le système de santé. Aujourd'hui, l'ostéopathie est considérée comme une profession de première intention, reconnue par le Ministère de la Santé et les ostéopathes ont la responsabilité d'évaluer la condition de leurs patients et de les orienter si nécessaire vers d'autres soins médicaux. Ces nouvelles responsabilités imposent des compétences et des connaissances médicales qui orientent naturellement les ostéopathes vers le monde rationnel. Il y a de plus en plus d'efforts pour intégrer la pratique ostéopathique dans le cadre médical conventionnel, en montrant son efficacité par des études cliniques et en la reliant à des concepts de médecine fondée sur des données probantes.

Finalement, au fil des années, la pratique ostéopathique est rentrée dans un mécanisme de transmission de savoir très proche des recommandations du modèle EBP ; modèle qui justement a été initialement rejeté par les ostéopathes traditionnels lors de son avènement dans les années quatre-vingt-dix. La pratique échappe alors aux praticiens, fatalement, par évolution sociétale naturelle ; à mesure que l'ostéopathie gagne en reconnaissance, elle fait face à une pression croissante pour démontrer son efficacité et sa légitimité scientifique. En définitive, le schisme entre l'ostéopathie contemporaine et traditionnelle illustre un processus naturel d'évolution d'une discipline médicale.

1.1.4 Le modèle de Bretagne Ostéopathie

L'ostéopathie, en cherchant à s'intégrer dans le système de santé dominant, tend donc à adopter les principes du paradigme biomédical. L'Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes (IFSOR) ne fait pas exception. Comme toute école d'ostéopathie, elle possède un modèle fondamental, considéré comme le socle théorique à leur pratique ostéopathique. En reprenant l'analogie avec la religion, Bretagne Ostéopathie (BO) repose ses croyances sur une bible(19), des théories, une vision de la religion/ostéopathie, différente des autres religions/écoles d'ostéopathie.

Dans la réalité, le modèle de BO partage les principes fondamentaux de l'ostéopathie, reconnaissant notamment l'importance de la structure dans la fonction du corps. À l'image de l'ostéopathie traditionnelle, ce modèle recourt également à des techniques manuelles pour traiter les dysfonctions, désignées jusqu'à présent comme des lésions tissulaires réversibles (LTR) dans le modèle fondamental de l'IFSO. Également, bien que focalisé sur l'aspect structurel, le modèle conserve une vision globale du patient, caractéristique de l'ostéopathie traditionnelle. Le modèle a donc des racines profondément traditionnelles, comme beaucoup d'écoles. Cependant, les mécanismes décrits plus tôt ayant induit la

mutation de l'ostéopathie vers un modèle plus scientifique, ont également impacter la vision ostéopathique de BO. La pression légale (nécessité de conserver l'agrément, d'avoir une formation médicale, de faire des mémoires de recherches..), la pression sociétale (justification auprès du grand public, du monde médical), la pression des étudiants (des professionnels de santé bercés dans l'EBP et le raisonnement bio-psycho-social) et les capacités intrinsèques des membres dirigeants à savoir évoluer et s'adapter ; tout cela a entraîné la mutation du modèle vers une ostéopathie contemporaine. D'une part déjà, le modèle de Bretagne Ostéopathie se démarque par une forte emphase sur l'approche structurelle, alors que l'ostéopathie traditionnelle peut inclure d'autres approches (MRP, énergétique, magnétisme etc.). Cette spécialisation structurelle facilite logiquement la transition vers le monde rationnel, à l'inverse des ostéopathes à formation énergétique, par exemple.

Le modèle cherche également à s'adapter aux exigences actuelles de la pratique ostéopathique, notamment en termes de preuves scientifiques et d'efficacité clinique. Il y a un effort pour intégrer des connaissances scientifiques actuelles, comme en témoignent les travaux de recherche menés à l'IFSO-Rennes. Les étudiants sont encouragés à utiliser les méthodes biomédicales pour chercher à prouver les pratiques ostéopathiques contemporaines. Globalement, on observe une augmentation significative des études en ostéopathie, avec un doublement du nombre de publications tous les 5 ans entre 1980 et 2014(20). Cette tendance reflète la volonté de la profession de prouver son efficacité selon les standards de la médecine basée sur les preuves. Les ostéopathes contemporains ont donc maintenant tendance à intégrer les données prouvées dans leur pratique, en utilisant notamment l'actif, gold standard de la prise en charge musculo-squelettique.

1.1.5 Les biais de l'ostéopathie contemporaine

Cependant, il existe deux biais majeurs dans cette démarche "d'EBPisation" des pratiques. Premièrement, la volonté de prouver les concepts ostéopathiques devient parfois un bouclier derrière lequel les écoles se glissent afin de légitimer leur action, sans en maîtriser les outils. Les enseignants sont rarement formés à la recherche scientifique, ayant été eux-mêmes bercés dans une pratique empirique. Une étude menée dans deux instituts français de formation en ostéopathie a révélé que bien que les enseignants aient des attitudes positives envers la pratique fondée sur les preuves, ils rapportent de faibles niveaux d'utilisation de l'EBP dans leur pratique(21). La recherche en ostéopathie est donc certes conditionnée par des obligations légales, une volonté de justifier une pratique ou encore liée à la pression

croissante pour prouver son efficacité selon les standards de la médecine conventionnelle, mais il semblerait qu'il manque encore des compétences de recherche au sein de ce nouveau courant d'ostéopathie. L'enseignement en ostéopathie est en effet souvent axé sur les aspects pratiques et techniques, au détriment de la méthodologie de recherche et de l'analyse critique des preuves scientifiques. Secondairement, la pression pour se conformer aux normes de la médecine conventionnelle peut conduire à une standardisation des traitements ostéopathiques, potentiellement au détriment de l'approche individualisée qui caractérisait l'ostéopathie à ses débuts. Par exemple, la standardisation de l'ostéopathie en Angleterre a en effet permis son intégration dans le système de santé conventionnel, tout comme les physiothérapeutes et les chiropracteurs (22,23). Cette évolution a cependant rapproché l'ostéopathie de ces autres professions de santé, en termes de reconnaissance, de réglementation, de standards professionnels, et surtout de formation. Les trois professions sont reconnues par le *National Health Service* (NHS), ce qui implique qu'elles répondent à certains critères communs de qualité et de sécurité des soins. Ils ont donc les mêmes bases théoriques (anatomiques, physiologiques et sciences biomédicales), et mettent tous l'accent sur l'enseignement et la pratique basée sur les preuves scientifiques. En s'alignant sur les pratiques de la médecine conventionnelle, l'ostéopathie perd certains éléments distinctifs de son approche. Ce phénomène illustre les défis auxquels font face les médecines alternatives lorsqu'elles cherchent à gagner en légitimité dans le cadre du système de santé dominant. L'enjeu pour l'ostéopathie est de prouver son efficacité tout en préservant les aspects qui font sa spécificité et sa valeur ajoutée dans le paysage des soins de santé.

1.2 Ostéopathes : scientifiques ou gourous ?

1.2.1 La vérité en science

L'objectif de ce mémoire ne se limite pas à la création d'un outil d'aide à la décision clinique ; cet outil n'est qu'un moyen au service d'une ambition plus large : tenter de créer un pont entre la médecine empirique et la médecine rationnelle, en intégrant l'ostéopathie contemporaine dans la dynamique de *evidence-based practice*. Cette dernière est aujourd'hui considérée, par une grande partie du monde de la santé, comme l'approche scientifique la plus pertinente en matière de soins (24). Pourtant, cette reconnaissance largement partagée invite à interroger la nature même de la vérité en science : le modèle EBP représente-t-il une vérité ultime à laquelle l'ostéopathie devrait nécessairement se

conformer, ou simplement un cadre dominant, en constante évolution, parmi d'autres possibles ?

En science fondamentale, on cherche souvent une vérité, mais on ne peut trouver au mieux qu'une validité(24). Cette phrase, lorsqu'elle est comprise, a de nombreuses implications. Tout d'abord, qu'il n'existe pas de fin, pas de vérité absolue ; la recherche n'a pas pour objectif de trouver, mais de chercher. On sait que nos connaissances ne sont vraies que jusqu'à preuve du contraire, en fonction de l'évolution de cette recherche. Elles seront dépassées un jour par un modèle plus efficace, et ainsi de suite jusqu'à tendre vers un idéal de connaissance infinie(25). On a donc une notion de temps, d'évolution. Ce constat est important car il impose à ses pratiquants une nécessité d'être en capacité et en compétence de pouvoir évoluer en parallèle des innovations scientifiques. Ensuite, on a une notion de chemin, jalonné par des évolutions apportées par la recherche et la conception d'idées nouvelles. Ce chemin est considéré comme celui le plus proche de la vérité ; c'est la personnification de la science. Tout ce qui ne suit pas ce chemin est donc considéré comme hors du cadre scientifique. L'approche première de toute discipline scientifique consiste à identifier, nommer, comparer, décrire et classer les faits. De cette activité, naissent les hypothèses qui visent à expliquer les faits et l'existence des régularités dégagées. Ces hypothèses seront ensuite confrontées aux faits pour que leur pertinence soit évaluée(26).

Il n'empêche d'ailleurs, qu'en regardant en arrière, certaines étapes de la science soient désormais considérées comme archaïques, dont la pratique aujourd'hui serait considérée comme de l'obscurantisme, de la médecine traditionnelle ou de la pseudo-science. La médecine empirique a ainsi longtemps été considérée comme LA science la plus valide avant d'être supplantée par les sciences factuelles. Avec l'apparition du modèle EPB, la science a franchi un cap ; la médecine factuelle a pris l'ascendant sur la médecine empirique. La recherche a pris une nouvelle direction et le chemin de la validité médicale également. Les concepts liés à l'EBP ainsi que cette nouvelle approche philosophique de la santé seront développés dans la deuxième partie de cette introduction.

1.2.2 L'épistémologie médicale

La question de la vérité occupe une place centrale dans ce mémoire, car elle amène à réfléchir en profondeur sur ce que signifie véritablement « bien soigner ». En reprenant la conception de la vérité développée plus haut, il apparaît donc que le modèle de l'EBP ne représente pas une vérité absolue, mais plutôt la forme de connaissance la plus rigoureuse

et validée à ce jour, selon les critères de la science contemporaine. Cela soulève une interrogation essentielle : cette forme de validité est-elle désormais indissociable de ce que l'on considère comme une pratique soignante légitime ? Et dans ce cadre en constante évolution, l'ostéopathie peut-elle s'inscrire dans cette dynamique sans perdre son identité ? Peut-elle être reconnue comme une approche médicalement recevable, même si elle s'appuie sur des logiques parfois éloignées des standards actuels de la recherche scientifique ?

Ce type de questionnement s'inscrit pleinement dans une réflexion épistémologique. L'épistémologie (du grec *epistêmê*, savoir), en tant que branche de la philosophie, s'intéresse aux conditions de construction, de validation et de transformation du savoir scientifique(27). Elle interroge les fondements mêmes de ce que l'on considère comme une connaissance fiable : qu'est-ce qui fait autorité dans une discipline ? Qu'est-ce qui est légitime ? Sur quels critères juge-t-on qu'une information est pertinente pour guider une décision clinique ? Ces interrogations prennent tout leur sens dans le cadre de ce travail, car elles mettent en tension l'ostéopathie et le modèle de l'EBP. Si le raisonnement clinique ostéopathique ne s'aligne pas parfaitement sur les standards méthodologiques dominants, doit-on pour autant le disqualifier ? Ou peut-on envisager une autre forme de légitimité scientifique, fondée sur des critères plus adaptés à sa spécificité ?

Selon les conceptions épistémologiques, **la vérité en science — loin donc d'être une évidence universelle — ne se confond donc pas avec le modèle EBP**. Ainsi, l'ostéopathie pourrait suivre une autre logique que celle de l'EBP tout en restant cohérente avec une certaine forme de vérité scientifique.

Cependant, cette logique épistémologique n'est que parfaitement valable dans le monde actuel. En effet, à l'inverse, dans une conception plus populaire ou sociologique, la vérité est souvent assimilée à ce qui est majoritairement admis ou socialement validé(28). Dans ce cadre, l'EBP est perçue comme l'objectif incontournable, la norme à atteindre, car elle est soutenue par les institutions, les autorités sanitaires et les acteurs dominants du monde médical (notion développée dans la Partie II de l'introduction). Ce consensus social lui confère une forme de légitimité qui peut apparaître comme indiscutable, voire exclusive.

C'est précisément dans cet écart entre la vérité scientifique construite et la vérité sociale imposée que se situe la réflexion autour de l'ostéopathie. Si cette dernière ne répond pas parfaitement aux critères de l'EBP, cela signifie-t-il pour autant qu'elle ne peut prétendre à une forme de vérité scientifique ? La réponse dépend du cadre dans lequel on place la légitimité du savoir. **En d'autres termes, refuser de réduire la vérité scientifique à une vérité populaire, c'est aussi laisser la possibilité à l'ostéopathie contemporaine de**

construire sa propre validité, dans un dialogue critique mais constructif avec les modèles dominants.

1.2.3 Les ostéopathes au sein de la science

Adopter une conception épistémologique claire de la vérité médicale permet aux ostéopathes de mieux situer leur pratique dans un champ où l'ostéopathie est souvent perçue comme exclue de la science, non pas sur des bases uniquement méthodologiques comme compris précédemment, mais avant tout pour des raisons culturelles, en raison de son éloignement du cadre dominant de l'EBP. Pourtant, ce n'est pas que l'étiquette disciplinaire qui fait la scientificité d'une pratique, mais également la posture adoptée par ses praticiens : leur manière de questionner, d'analyser, de confronter leurs hypothèses à l'expérience et d'intégrer ou non les apports de la recherche. Ainsi, même si l'ostéopathie n'est pas officiellement reconnue comme une science médicale au sens strict, elle peut, selon les démarches que mobilisent ses pratiquants, s'inscrire pleinement dans une dynamique scientifique. En s'appropriant les conceptions épistémologiques des sciences de la santé, les ostéopathes seraient en mesure de mieux cerner les forces et les limites de la science, d'ajuster leur posture professionnelle en tant que praticiens, enseignants ou chercheurs, et de rester critiques face aux savoirs établis, sans les considérer comme des vérités définitives(29).

En adoptant un regard critique et structuré sur la science, les thérapeutes peuvent discerner le vrai du faux de leur pratique, en ayant conscience des idées développées plus haut, c'est-à-dire que la science n'atteint jamais de vérités absolues mais construit des modèles provisoires, destinés à être remplacés. Pour mieux appréhender ces notions, qui relèvent d'une réflexion profondément philosophique car elles ne sont ni fixes dans le temps ni universelles, mais toujours ancrées dans les constructions humaines, quatre auteurs ont proposé des modèles de la vérité en science :

Karl Popper – *La Logique de la découverte scientifique* (1934)(25) :

Popper soutient que la science progresse par conjectures et réfutations. Une théorie scientifique doit être falsifiable, c'est-à-dire qu'elle peut être testée et potentiellement réfutée par l'expérience. Ainsi, aucune théorie n'est jamais définitivement prouvée, mais elle reste valide tant qu'elle résiste aux tentatives de falsification. **Si l'ostéopathie veut être scientifique selon la conception poppérienne, elle doit accepter de soumettre ses**

pratiques à la critique, à l'évaluation et au doute méthodique, et ne pas revendiquer une efficacité établie une fois pour toutes.

Thomas Kuhn – *La Structure des révolutions scientifiques* (1962)(30) :

Kuhn introduit la notion de "paradigme" pour décrire les cadres théoriques dominants dans lesquels la science opère. Selon lui, la science évolue non pas de manière linéaire, mais à travers des révolutions scientifiques où un paradigme est remplacé par un autre en raison d'anomalies qu'il ne peut expliquer. Ce processus souligne que les connaissances scientifiques sont historiquement situées et sujettes à des changements radicaux. L'ostéopathie, en tant que pratique encore en marge du paradigme dominant, peut être perçue comme porteuse d'une autre manière de concevoir la santé, le soin et le corps, susceptible de proposer des réponses à des zones d'ombre ou d'insatisfaction de la médecine conventionnelle. Selon cette lecture, son intégration ou sa reconnaissance future ne dépendrait pas d'une conformité immédiate au modèle en place, mais de sa capacité à devenir un élément d'un possible paradigme émergent.

Paul Feyerabend – *Contre la méthode* (1975)(31) :

Feyerabend critique l'idée qu'il existe une méthode scientifique universelle. Il propose un "anarchisme épistémologique", affirmant que la science progresse grâce à une pluralité de méthodes et parfois en transgressant les règles établies. Cette perspective met en avant la diversité et la créativité dans le développement des connaissances scientifiques. Dans ce cadre, l'ostéopathie n'a pas besoin de se conformer strictement aux protocoles standards de l'EBP pour prétendre à une forme de scientificité. Sa richesse clinique, sa proximité avec le vécu du patient et sa dimension manuelle pourraient être envisagées non comme des obstacles à sa reconnaissance, mais comme des expressions d'une autre manière de faire science, au même titre que d'autres disciplines alternatives ou complémentaires. La pensée de Feyerabend pourrait ainsi légitimer une ouverture méthodologique, qui invite à considérer les pratiques de soin sous un angle pluriel, où l'innovation et l'expérience jouent un rôle central dans l'émergence de nouveaux savoirs.

Jacob Stegenga – *Medical Nihilism* (2018)(32) :

Stegenga adopte une position sceptique quant à l'efficacité des interventions médicales modernes. Il soutient que de nombreuses pratiques médicales sont basées sur des preuves faibles ou biaisées, et plaide pour une approche plus prudente et critique de la médecine, reconnaissant les limites des connaissances actuelles. Cette critique invite à réévaluer les critères d'acceptabilité scientifique en santé et à adopter une posture plus prudente, moins dogmatique. Dans cette optique, l'ostéopathie, souvent marginalisée pour ne pas répondre

aux standards de l'EBP, pourrait être reconsidérée non pas comme inférieure, mais comme différente, et potentiellement complémentaire. En reconnaissant les limites des connaissances actuelles, le regard de Stegenga légitime la place de démarches alternatives, tant qu'elles s'inscrivent dans une éthique de rigueur, d'ouverture et de vigilance critique.

1.2.4 Les différents types de science ostéopathique

Comme évoqué précédemment, il est difficile de définir avec précision ce qu'est une science médicale au sens de « pratique qui dit le vrai », et cette difficulté est encore plus marquée lorsqu'il s'agit de l'appliquer à l'ostéopathie. En réalité, cette question dépend de plusieurs facteurs (33,34): philosophiques, selon la manière dont on conçoit la science ; temporels, puisque ce qui est considéré comme vrai aujourd'hui ne l'était pas nécessairement hier et ne le sera peut-être plus demain ; pratiques, en fonction de la manière dont les thérapeutes eux-mêmes envisagent et construisent leur discipline ; et enfin culturels, selon les représentations collectives dominantes qui façonnent ce que l'on reconnaît comme étant « scientifique ». Ce dernier facteur — la validation sociale — semble aujourd'hui le plus déterminant dans la reconnaissance ou l'exclusion d'une pratique du champ scientifique médical. Dans ce contexte, l'ostéopathie reste largement perçue, dans l'opinion dominante, comme une pseudo-science, souvent en décalage avec les critères normatifs imposés par les modèles de médecine fondée sur les preuves(35), indépendamment des débats scientifiques plus profonds abordés précédemment. La pseudoscience est une information présentée par ses utilisateurs comme scientifique, ressenti comme tel par ces utilisateurs, mais qui, après un examen plus approfondi, ne répond pas aux normes établies pour être considéré comme de la science (36).

Cependant, à l'origine, l'ostéopathie s'éloignait largement des préoccupations scientistes et ne s'inscrivait pas dans une démarche scientifique au sens strict de la médecine rationnelle. Andrew T. Still, son fondateur, ne cherchait pas à transmettre une technique thérapeutique « magique », mais plutôt à proposer une philosophie du soin, fondée sur une vision globale et humaniste de la santé(37). L'ostéopathie puise ainsi ses racines dans des conceptions philosophiques anciennes, héritées de la pensée grecque, comme la devise "*Mens sana in corpore sano*" (une âme saine dans un corps sain) ou l'invitation de Chilon de Sparte à la connaissance de soi ("Connais-toi toi-même").

Fidèle à ces principes, l'ostéopathie traditionnelle se positionne moins comme une science expérimentale classique que comme une forme de savoir humaniste, centré sur la personne,

et ne cherche pas nécessairement à s'inscrire dans les cadres normatifs de la science contemporaine, mais plutôt à proposer une autre manière d'envisager le soin et la santé.

Selon la définition consensuelle élaborée lors de la Convention Européenne d'Ostéopathie en 1987, l'ostéopathie est décrite comme « une science, un art et une philosophie des soins de santé, étayée par des connaissances scientifiques en évolution »(38). Il ne serait donc pas juste de qualifier l'ostéopathie traditionnelle de pseudoscience, dans la mesure où ses praticiens ne la présentent pas comme une démarche scientifique au sens strict(39). Il s'agit plutôt d'une pratique située en dehors du cadre de la science médicale conventionnelle. Il est important de faire la distinction : toute pseudoscience est extérieure à la science médicale, mais toute pratique extérieure à la science médicale n'est pas pour autant une pseudoscience(40).

À l'inverse, l'ostéopathie contemporaine se distingue par sa volonté d'étayer ses actions par des preuves et d'inscrire sa pratique dans le cadre de la science médicale. Toutefois, en cherchant à revendiquer une scientificité sans toujours répondre aux critères méthodologiques reconnus — comme la reproductibilité, la falsifiabilité ou la rigueur expérimentale —, ce type de démarche peut, selon certaines définitions strictes de la pseudoscience, être rapproché de cette catégorie, non par son intention, mais par le décalage entre ses prétentions scientifiques et la reconnaissance actuelle de ses preuves. Cependant, au regard des connaissances actuelles, il n'est pas possible d'exclure l'ostéopathie contemporaine du champ scientifique, dans la mesure où il n'existe pas de preuves suffisantes démontrant clairement sa fausseté ou son inefficacité totale(41). Ce qui pourrait devenir problématique, en revanche, serait de persister à pratiquer cette forme d'ostéopathie si ses fondements venaient à être formellement invalidés par la recherche, tout en continuant à la présenter comme scientifique. Dans un tel cas, on pourrait alors véritablement parler de pseudoscience. Il est en effet légitime de pratiquer une discipline considérée comme scientifique à un moment donné, même si elle se révèle plus tard dépassée — car elle demeure, à l'instant de sa mise en œuvre, valide jusqu'à preuve du contraire. En revanche, poursuivre une pratique dont les fondements ont été scientifiquement réfutés va à l'encontre de l'évolution du savoir médical, et devient plus difficilement défendable d'un point de vue épistémologique et éthique.

1.2.5 L'état de l'art en médecine

Selon les époques, les idées de ce qui est vrai, logique ou raisonnable varient. Ce qui était autrefois perçu comme cohérent et légitime peut aujourd'hui être jugé dépassé, voire assimilé à de l'obscurantisme. Certaines pratiques autrefois reconnues comme scientifiques peuvent, avec le recul, être qualifiées de charlatanisme, c'est-à-dire de démarches trompeuses prétendant guérir sans fondement scientifique et exploitant la vulnérabilité des patients(42). D'autres approches sont regroupées sous l'étiquette de médecines alternatives, qui désignent des pratiques s'inscrivant en dehors de la médecine conventionnelle, et dont l'efficacité n'est pas démontrée scientifiquement (comme l'homéopathie, la naturopathie ou l'acupuncture). On distingue aussi les médecines traditionnelles, comme la médecine chinoise ou ayurvédique, qui reposent sur des systèmes de croyances culturelles transmis depuis des siècles, mais non validés par les standards scientifiques modernes. Ainsi, la diversité des formes de soin rend la frontière avec la science particulièrement floue, et expose facilement certaines pratiques à une absence de reconnaissance scientifique. Oscillant entre une pratique d'une non science — comme l'ostéopathie traditionnelle — et une pratique parfois perçue comme pseudoscientifique — comme l'ostéopathie contemporaine — les ostéopathes peuvent éprouver une certaine dissonance ou un malaise face aux critiques extérieures, en particulier du fait du manque de reconnaissance scientifique dont souffrent certaines dimensions de leur pratique(43).

Cependant, il est important une fois encore, de distinguer les pratiques elles-mêmes des praticiens qui les mettent en œuvre. En médecine, on parle d'état de l'art pour désigner le niveau le plus avancé des connaissances et des pratiques scientifiques validées à un moment donné(44). Ce concept doit servir de repère pour tous les thérapeutes, y compris les ostéopathes, afin de questionner leur propre posture clinique, indépendamment du modèle théorique auquel ils se réfèrent. Ainsi, être un praticien en marge de l'état de l'art ne signifie pas nécessairement adhérer à un modèle pseudoscientifique ou non scientifique, mais plutôt utiliser des connaissances ou des méthodes qui ne sont pas alignées avec les recommandations les plus actuelles et fondées sur les preuves. Et cela peut se manifester de plusieurs façons(45) :

1. **Utilisation de traitements obsolètes ou néfastes** : Cela concerne, par exemple, la prescription de médicaments ou de procédures dépassées, remplacées par des alternatives plus efficaces ou plus sûres — comme l'usage d'un antibiotique inadapté face à des résistances bactériennes connues. En ostéopathie, cette exigence implique d'éviter le recours à des pratiques thérapeutiques reconnues comme

dangereuses, ou perçues comme intrusives ou inappropriées par le patient, telles que les manipulations internes (vaginales ou rectales) ou les mobilisations forcées, lorsque celles-ci ne sont pas justifiées, encadrées, ou acceptées de manière pleinement éclairée.

2. **Ignorance des recommandations actuelles** : ne pas suivre les directives établies par des autorités de santé comme l'OMS, la HAS ou la FDA. La pratique ostéopathique doit s'inscrire dans le respect des recommandations officielles, afin de pouvoir s'y référer en cas de besoin ou de justification clinique.
3. **Pratiques non fondées sur des preuves** : recourir à des méthodes pseudo-scientifiques à la place de thérapeutiques fiables (ex. : préférer des traitements alternatifs non prouvés à des thérapies reconnues). Dans le cadre de l'ostéopathie, le thérapeute doit veiller à ne pas compromettre les chances de guérison du patient en l'éloignant d'une prise en charge reposant strictement sur des preuves scientifiques établies.
4. **Mauvaise mise à jour des connaissances** : un professionnel de soin qui ne suit pas l'évolution des données médicales et continue d'exercer selon des concepts dépassés.

En résumé, L'ostéopathie contemporaine se trouve ainsi dans une position ambiguë. En cherchant à s'inscrire dans les standards de l'EBP, elle revendique une reconnaissance scientifique. Pourtant, en l'absence de preuves solides sur certains aspects de sa pratique, elle peut être accusée de pseudoscience — non pas tant par son intention que par le décalage entre ses prétentions et la validation scientifique reconnue. Il est donc essentiel de distinguer la pratique du praticien. Un thérapeute peut appartenir à une démarche pseudoscientifique mais exercer à l'intérieur du cadre de l'état de l'art. Ce qui importe, c'est sa capacité à adopter une posture critique, à rester informé des données acquises de la science, et à ne pas détourner le patient de traitements validés. La pratique ostéopathique, dès lors qu'elle respecte les principes de non-nuisance, d'éthique et d'actualisation des connaissances, peut s'inscrire dans une logique compatible avec la science, même si elle en occupe les marges.

PARTIE II

LES MODÈLES DE DÉCISION CLINIQUE

Pour résumer l'apport de la première partie au cadre théorique, l'ostéopathie, initialement fondée sur des traditions philosophiques et une transmission empirique des savoirs, s'est longtemps opposée à l'intégration du modèle de l'evidence-based practice (EBP), considéré par les ostéopathes traditionnels comme incompatible avec leur approche. Cette opposition a progressivement creusé un fossé entre une ostéopathie traditionnelle, axée sur l'expérience et la reproduction des gestes anciens, et une ostéopathie contemporaine, en mutation vers des normes scientifiques, légales et sociales plus rigoureuses.

Cependant, cette "EBPisation" présente des limites : manque de compétences en recherche chez les formateurs, standardisation excessive risquant d'éroder l'approche individualisée propre à l'ostéopathie, et perte d'identité au profit d'une conformité au modèle médical dominant. En réponse, une réflexion épistémologique s'impose : qu'est-ce qu'une vérité scientifique ? Peut-on considérer l'ostéopathie comme légitime même si elle ne s'aligne pas parfaitement sur les critères de l'EBP ? Des penseurs comme Popper, Kuhn, Feyerabend ou Stegenga offrent des modèles où l'ostéopathie pourrait être considérée comme une pratique scientifique différente, tant qu'elle reste rigoureuse, critique et évolutive.

Finalement, la distinction entre science, pseudoscience et non-science ne dépend pas uniquement des pratiques, mais surtout de la posture du praticien. Un ostéopathe peut exercer en dehors des normes dominantes tout en respectant l'état de l'art, tant qu'il se tient informé, ne nuit pas, respecte les données scientifiques actuelles et n'empêche pas l'accès aux soins validés.

Le modèle de *evidence-based practice* apparaît aujourd'hui comme la référence dominante de la culture scientifique rationnelle, tant par sa popularité que par sa diffusion dans le monde médical. La deuxième partie de cette introduction s'attachera à en analyser les fondements, la pertinence et le rôle central qu'il joue dans un contexte où les professionnels de santé, mais pas que, recherchent des repères fiables. L'objectif est d'explorer en profondeur les mécanismes de la médecine fondée sur les preuves, afin de construire la méthodologie de recherche à venir sur une approche aussi rigoureuse et scientifique que possible.

2.1 Le modèle EBP/EBM

2.1.1 L'histoire de l'élaboration d'une nouvelle vérité scientifique.

La science est une notion en perpétuelle évolution, et la science médicale n'échappe pas à cette règle. Ainsi, le concept de l'*Evidence-Based Practice* (EBP), et plus généralement l'*Evidence-Based Medicine* (EBM) qui en est la généralité, s'inscrit dans ce processus historique de transformation de la pratique médicale. Cette dernière est jalonnée de découvertes qui ont façonné la compréhension du corps humain pour mener à des nouvelles approches de soin. Des premières pratiques médicales de l'Antiquité, en passant par la rationalisation de la médecine par Hippocrate, jusqu'aux avancées de la Renaissance avec les travaux d'André Vésale sur l'anatomie, la médecine n'a cessé de progresser sur le chemin de la vérité en science (46). Parmi les événements les plus marquants historiquement, on trouve notamment au XVII^e siècle la découverte de la circulation sanguine par William Harvey et l'invention du microscope, ouvrant la voie à la microbiologie. Les XVIII^e et XIX^e siècles ont été marqués par la méthode anatomoclinique et la théorie des germes de Pasteur, révolutionnant la compréhension des maladies infectieuses. Le XX^e siècle a connu des avancées majeures avec la découverte des antibiotiques, le développement de vaccins ou encore l'essor de l'imagerie médicale et de nouvelles thérapies (47). La naissance du modèle *Evidence-Based Medicine* (EBM) s'inscrit dans ce siècle d'évolution philosophique, notamment sur la manière de prendre une décision médicale.

Dans les années 1970, les racines de l'EBM commencent originellement à se développer au Canada, avec l'idée d'utiliser consciencieusement et judicieusement les meilleures preuves disponibles pour la prise de décision clinique (48,49). David Sackett et ses collègues à l'Université McMaster au Canada développent ensuite dans les deux prochaines décennies le concept de médecine fondée sur les preuves (50) ; concept qui domine jusqu'à aujourd'hui la médecine moderne. En parallèle, dans les années 90, Gordon Guyatt introduit initialement ce concept sous le nom de "médecine scientifique", en opposition avec la médecine de cette époque qui manquait celui lui de rigueur (50). Vient ensuite l'appellation définitive d' "*Evidence-Based Medicine*" que Guyatt introduit officiellement dans un éditorial de l'ACP Journal Club, rebaptisant ainsi son approche pour surmonter la résistance initiale de ses collègues. En 1992 sort la publication de Sackett, Guyatt et al.(51) qui marque l'émergence du nouveau paradigme de l'EBM, soulignant l'importance de l'examen des données issues de la recherche clinique plutôt que de s'appuyer uniquement sur l'intuition et l'expérience clinique non systématique. Finalement le modèle EBM évolue en 1996 puis en 2000 pour

inclure trois piliers fondamentaux : les preuves scientifiques, l'expertise clinique et les préférences du patient (13), répondant ainsi aux critiques concernant son manque d'attention à l'expérience clinique et aux valeurs des patients. Ces jalons ont conduit à la création d'une approche systématique et rigoureuse de la pratique médicale, visant à standardiser la prise de décision clinique en intégrant les meilleures preuves scientifiques disponibles.

2.1.2 Le modèle père de la décision médicale

La grande révolution de 1992 fut d'abord de centrer la décision médicale sur la preuve scientifique. Cependant, face au risque d'une "tyrannie de la preuve" — les premiers écrits laissant entendre, sans l'écrire, que la preuve devait se substituer à l'expérience du praticien —, David Sackett et l'EBM Working Group révisèrent le modèle en 1996 en y intégrant la notion d'expérience clinique. C'est à cette occasion qu'apparut la première définition formelle de l'EBM(13) :

« La médecine fondée sur les preuves est l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles pour prendre des décisions concernant les soins aux patients individuels. La pratique de la médecine fondée sur les preuves consiste à intégrer l'expertise clinique individuelle avec les meilleures preuves externes issues de la recherche systématique. Par expertise clinique individuelle, nous entendons la compétence et le jugement que les cliniciens acquièrent grâce à l'expérience clinique et à la pratique. »

La question de la place de l'expertise du praticien ne se limite donc pas au champ de l'ostéopathie, mais concerne l'ensemble de la pratique médicale dès les prémices du modèle de l'EBM. David Sackett a d'ailleurs apporté des précisions en réponse aux critiques formulées à l'encontre de l'EBM, lesquelles dénonçaient une marginalisation de l'expérience clinique du praticien :

« De bons médecins utilisent à la fois leur expertise clinique individuelle et les meilleures preuves externes disponibles, car l'une sans l'autre ne suffit pas. Sans expertise clinique, la pratique risque d'être tyrannisée par la preuve, car même d'excellentes preuves externes peuvent être inapplicables ou inappropriées pour un patient donné. Sans les meilleures preuves actuelles, la pratique risque de devenir rapidement obsolète, au détriment des patients (...). »(52)

Enfin, dans son ouvrage de 2000 "Evidence-Based Medicine : How to Practice and Teach EBM" (2^e édition du manuel, 2000)(7) Sackett intégra le troisième élément de la décision : les valeurs/préférences du patient. C'est ainsi qu'émerge le triptyque désormais emblématique de la décision médicale :

1. Les meilleures preuves scientifiques disponibles issues de recherches systématiques et récentes.
2. L'expertise clinique du praticien, qui inclut son jugement professionnel et son expérience.
3. Les valeurs, préférences et besoins individuels du patient, prenant en compte son contexte bio-psycho-social.

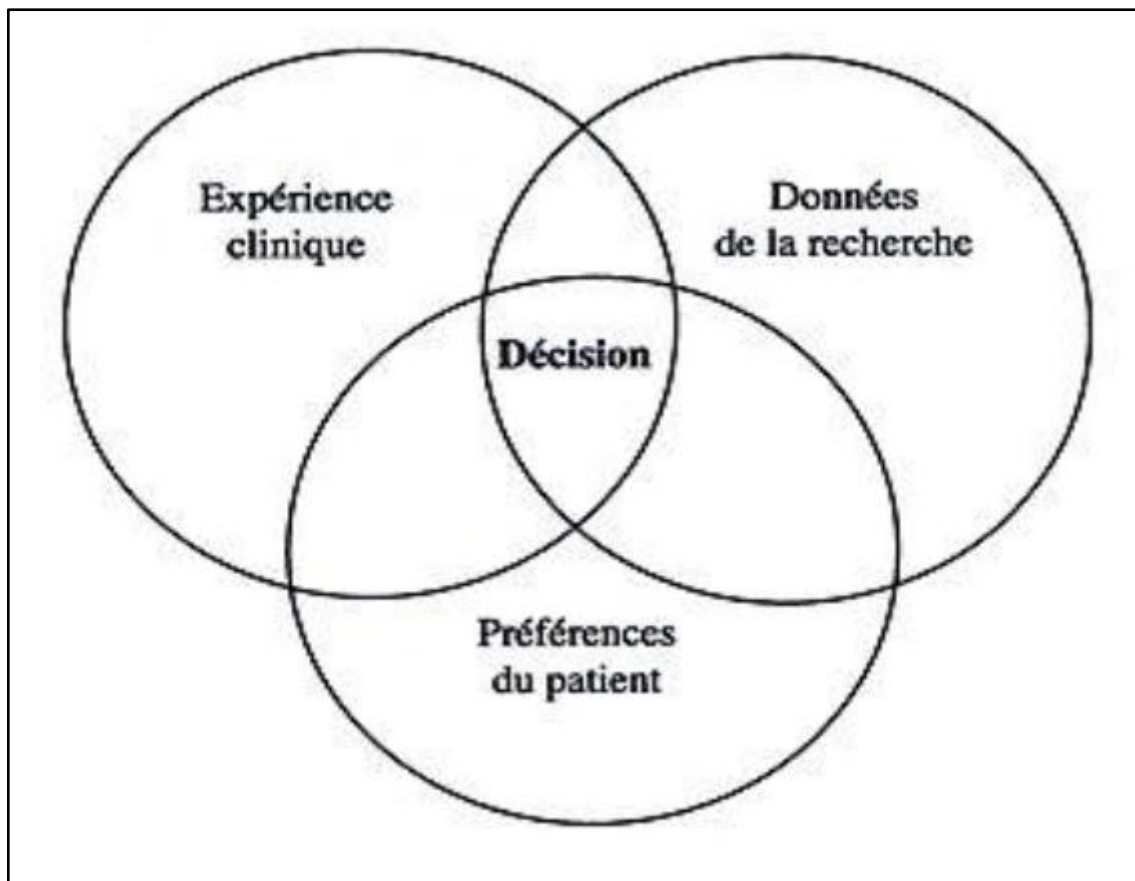


Figure 1: Modèle père de la prise de décision clinique selon l'EBM(53).

2.2 L'ampleur de l'EBM

2.2.1 L'enseignement EBM

Initialement conçue comme une nouvelle méthode d'enseignement, l'EBM rompt avec la transmission « autoritaire » des savoirs — où l'expert impose son savoir — au profit d'une transmission fondée sur les preuves. Elle s'inscrit ainsi en opposition à l'ancien paradigme médical, que Gordon Guyatt a caractérisé à travers quatre axiomes(54,55) :

1. L'expérience clinique est une source fiable de connaissance :

Idée : L'accumulation d'expérience par les praticiens permettrait d'identifier ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

Critique : L'expérience seule est sujette à de nombreux biais cognitifs (biais de confirmation, erreurs d'interprétation, illusions de causalité), d'où la nécessité de recherches systématiques.

2. Les décisions cliniques reposent sur une compréhension intuitive de la physiopathologie :

Idée : Une bonne connaissance théorique du fonctionnement du corps permettrait de déduire les meilleurs traitements.

Critique : Or, de nombreuses interventions qui semblaient logiques d'un point de vue physiopathologique se sont révélées inefficaces, voire dangereuses, lorsqu'elles ont été évaluées rigoureusement.

3. Un enseignement clinique adéquat suffit pour produire de bons médecins :

Idée : En observant et en reproduisant ce que font leurs maîtres, les étudiants deviendraient de bons praticiens.

Critique : Guyatt souligne que cette méthode ne garantit pas que les pratiques enseignées soient fondées sur des données fiables, ni même efficaces.

4. Le consensus d'experts constitue une preuve suffisante :

Idée : Lorsque plusieurs experts s'accordent, cela est censé suffire pour valider une approche clinique.

Critique : Le consensus n'est pas une garantie de validité scientifique. De nombreux consensus se sont avérés ultérieurement erronés à la lumière d'essais contrôlés rigoureux.

L'« enseignement EBM », conçu pour guider les praticiens vers une approche fondée sur les preuves et l'évaluation systématique des pratiques, entend donc rompre avec ce processus décisionnel médical traditionnel en s'affranchissant de l'influence prédominante de

l'expérience clinique — ce qui peut expliquer pourquoi cette dernière avait été initialement exclue du modèle de 1992.

Ainsi, dans son ouvrage de 2000 (avec des articles associés, par exemple *Sackett et al., BMJ 1996*), Sackett formalise le processus de la pratique fondée sur les preuves en cinq étapes fondamentales, parfois résumé par l'acronyme 5A : *Ask, Acquire, Appraise, Apply, Assess* :

1. **Formuler une question clinique claire** à partir d'un problème du patient (*Ask*).
2. **Rechercher** les meilleures preuves disponibles (*Acquire*).
3. **Évaluer** de manière critique ces preuves pour en déterminer la validité et l'applicabilité (*Appraise*).
4. **Appliquer** les résultats pertinents à la pratique clinique en tenant compte du contexte et des préférences du patient (*Apply*).
5. **Évaluer** la performance de la décision prise (*Assess*).

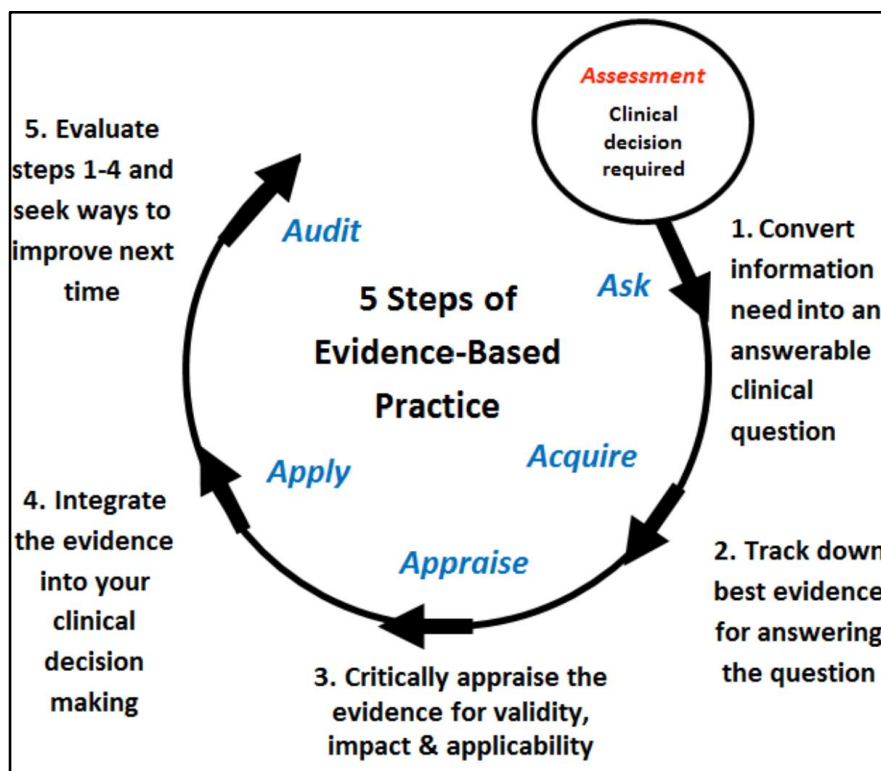


Figure 2: Cheminement de prise de décision médicale selon l'enseignement EBM(7).

Déjà dès son origine avec ces cinq nouveaux axiomes, le concept de l'EBM visait non seulement à réformer l'enseignement, mais aussi à structurer la décision clinique, proposant ainsi dès le départ une théorie appliquée à la pratique.

2.2.2 La hiérarchie des preuves

Un autre apport majeur du concept d'EBM a été l'établissement d'une hiérarchisation des preuves, répondant à la nécessité, formulée dans le deuxième axiome de Sackett évoqué précédemment, de « rechercher les meilleures preuves disponibles ». Cette hiérarchie, plaçant les ECR et les méta-analyses au sommet, est aujourd'hui largement utilisée sous des formes adaptées aux spécialités, aux pays et aux types de questions.

Grade	Force de la recommandation	Niveau de preuve	Type d'étude typique
A	Forte recommandation	Niveau de preuve élevé	Revue systématique ou méta-analyse d'ECR de haute qualité
B	Recommandation modérée	Niveau de preuve moyen	ECR de moindre qualité, étude de cohorte bien menée
C	Recommandation faible	Niveau de preuve faible	Études observationnelles ou ECR de faible qualité
D	Recommandation basée sur l'avis d'experts	Niveau de preuve très faible	Consensus d'experts, études descriptives, opinion professionnelle

Figure 3: Niveaux de preuve et grades de recommandations (HAS, 2013)(56)

Les grades de recommandation servent à indiquer à quel point les résultats d'une étude doivent être pris en compte pour orienter la décision clinique. Ils sont basés sur la qualité des preuves (ex : méthodologie des études), la cohérence des résultats, l'applicabilité aux patients. Cependant cette hiérarchie est fixe ; elle ne tient pas compte de la qualité réelle d'une étude particulière. Par exemple, un ECR de mauvaise qualité reste théoriquement en haut de la pyramide. Pour augmenter la puissance de validité d'une preuve, la hiérarchisation imaginée par Sackett sera par la suite complétée en 2008 par le système GRADE(57).

Le système GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) évalue non seulement le type d'étude, mais aussi la qualité méthodologique des données au cas par cas. Il permet de diminuer la confiance dans un ECR présentant des biais ou, au contraire, de renforcer celle accordée à des études observationnelles solides. L'objectif est d'estimer la qualité globale des preuves pour une question clinique et de guider la force des recommandations (forte ou conditionnelle). GRADE prend en compte plusieurs

critères : risque de biais, incohérence des résultats, imprécision, biais de publication et applicabilité.

Aujourd'hui, GRADE est devenu le standard international utilisé par de nombreuses organisations majeures telles que l'OMS, la Cochrane Collaboration, ou encore la Haute Autorité de Santé (HAS) en France. L'EBM, au-delà de sa dimension pédagogique abordé plus tôt, a également initié un changement profond dans la production des preuves en introduisant des systèmes de classement : il ne s'agit plus seulement d'utiliser des données disponibles, mais de sélectionner celles dont la validité est la plus élevée et de pouvoir en évaluer la qualité de manière systématique.

Critères	Hiérarchisation des preuves	Système GRADE
Base d'évaluation	Type d'étude (ex: ECR > Cohorte > Observationnelle)	Type d'étude + qualité méthodologique et contexte
Approche	Classement fixe basé sur la méthodologie	Évaluation critique dynamique
Considération de la qualité réelle	Non (le type d'étude prédomine)	Oui (déclassement ou reclassement possible)
Flexibilité	Peu flexible	Très flexible
Utilisation principale	Identifier rapidement la robustesse théorique d'une étude	Évaluer la qualité globale et guider la force des recommandations

Figure 4 : Comparatif entre la hiérarchisation des preuves et le système GRADE

2.2.3 L'institutionnalisation de l'EBM

Le contexte socio-économique a largement favorisé l'essor du concept d'EBM, bien au-delà de ses ambitions initiales centrées sur l'enseignement et la validation des preuves. L'émergence d'Internet a joué un rôle déterminant en facilitant l'accès aux meilleures preuves pour les étudiants et praticiens, en permettant le traitement de grandes bases de données statistiques pour les chercheurs, ou en soutenant l'élaboration de recommandations fondées pour les évaluateurs.

Par ailleurs, la rationalisation des dépenses de santé et la hausse continue des coûts ont conduit les décideurs politiques et les gestionnaires de santé à s'interroger sur l'efficacité des pratiques et des produits de santé. Rapidement, les institutions de santé internationales se sont approprié les principes de l'EBM pour justifier les dépenses publiques, contrôler les coûts et prévenir les scandales sanitaires ; ainsi, les essais cliniques sont devenus obligatoires pour l'enregistrement des médicaments et l'application de nouvelles thérapeutiques. Ils considéraient comme une aubaine l'émergence d'une méthode d'évaluation capable de justifier les arguments d'efficacité⁽⁵³⁾. L'EBM s'impose ainsi également comme un modèle de régulation des professions de santé, en évaluant l'utilité de

leurs pratiques, en contribuant au contrôle des coûts et en servant de fondement à la justification des actions sanitaires à grande échelle.

L'EBM présente dorénavant une ambiguïté de finalité au travers de toutes ces facettes : s'agit-il d'améliorer la santé individuelle, collective, ou d'optimiser l'efficacité des actions de santé ? Trois visions coexistent : une approche centrée sur l'individu, cherchant la meilleure solution pour chaque patient ; une approche de santé publique visant à harmoniser les pratiques pour améliorer les résultats globaux ; et une approche économique axée sur la recherche de la solution la plus efficace au moindre coût. Ces tensions, difficilement conciliables, peuvent expliquer les réticences de certains cliniciens face aux usages standardisés de l'EBM. L'EBM s'inscrit dans cette nouvelle ère de l'évaluation, que certains philosophes ont qualifiée tour à tour de « fièvre »(58), de « tyrannie »(59), ou encore de « folie évaluatrice »(60).

2.2.4 Critiques de l'EBM

Compte tenu de son évolution et de son influence croissante dans les systèmes de santé à l'échelle mondiale, le modèle EBM peut désormais être envisagé comme un véritable courant philosophique de la santé, porteur d'une rationalisation des procédures orientées vers le soin. Ce glissement marque un déplacement du champ de la médecine vers une logique plus large de gestion de la santé. Et même si le modèle de l'EBM a profondément transformé la manière de concevoir la santé, il fait également l'objet de critiques importantes, tant sur le plan théorique que pratique.

a) Limites conceptuelles et épistémologiques (61–63):

Réductionnisme méthodologique : L'EBM est critiquée pour sa focalisation sur les essais contrôlés randomisés (ECR) et les méta-analyses, au détriment d'autres formes de connaissances cliniques. Cette suprématie accordée aux ECR, motivée par un certain idéalisme de la preuve, peut toutefois conduire à négliger des données pertinentes issues d'études observationnelles ou de l'expérience clinique.

Négligence de la complexité clinique : L'application stricte des recommandations issues de l'EBM peut parfois être inadaptée à certains patients (comorbidités multiples ou situations cliniques complexes), pour lesquelles les ECR ne fournissent pas toujours des réponses appropriées. Les ECR, et plus largement le modèle EBM, relèvent d'une approche généraliste, bien adaptée aux situations standards, mais

parfois insuffisante pour les cas cliniques atypiques. Il appartient alors aux praticiens de mobiliser leur esprit critique afin de déterminer quand et comment s'écarter des recommandations. C'est précisément dans ces situations que l'expérience du thérapeute prend toute son importance.

Manque de prise en compte des valeurs et préférences des patients : Bien que l'EBM prétende intégrer les préférences des patients, en pratique, ces aspects sont souvent sous-évalués dans les recommandations cliniques selon les articles cités. Les ECR fournissent des données standardisées sur l'efficacité moyenne d'un traitement évalué en double aveugle, mais ils ne garantissent en rien que ce traitement, bien que jugé optimal selon les critères méthodologiques, soit réellement le plus adapté à un patient donné.

b) Limites pratiques et organisationnelles(62,64–66)

Temps et ressources limités : La mise en œuvre de l'EBM nécessite du temps et des compétences en recherche documentaire que tous les cliniciens ne possèdent pas, rendant difficile son application dans la pratique quotidienne.

Différence entre théorie et pratique : Malgré la disponibilité de recommandations fondées sur des preuves, de nombreux praticiens continuent de suivre des habitudes cliniques établies, illustrant une résistance au changement ou une méfiance envers les recommandations standardisées. Ce maintien peut également refléter la volonté de certains professionnels de rester attachés aux axiomes de l'ancien paradigme (voir Introduction, Partie II, 2.2.1 « L'enseignement EBM »), que ce soit par choix délibéré, par manque de formation ou par souci de simplicité. Ainsi, selon une publication de 2022 du *BMJ* (British Medical Journal), seuls 40 % des médecins adoptent une pratique réellement fondée sur les preuves. Ces éléments illustrent la complexité de l'intégration de l'EBM dans la pratique médicale quotidienne et soulignent selon les auteurs la nécessité d'une approche équilibrée qui combine les meilleures preuves disponibles avec le jugement clinique et les préférences des patients.

c). Influence des conflits d'intérêts et biais de publication(67):

Biais de publication : Les études avec des résultats positifs sont plus susceptibles d'être publiées, ce qui peut fausser les méta-analyses et les recommandations basées sur ces données.

Conflits d'intérêts : Les financements industriels peuvent influencer les résultats des recherches, compromettant l'objectivité des preuves utilisées dans l'EBM. C'est le problème de l'approche de l'EBM selon une philosophie de la santé.

d) Difficulté à sortir du cadre de l'EBM :

Zones grises de la médecine : Sur le plan pratique, l'EBM se heurte à ce que certains auteurs appellent les « zones grises » de la médecine : malgré l'abondance de données, de nombreuses situations cliniques échappent encore à l'évaluation scientifique rigoureuse. Dans de telles situations, il est essentiel que le praticien soit capable de s'affranchir du cadre rigide de l'EBM afin de trouver des solutions de soin adaptées. Tandis que l'EBM tend à privilégier une approche standardisée centrée sur la santé, le praticien, lui, doit faire preuve de souplesse pour répondre aux besoins concrets du soin individuel. Le modèle EBP a une vision figée de la décision(53), présentée comme une combinaison instantanée de preuves, d'expertise clinique et de préférences du patient, alors que la réalité du raisonnement médical est dynamique, itérative et influencée par des éléments parfois non formalisables.

Stigmatisation des pratiques non EBP(68,69) : Jugées « non scientifiques » ou « empiriques », ces approches sont souvent disqualifiées sans évaluation contextuelle, alors même qu'elles peuvent répondre à des situations cliniques complexes ou à des préférences individuelles. Cette tendance à marginaliser ce qui échappe au cadre méthodologique dominant renforce une hiérarchisation des savoirs, où seule la preuve formalisée serait légitime, au détriment du jugement clinique, de l'intuition professionnelle ou de l'expérience accumulée sur le terrain.

e) Critiques internes et appels à une réforme :

Reconnaissance des limites par les promoteurs de l'EBM : En 2014, l'Evidence-Based Medicine Renaissance Group publiait dans le *BMJ*(61) un appel à repenser l'EBM pour qu'elle ne se réduise pas à une technicisation de la médecine, mais réintègre les dimensions humaines, contextuelles et subjectives du soin. La médecine n'est pas que rationnelle.

En 2023 également(70), des figures clés de l'EBM ont admis que le mouvement est en crise, appelant à une réévaluation de ses principes pour mieux intégrer le jugement clinique, les préférences des patients et les contextes individuels. L'objectif est de recentrer l'EBM sur la médecine individualisée et non plus sur la santé généraliste, sans pour autant renoncer à la rigueur rationnelle qui fonde ses principes. Cela appelle à l'élaboration de nouveaux modèles de décision clinique, adaptés à la spécificité de la profession, à ses praticiens et à leurs patients. C'est dans cette dynamique que s'inscrit l'objectif de ce mémoire, centré sur l'ostéopathie.

2.3 Les différents types de modèle prise de décision en France

2.3.1 La prise de décision clinique

Comme il a été présenté dans les deux parties précédentes, le modèle EBM est vaste et s'articule avec de nombreuses notions au sein du système de soins actuel. **En établissant une analogie avec le domaine artistique, on pourrait considérer l'EBM comme un véritable courant sanitaire, à l'instar d'un courant artistique, influençant les pratiques professionnelles et ceux qui les exercent.** Son influence dépasse même les frontières du champ strictement médical. En effet, on observe l'émergence de modèles de prise de décision dits *evidence-based* dans divers domaines : l'Evidence-Based Social Work Practice(71), l'Evidence-Based Practice in Psychology(72), l'Evidence Based Public Health(73), l'Evidence-Based Policy(74), ou encore l'Evidence-Based Prevention(75). Tous ces modèles partagent une même ambition : structurer la prise de décision à partir des meilleures données disponibles, dans la lignée du modèle originel. Cette approche est entièrement transposable à l'ostéopathie contemporaine, où l'on pourrait envisager un modèle d'aide à la décision clinique fondé sur les données scientifiques les plus fiables. À ce jour, cependant, la littérature ne propose pas encore un tel modèle spécifique à l'ostéopathie. Ce sera donc l'objectif principal de ce mémoire.

Pour réaliser cet objectif, il est essentiel de commencer par définir ce qu'est la prise de décision clinique, à la fois pilier central et fondement du courant de la médecine fondée sur les preuves. Dans le cadre de l'EBM, la prise de décision clinique est généralement définie comme « **l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données**

scientifiques actuelles dans la prise de décisions concernant les soins aux patients individuels »(76). D'une manière plus générale, la prise de décision clinique est un processus dynamique par lequel les professionnels de santé intègrent diverses sources d'information pour évaluer une situation clinique, établir un diagnostic et choisir une stratégie thérapeutique adaptée. Ce processus repose sur trois composantes essentielles selon les sources(77) :

1. **Le raisonnement clinique** : On appelle raisonnement clinique « les processus de pensée et de prise de décision qui permettent au clinicien de proposer une prise en charge dans un contexte spécifique de résolution de problèmes de santé »(77). Dans toute pratique médicale, la prise de décision clinique débute par la collecte des informations fournies par le patient (anamnèse), suivie d'un examen clinique visant à identifier des signes pertinents. Le professionnel de santé mobilise alors, souvent de manière intuitive, ses connaissances, son expérience et son sens clinique pour interpréter ces données, formuler une ou plusieurs hypothèses diagnostiques, et envisager les options de prise en charge. Ce raisonnement s'accompagne d'une évaluation implicite de la probabilité des diagnostics envisagés, en tenant compte à la fois de la fréquence des pathologies (prévalence) et de la présentation clinique observée (signes et symptômes). Selon la situation, il pourra décider d'initier un traitement, de prescrire des examens complémentaires, d'organiser un suivi ou, au contraire, de s'abstenir d'intervenir. Ce processus reste néanmoins influencé par une part de subjectivité, et les décisions peuvent varier d'un professionnel à l'autre.

L'objectif demeure toutefois constant : établir le diagnostic le plus probable, tout en écartant les hypothèses improbables, en évitant les explorations inutiles et en limitant les interventions superflues ou potentiellement délétères.

2. **Les systèmes de pensée** : C'est l'étape la plus complexe, car elle mobilise des processus d'analyse cognitive et de raisonnement hypothético-déductif(78). Synthétiquement, Daniel Kahneman(79) a décrit deux systèmes de pensée impliqués dans la prise de décision : le *Système 1*, rapide et intuitif, et le *Système 2*, plus lent et analytique. En pratique clinique, les décisions peuvent être prises rapidement en utilisant le *Système 1*, mais une évaluation plus approfondie avec le *Système 2* est souvent nécessaire pour éviter les biais cognitifs et les erreurs de jugement. Si on se réfère au paradigme de l'EBM, cela correspond à l'étape cinq du processus de décision : Évaluer la performance de la décision prise et vérifier comment l'améliorer

pour la prochaine fois (Voir Figure 2 : Cheminement de prise de décision médicale selon l'enseignement EBM.)

3. **Les facteurs contextuels** : La prise de décision clinique est également influencée par des facteurs contextuels tels que les ressources disponibles, les contraintes organisationnelles, les normes culturelles et les préférences du patient. Ces éléments peuvent moduler les choix thérapeutiques et nécessitent une adaptation constante de la part du clinicien(80).

Catégorie	Facteurs
Liés au professionnel de santé	- Âge (jeune/âgé) - Genre (homme/femme) - Formation (généraliste/spécialiste) - Expérience (nombre d'années de pratique) - Surcharge de travail - Crainte du litige (médecine défensive) - Stéréotypes (conscients ou inconscients) vis-à-vis de certaines populations (ex. : patients obèses, alcooliques, toxicomanes, etc.) - Compétences en communication et entretien clinique (savoir poser les bonnes questions, extraire les informations clés)
Liés au patient	- Âge (jeune/âgé) - Genre (homme/femme) - Culture, croyances, représentations de la maladie, expression des symptômes - Littératie en santé - Comorbidités (troubles psychiatriques, précarité, niveau d'éducation, etc.)
Liés au contexte	- Lieu de consultation (cabinet privé, hôpital, domicile, rural/urbain) - Niveau d'urgence - Accessibilité aux examens complémentaires (imagerie, biologie, etc.)

Figure 5 : facteurs pouvant influencer la prise de décision clinique(78,81,82).

La prise de décision clinique ne se limite donc pas à l'application mécanique de protocoles : elle mobilise à la fois des connaissances scientifiques actualisées, l'expertise professionnelle acquise par l'expérience, et une compréhension fine des préférences et du contexte de vie

du patient. Le raisonnement clinique est par essence évolutif, contextualisé et centré sur la personne, guidant chaque décision thérapeutique vers des soins à la fois pertinents, efficaces et personnalisés(83). Il apparaît donc illusoire de vouloir exclure toute dimension subjective de la prise de décision clinique, compte tenu des nombreux facteurs d'influence identifiés dans le tableau précédent. En pratique, la prise de décision implique fatalement des facteurs contextuels, tels que les ressources disponibles, les contraintes économiques, les influences culturelles et les principes éthiques.

Cette réflexion met en lumière une limite inhérente à la prise de décision clinique dans le paradigme de la médecine fondée sur les preuves, qui exige que toute action soit justifiée par des preuves solides. Or, dans un modèle dominé par les essais contrôlés randomisés (ECR), seules les données objectivement mesurables peuvent prétendre à cette qualification de « probantes ». La subjectivité, par nature non quantifiable, échappe donc à ce cadre. Si l'on reprend la métaphore classique du tabouret à trois pieds représentant la prise de décision en EBM — les meilleures données scientifiques, l'expertise du clinicien et les préférences du patient —, il apparaît que seul le pilier des données probantes repose sur une assise objectivement mesurable. Les deux autres relèvent de dimensions subjectives, bien que fondamentales. Cette perspective révèle que, malgré sa prétention à l'objectivité, le modèle EBM reste profondément traversé par des composantes subjectives.

Il devient alors possible d'accepter que la médecine dite « rationnelle » ne peut se départir totalement d'une part de subjectivité — et que loin d'être contradictoires, objectivité et subjectivité coexistent et se complètent dans la pratique clinique.

2.3.2 Recensement des modèles de décision clinique

À partir de la notion centrale de prise de décision clinique, et dans le but d'adapter le cadre souvent très généraliste de l'EBM à des professions spécifiques, de nombreux modèles décisionnels ont émergé ces dernières années. Comme présenté précédemment avec l'Evidence-Based Practice in Psychology ou encore l'Evidence Based Public Health par exemple, des professionnels tels que les infirmiers, les ergothérapeutes ou les kinésithérapeutes ont également élaboré leurs propres outils, spécifiquement conçus pour répondre aux réalités de leur pratique. Dans cette perspective, la construction d'un modèle équivalent pour l'ostéopathie nécessite d'abord un travail de recensement et d'analyse de ces modèles existants, tant sur le plan de leur structure que de leur fonctionnement.

Afin de se rapprocher au mieux de l'objectif de ce mémoire et la construction du modèle d'une profession de soins exercée en France — en l'occurrence, la pratique de l'ostéopathie telle que définie par le modèle de Bretagne Ostéopathie —, la revue de littérature exclura les modèles qui ne sont ni appliqués en France, ni issus d'une profession médicale, paramédicale ou relevant du champ des soins.

Une recherche sur les bases de données de PubMed, du Cairn, Scopus, Google Scholar ou ScienceDirect a été faite avec pour équation de recherche :

En Français : ("modèle de décision clinique" OR "modèle de raisonnement clinique" OR "modèle de prise de décision") AND ("profession médicale" OR "profession paramédicale" OR "infirmier*" OR "kinésithérapeute*" OR "ergothérapeute*" OR "sage-femme*" OR "médecin" OR "ostéopathe*") AND (France OR "utilisé en France" OR "système de santé français").

En Anglais : ("clinical decision-making model" OR "clinical reasoning model" OR "decision-making model") AND ("medical profession" OR "health profession" OR "nurse*" OR "physiotherapist*" OR "occupational therapist*" OR "midwife*" OR "physician" OR "osteopath*") AND (France OR "used in France" OR "French healthcare system").

Une revue de la littérature datant de 2022 a été trouvée sur Pubmed, recensant tous les modèles de décision clinique créés entre 1990 et 2022, non spécifiques à la France : *"Evidence-based practice models and frameworks in the healthcare setting: a scoping review"*, de J. DUSIN et al.(84)

Croisées avec des recherches complémentaires menées sur chacun des modèles présentés dans cette étude ainsi que sur leur utilisation en France, ces données ont permis d'identifier deux modèles effectivement utilisés dans le contexte français :

1. **L'Evidence-Based Nursing (EBN)**(85,86), ou *The Johns Hopkins Nursing evidence-based practice model*. Il est utilisé en France par les infirmières.
2. **Le Practice-Based Evidence (PBE)**(87–89). Il est utilisé en France en kinésithérapie.

La recherche bibliographique a également mis en évidence d'autres modèles français, qui, bien qu'ils ne soient pas toujours désignés explicitement comme des "modèles de décision clinique", sont néanmoins utilisés pour orienter la compréhension et l'organisation de la prise en charge du patient.

3. Le **Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)**(90), ou *Model of Human Occupation (MOHO)*. Il est utilisé par les ergothérapeutes.

4. Le **Modèle Interprofessionnel de Prise de Décision Partagée (IP-PDP)**(69,70). Il est conçu pour structurer la collaboration entre les professionnels de santé et les patients dans le processus décisionnel.

2.3.3 Etude de leur fonctionnement

- L'Evidence-Based Nursing (EBN) :

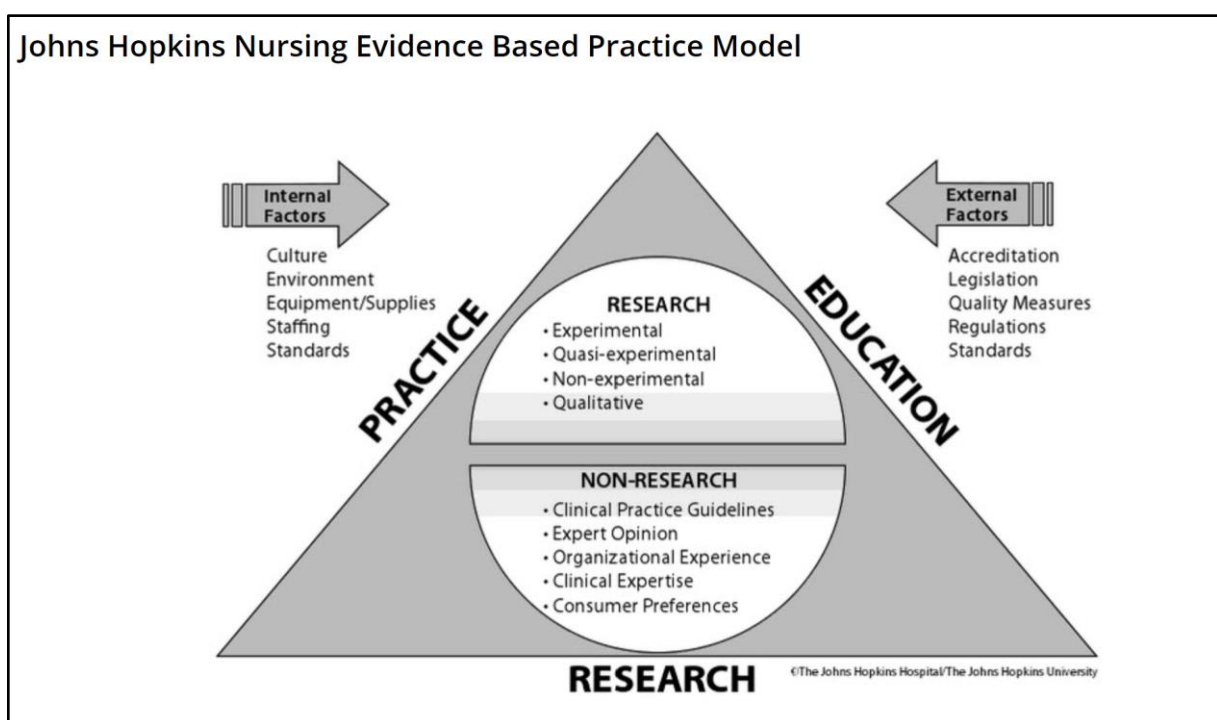


Figure 6 : Le modèle de pratique fondée sur les preuves en soins infirmiers de Johns Hopkins (EBN)(91)

Le modèle de pratique fondée sur les preuves en soins infirmiers de Johns Hopkins (*Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Model – JHNEBP*) a été conçu pour fournir aux professionnels de santé, en particulier les infirmiers, un cadre méthodologique structuré et accessible afin d'intégrer les meilleures preuves scientifiques dans leur pratique clinique. Ce modèle vise à renforcer la qualité des soins et à soutenir la prise de décision fondée sur des données fiables, dans des environnements de soins réels(91).

Ce modèle ne se limite pas à l'intégration de données issues de la recherche et diffère de l'EBM dans l'utilisation des mots clés centraux. Ici, le modèle modifié s'articule autour de trois étapes clés : **Practice Question**, **Research** et **Education**. Il débute par la formulation d'une question de pratique claire et structurée, généralement selon le modèle PICO (PICO :

Patient/Problème, Intervention, Comparaison, Outcome, un cadre utilisé pour formuler des questions cliniques structurées), à partir d'un problème clinique rencontré. Ensuite, la phase de *research* consiste à rechercher, rassembler et analyser de manière critique les meilleures données disponibles issues de la littérature scientifique, des recommandations professionnelles ou de données internes. Enfin, l'étape d'*education* vise à intégrer ces connaissances dans le contexte clinique en les diffusant auprès des professionnels concernés, en accompagnant le changement de pratique, puis en évaluant les effets de cette mise en œuvre. Ces trois éléments interagissent dans un environnement plus large, influencé par des facteurs organisationnels internes (culture, ressources, personnel) et externes (réglementations, normes, politiques de santé).

En somme, la construction du modèle JHNEBP repose sur une articulation cohérente entre rigueur scientifique et réalité du terrain. Il diffère du modèle père tout en gardant une structure basée sur les données probantes, le patient et le professionnel. Il s'agit d'un modèle qui semble plus pragmatique, collaboratif et évolutif que le modèle EBM.

- Le Practice-Based Evidence (PBE):

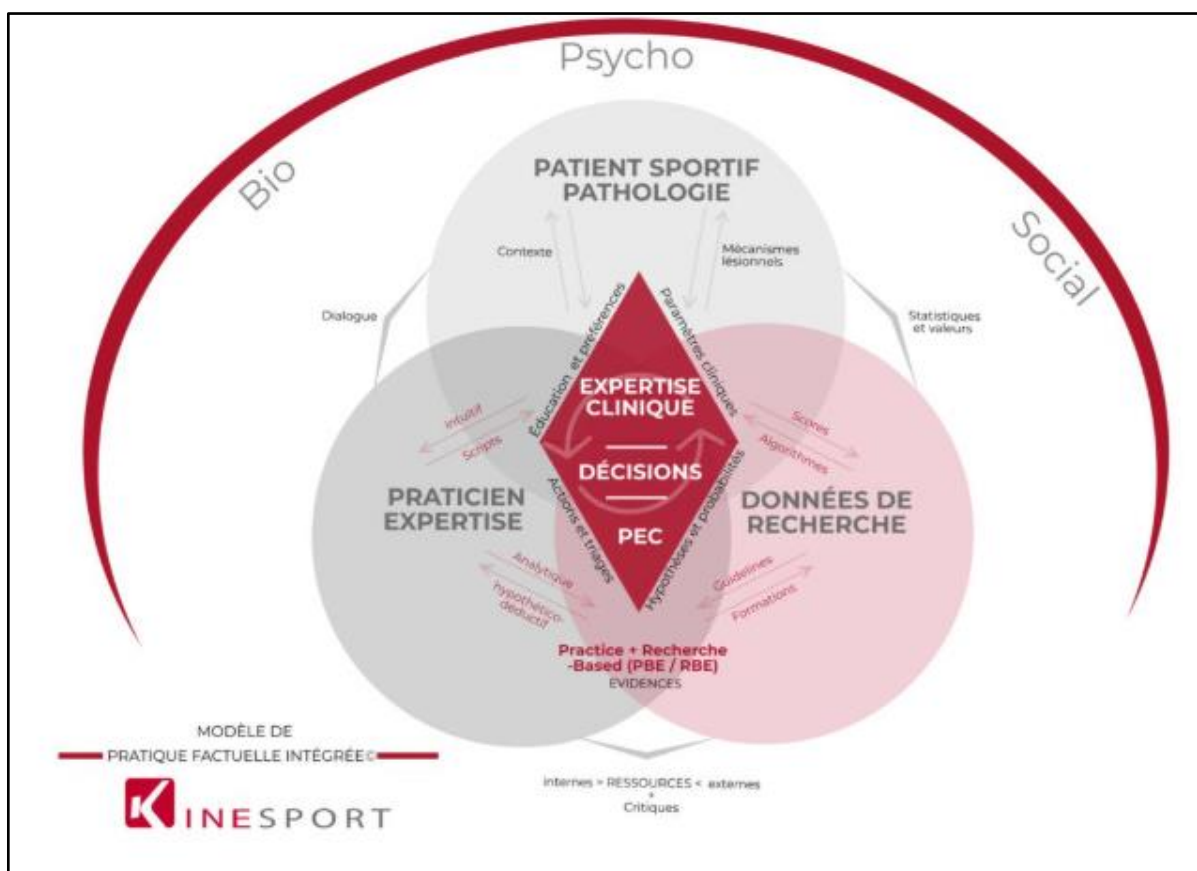


Figure 7 : Schématisation du modèle Practice-Based Evidence selon Kinesport(92)

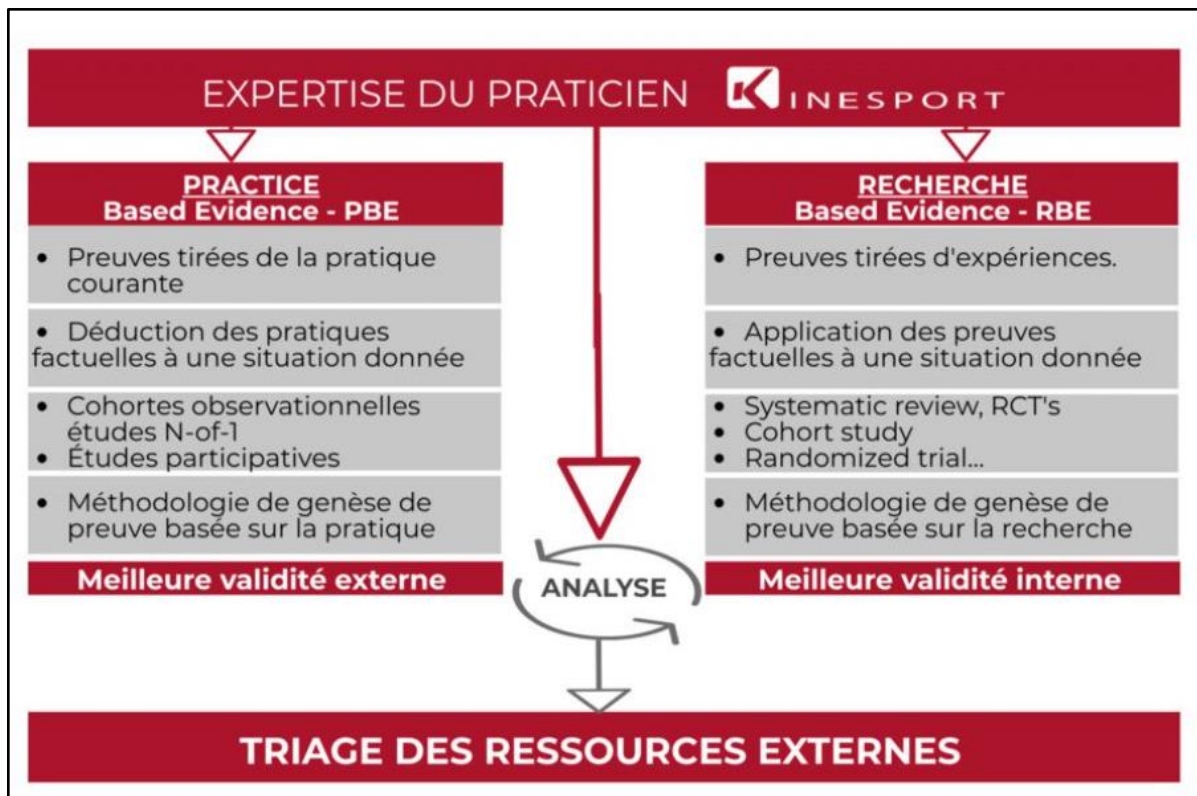


Figure 8 : Tableau comparatif des modèles PBE et EBP selon Kinesport(92)

Le **Practice-Based Evidence (PBE)**, ou **preuves issues de la pratique**, est un modèle qui valorise les connaissances générées directement à partir de l'expérience clinique quotidienne. Contrairement aux approches centrées sur la recherche expérimentale en conditions idéales, le PBE repose sur l'analyse rigoureuse des données collectées en situation réelle, dans des contextes variés et auprès de patients aux profils divers. Ce modèle permet ainsi de mieux refléter la complexité du terrain et de guider la prise de décision clinique lorsqu'il existe peu ou pas de preuves issues d'essais contrôlés randomisés. L'objectif du modèle est de s'affranchir de la dépendance aux essais contrôlés randomisés (ECR) en privilégiant l'usage de cohortes observationnelles, mieux adaptées à la prise en compte des données qualitatives. Ce qui distingue particulièrement les études en PBE des autres recherches observationnelles, c'est la forte implication des cliniciens : il s'agit de démarches participatives qui favorisent une collaboration étroite entre professionnels de terrain et chercheurs(93).

Dans la construction de ce modèle, l'apparition de flèches bidirectionnelles entre les différentes notions traduit une dynamique d'interaction continue entre les composantes. Par ailleurs, l'ensemble est encadré par le système bio-psycho-social, ce qui indique clairement que cette approche globale doit imprégner chacune des étapes du processus de prise de décision clinique.

- Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH):

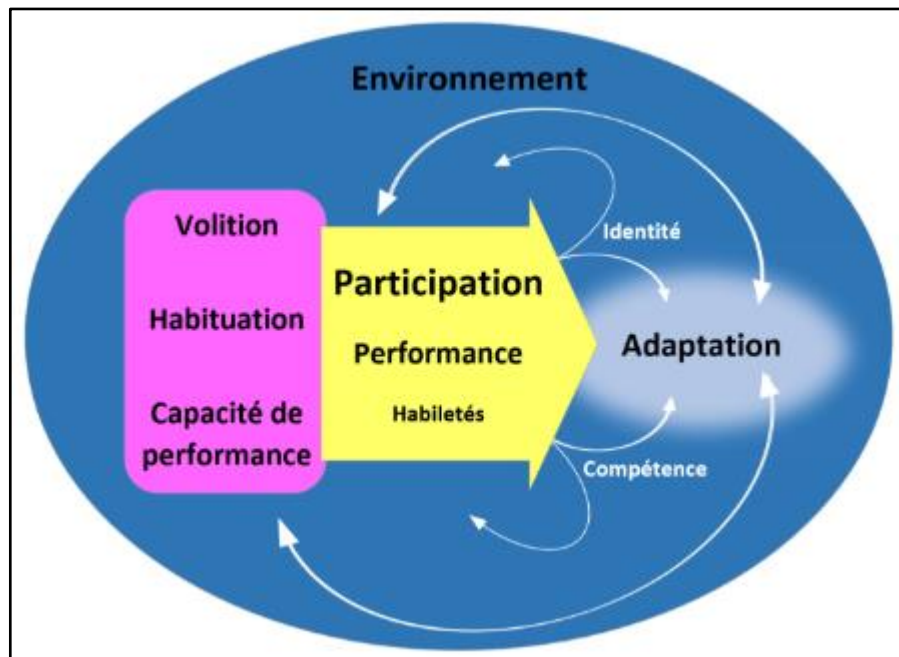


Figure 9 : Modèle de l'Occupation Humaine (version française)(94)

Il repose sur l'interaction dynamique entre trois composantes internes : la volition (motivation à agir), l'habituation (habitudes et rôles), et la capacité de performance (aptitudes physiques et mentales), toutes influencées par l'environnement physique et social(95). Ce modèle met l'accent sur le sens que les individus attribuent à leurs occupations et sur l'adaptation continue de leur participation en fonction des contextes. Utilisé largement à l'échelle internationale, le MOH a pour objectif d'offrir un cadre structuré pour évaluer, planifier et ajuster les interventions centrées sur la personne. Le MOH est plus un modèle explicatif du fonctionnement humain qu'un modèle directement conçu pour la prise de décision clinique au sens EBM. Il soutient la décision, mais n'est pas structuré comme un algorithme ou un outil décisionnel tel que ceux recherchés dans les modèles EBP.

Cependant, la construction du modèle reste intéressante : elle s'appuie sur une articulation cohérente entre cadre théorique, observation clinique et validation empirique, ce qui lui confère à la fois une dimension conceptuelle solide et une applicabilité concrète dans divers contextes de soins. Cette démarche de validation par la pratique présente un intérêt notable pour l'ostéopathie, car le MOH, bien qu'ancré dans une base théorique, a été élaboré en étroite relation avec la réalité clinique — une approche tout à fait transposable à l'ostéopathie.

- Le Modèle Interprofessionnel de Prise de Décision Partagée (IP-PDP):

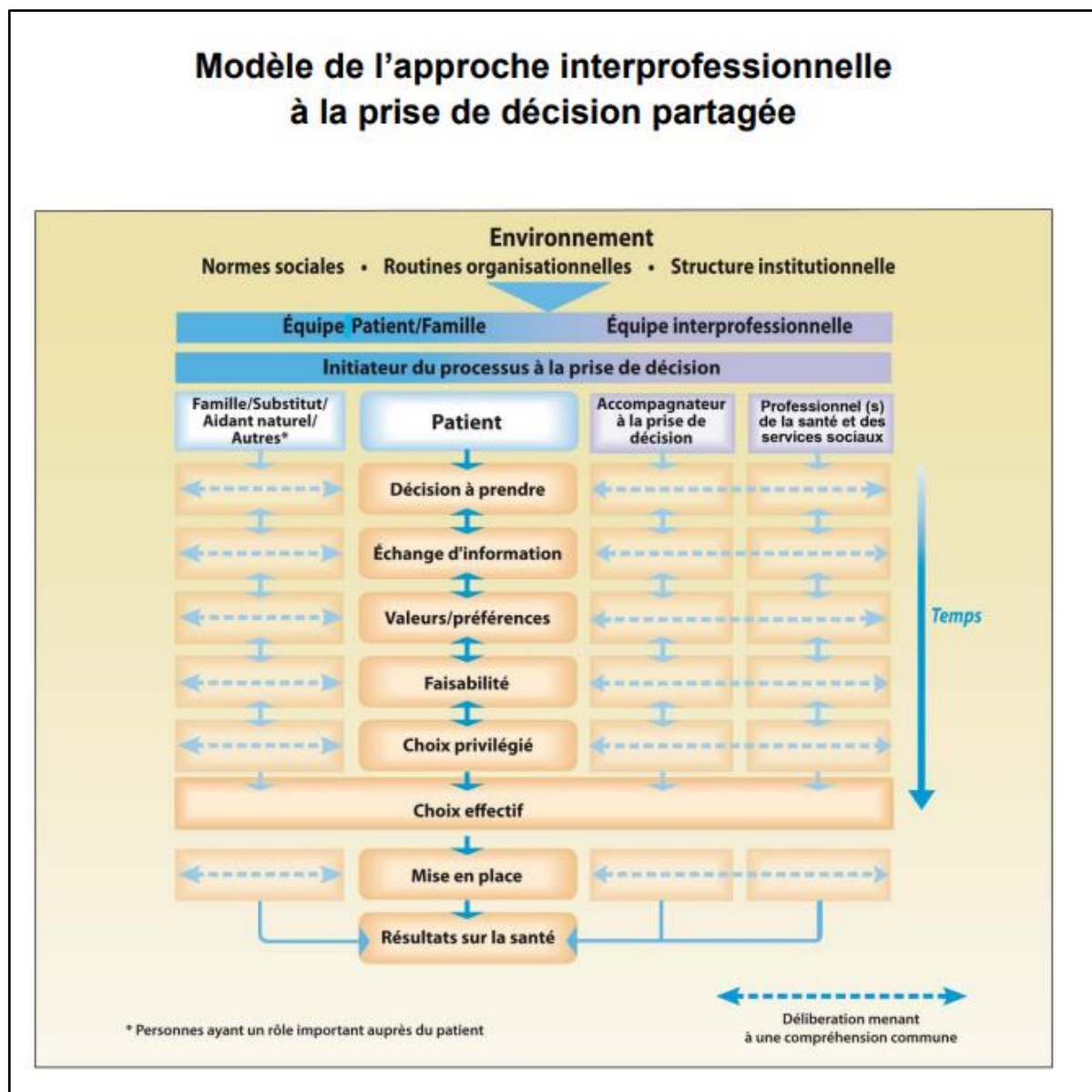


Figure 10 : Schématisation du modèle de l'IP-PDP(96)

Le modèle interprofessionnel de prise de décision partagée (IP-PDP) est un cadre développé pour favoriser la collaboration entre plusieurs professionnels de santé et le patient dans le processus de décision clinique(97). Contrairement à un modèle décisionnel centré uniquement sur un praticien, l'IP-PDP intègre l'expertise de différentes disciplines (médecine, soins infirmiers, kinésithérapie, etc.) afin d'aboutir à des décisions plus complètes, cohérentes et centrées sur les besoins du patient. Il repose sur des étapes clés : identification de la décision à prendre, échange d'informations, clarification des préférences

du patient, discussion interprofessionnelle et décision conjointe. Ce modèle favorise ainsi la communication, la reconnaissance mutuelle des compétences et une prise en charge plus globale et éthique du patient. Le modèle IP-PDP a **été développé de façon empirique**, à partir de revues de littérature, de consultations auprès de professionnels, de patients et de décideurs, et de recherches qualitatives.

2.3.4 Construire un modèle pour l'ostéopathie

Bien que plus ou moins inspirés du modèle fondateur de l'EBM, ces différents modèles de prise de décision clinique ont en commun d'élargir la vision initiale, dépassant le triptyque classique *données probantes – expertise du professionnel – préférences du patient*. Ils intègrent des dimensions plus globales, permettant une meilleure prise en compte des spécificités individuelles. Par ailleurs, ils offrent souvent une lecture plus souple et nuancée des données disponibles, ouvrant la voie à une interprétation davantage empirique et contextuelle. Cette diversité dans la construction offre une richesse d'exemples pour développer un modèle spécifique à l'ostéopathie. Ces modèles montrent qu'il est possible de créer un outil à la fois conceptuel, pragmatique et ancré dans la réalité de la pratique ostéopathique, tout en restant fidèle à une logique de soin fondée sur des repères partagés, cohérents et justifiables. Dans le cadre de ce mémoire, l'élaboration d'un modèle de décision clinique adapté à la pratique ostéopathique nécessitera une démarche rigoureuse et progressive. Il s'agira dans un premier temps de recenser et sélectionner un ensemble de mots-clés représentatifs des concepts, principes et éléments constitutifs de la prise de décision en ostéopathie. On observe en effet que chaque modèle, et par extension chaque profession, s'appuie sur ses propres codes, traduits en mots-clés spécifiques qui servent de fondations à la construction de son cadre décisionnel. Une fois cette base lexicale définie, il sera essentiel d'analyser les interactions entre ces notions, leurs points de convergence, de tension ou de complémentarité. Cette analyse permettra d'identifier des axes structurants et de mettre en lumière une hiérarchie fonctionnelle ou logique entre les composantes du raisonnement clinique ostéopathique. L'objectif final sera de traduire ces relations en une représentation visuelle claire et cohérente, reflétant un processus de décision à la fois dynamique, contextualisé, et adaptable aux particularités des patients pris en charge dans ce cadre spécifique.

Ce modèle devra ainsi intégrer les valeurs propres à l'ostéopathie, tout en restant suffisamment structuré pour servir d'outil pédagogique, de guide clinique, et potentiellement de base pour des travaux de recherche ou d'évaluation future.

MÉTHODE

Ce travail de recherche, intitulé « La place de l'ostéopathie contemporaine dans la médecine factuelle : création d'un modèle de décision clinique spécifique à Bretagne Ostéopathie », a permis, dans son introduction générale, d'aborder la première partie du sujet, à savoir l'ancrage de l'ostéopathie contemporaine dans le cadre de la médecine fondée sur les preuves. Ces réflexions introductives ouvrent naturellement sur la seconde partie du titre, qui concerne la construction d'un modèle de décision clinique propre à Bretagne Ostéopathie, fondé sur les notions préalablement exposées, et notamment les concepts de l'EBP. Il n'existe en effet à ce jour pas de modélisation de la prise de décision clinique en ostéopathie. Dans la section Introduction (2.3 « Les différents types de modèles en France : synthèse bibliographique »), il a été montré que tous ces modèles reposent sur l'utilisation de mots-clés, lesquels synthétisent les éléments considérés comme essentiels par la profession pour orienter la prise de décision thérapeutique. Ainsi, la méthode retenue dans ce mémoire visera à recueillir, auprès d'experts en ostéopathie, les mots-clés les plus pertinents : regroupés selon une logique comparable à celle du modèle fondé sur les preuves, ces mots-clés permettront à la profession d'harmoniser sa démarche de décision clinique.

Afin d'atteindre cet objectif et d'établir un consensus sur lequel fonder le modèle, la recherche clinique dispose d'une méthode reconnue : la méthode Delphi(98). Particulièrement recommandée en recherche scientifique, elle s'avère pertinente lorsqu'il n'existe ni données claires ni solutions définitives, en permettant de structurer l'avis d'experts autour d'un accord commun. En pratique ostéopathique (qui repose sur des données qualitatives comme le ressenti et le jugement personnel) les méthodes de recherche quantitatives, telles que les revues de littérature ou les essais cliniques randomisés, se révèlent souvent limitées. La méthode Delphi trouve donc logiquement sa place au sein d'une ostéopathie contemporaine cherchant à justifier ses pratiques. Dans le cadre de ce travail de recherche, les enseignants référents dans la recherche clinique en ostéopathie ont donc encouragé à l'utilisation de cette méthode de recherche validée, selon la méthodologie expliquée plus loin dans ce chapitre.

Pour répondre à la question de travail « Quels sont les items nécessaires à la création d'un modèle de décision clinique spécifique à Bretagne Ostéopathie », plusieurs rondes Delphi seront donc effectuées en recherchant un consensus entre les experts de Bretagne Ostéopathie, en accord avec les recommandations de la publication de référence d'Hassan et al.(2000)(99).

1.1 Cadre théorique de la méthode Delphi

1.1.1 Définition

“La méthode Delphi permet de consulter, de manière individuelle, simultanée et sous le couvert de l'anonymat, un panel d'experts au sujet d'un même objet, concept ou problème.”(100)

Elle repose sur un processus répété plusieurs fois et structuré, où un groupe d'experts répond à plusieurs séries de questionnaires, généralement de manière anonyme. Après chaque série de réponses, les résultats sont analysés et synthétisés par l'opérateur pour la réalisation du prochain questionnaire. Elle vise en premier lieu, au bout d'un certain nombre de rondes, à atteindre systématiquement un consensus entre les experts du panel, ou à une meilleure compréhension collective sur la question posée si le consensus n'est pas possible. On peut également utiliser la méthode Delphi pour apporter des modifications afin de bonifier un instrument, ce qui a pour effet d'améliorer la validité de contenu d'un outil. Ou encore, comme c'est le cas dans ce mémoire, de prendre des décisions sur les composantes d'un instrument à partir des données recueillies.

La méthode Delphi repose donc sur un processus itératif et un feedback contrôlé pour générer un consensus. Initialement elle était conçue avec au moins quatre cycles d'évaluation. Cependant, concilier un grand nombre de tours et un contrôle précis des résultats est difficile. De nos jours, la plupart des études utilisent généralement deux tours d'évaluation comme critère de clôture. Les études recommandent également jusqu'à trois tours, observant que cela permet généralement une augmentation de l'accord entre les experts(101). Le nombre de tours n'est donc pas prescrit dans la méthode Delphi et reste à l'appréciation des chercheurs.

Qu'importe le nombre de tours, le protocole à suivre est cependant toujours le même ; les experts commencent par évaluer une première version de l'instrument de mesure. Leurs commentaires sont ensuite analysés de manière qualitative et quantitative. À partir de cette analyse, des ajustements sont effectués sur l'outil, en tenant compte des divergences dans leurs évaluations. Une nouvelle version de l'instrument, plus dirigiste, est ensuite envoyée

au panel d'experts. Ces derniers sont invités à évaluer la version révisée de l'outil, suivant la même procédure que lors du premier tour d'évaluation, et ainsi de suite (Berquez et al. 2011).

En conclusion, la méthode Delphi ne prescrit pas un nombre de tours à réaliser. Elle ne dicte pas non plus le nombre de participants à recruter, ni le degré de consensus à atteindre. Les chercheurs doivent donc adapter la méthode Delphi à leur étude particulière et identifier les avantages et les inconvénients potentiels des choix établis.

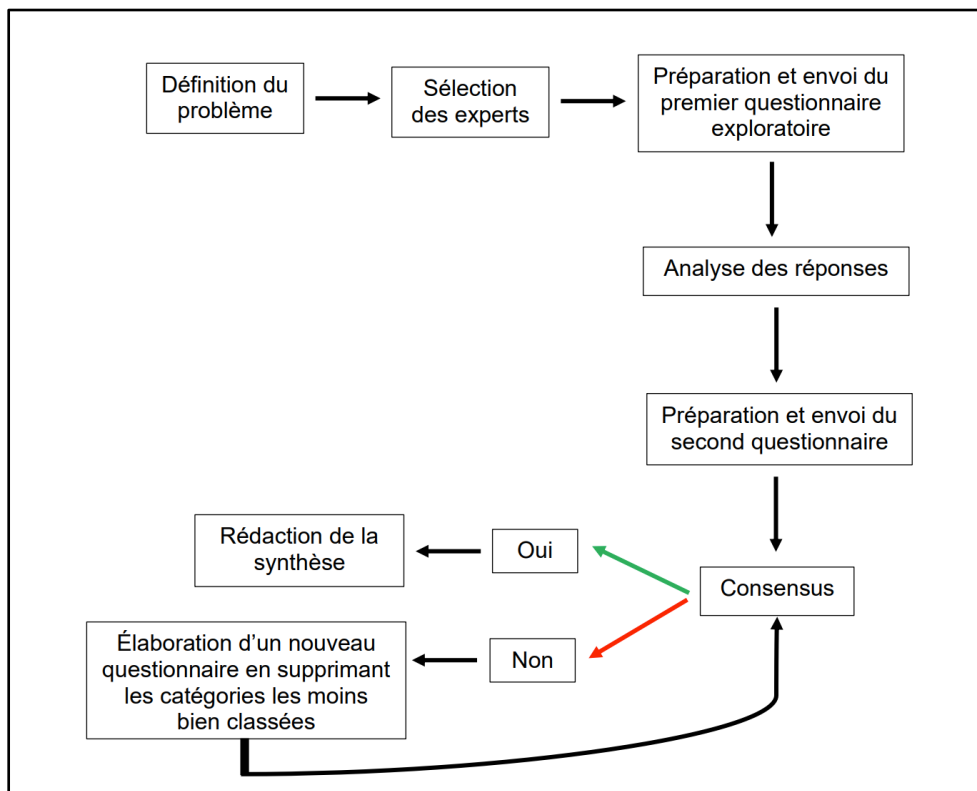


Figure 11 : Etapes du déroulement de la méthode Delphi.

1.1.2 Méthodologie

Pour la construction d'un nouvel outil ou l'adaptation d'un ancien, il est nécessaire de procéder à une recension des écrits scientifiques et des modèles sous-jacents aux outils qui existent déjà dans le domaine, comme cela a pu l'être pour le développement du Modèle de l'Occupation Humaine en ergothérapie (95). L'objectif est d'analyser les codes et les principes afin de mieux cerner la finalité de l'outil à développer. En effet, la construction d'une ronde Delphi pertinente n'a de valeur que si l'opérateur maîtrise clairement l'objectif à atteindre. Une revue de littérature a donc été menée en introduction (Partie II, chapitre 2.2) afin d'identifier les différents types de modèles issus de l'EBM, et d'avoir une vision globale de leur construction.

1.1.3 Les participants

Le choix des membres du panel d'experts est crucial, car leurs perspectives et opinions ont une influence déterminante sur les résultats de l'étude. La méthode Delphi repose en effet en grande partie sur la sélection des experts. Ces derniers ont un rôle prépondérant ; se sont leurs idées qui vont faire naître les différentes rondes et donc l'outil final. Avant d'être sélectionnés dans le protocole Delphi, les experts doivent donc répondre à une charte d'entrée.

Tout d'abord, la personne sélectionnée doit être considérée comme un expert dans son domaine. Un expert peut être défini comme une « personne informée », un « spécialiste dans le domaine » ou « quelqu'un qui a des connaissances sur un sujet spécifique »(102).

Ensuite, il faut élaborer des critères de sélection pour légitimer le choix d'un expert par rapport à un autre ou encore optimiser le panel d'experts choisi. Dans le cadre de cette étude, trois critères ont servi à sélectionner les experts :

1. Ils devaient enseigner à Bretagne Ostéopathie.
2. Ils devaient être disponibles pour répondre à un projet de recherche s'étalant sur plusieurs mois.
3. Ils devaient être à l'aise avec l'outil de diffusion des rondes Delphi (Google Form).

Ces critères ont été établis pour optimiser la collecte des données et limiter l'absence de réponse aux questionnaires envoyés, notamment entre deux rondes. L'idée est de réduire le risque du phénomène des "perdus de vue" qui pourrait mettre à mal le protocole. Les perdus de vue désignent les participants qui ne poursuivent pas ou ne répondent plus au suivi de l'étude. Ces pertes peuvent affecter la validité des résultats en introduisant un biais de sélection si les individus perdus diffèrent significativement de ceux qui restent dans l'étude. Il faut également que les experts suivent toutes les rondes, sans disparaître puis réapparaître entre les étapes.

Enfin les experts doivent tous avoir librement consenti à participer à l'étude et être libre de la quitter à tout moment.

La deuxième étape concernant les experts est de définir leur nombre avant d'entreprendre leur recrutement. Le nombre minimal d'expert nécessaires pour valider le contenu d'un outil dans une méthode Delphi ne devrait pas être inférieur à trois selon Lynn (1986)(103), et le fait de constituer un panel d'au moins cinq experts éviterait l'apparition de problèmes d'accord par hasard, plutôt que parce qu'ils partagent réellement une opinion ou une

évaluation commune. On retrouve également dans la littérature d'autres auteurs qui considèrent qu'un panel comptant entre trois et dix experts est idéal(104).

Pour cette étude, un panel de sept experts a été formé, afin de recueillir des avis différents et complémentaires sur la prise de décision clinique en ostéopathie.

1.1.4 Création des questionnaires et items

L'objectif des questionnaires Delphi est de partir de données larges pour finir sur des notions précises ayant fait l'unanimité, ou presque. C'est la notion de l'entonnoir. Ainsi, il est important de débiter par des questions ouvertes pour laisser les experts s'exprimer, puis de s'appuyer sur ces nouvelles données pour fermer au fur et à mesure les questions. Pour quantifier les réponses, il faut utiliser des échelles de cotation, comme l'échelle de Likert (1 à 9), pour permettre aux experts d'exprimer leur degré d'accord ou désaccord(35). Les questions doivent être claires et précises pour éviter toute confusion ou interprétation erronée. Chaque ronde peut permettre d'affiner ou de reformuler des items. Il est également conseillé de fournir aux experts participants une synthèse des résultats après chaque tour pour qu'ils puissent discuter des points de désaccord.

Le consensus entre experts, s'il est souhaitable, ne sera que rarement présent sur tous les items. Afin d'examiner le niveau d'accord entre les experts, des analyses descriptives doivent être réalisées pour chaque item de l'outil. L'utilisation d'un coefficient de kappa de Fleiss semble être l'outil statistique le plus communément utilisé, en accord avec d'autres travaux ayant utilisé la méthode Delphi(101). Le kappa de Fleiss est une mesure statistique qui évalue la concordance lors de l'assignation qualitative d'objets au sein de catégories pour un certain nombre d'observateurs(105). Selon Waltz et al. (2017), il y a un accord valable lorsque la valeur est égale ou supérieure à 0,80(106).

Formule du kappa :

$$\kappa = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e}$$

- P_o : proportion d'accord observé (ce qu'on voit réellement)
- P_e : proportion d'accord attendu par hasard (ce qu'on attendrait si les juges répondaient au hasard)

Cet indicateur est fort pour l'ensemble du questionnaire, en revanche pour connaître le niveau d'accord entre évaluateurs par question (pour les valeurs ordinales types échelle de Likert), l'écart type est également utilisé. Plus l'écart type est bas, meilleur est l'accord inter-évaluateurs(107,108).

On utilisera aussi un indice de consensus simple dans le cas des valeurs binaires (oui/non) : un consensus est considéré comme atteint si au moins 70 % des experts sélectionnent la même réponse(109,110).

$$\text{Indice de consensus} = \frac{|\text{nombre de "oui"} - \text{nombre de "non"}|}{\text{nombre total de réponses}}$$

Enfin, une durée maximale de 3 mois est conseillée pour éviter la fatigabilité des experts. Il faudrait rendre le questionnaire dans les 10 jours suivant sa publication pour ne pas perdre l'implication de l'expert(111).

1.2 Mise en place de la méthodologie

1.2.1 Diagramme de flux des rondes Delphi

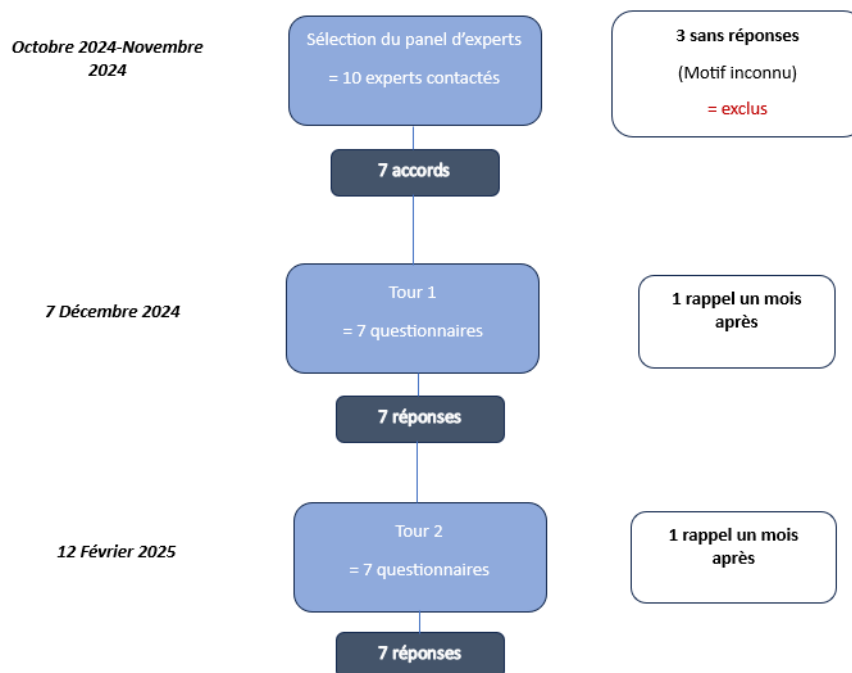


Figure 12 : Diagramme de flux des rondes Delphi.

1.2.3 Sélection des experts

La présélection de dix experts s'est effectuée selon les critères évoqués précédemment :

1. Ils devaient enseigner à Bretagne Ostéopathie.
2. Ils devaient être disponibles pour répondre à un projet de recherche s'étalant sur plusieurs mois.
3. Ils devaient être à l'aise avec l'outil de diffusion des rondes Delphi (Google Form).

La présélection s'est affinée avec la construction d'une liste constituée de profils d'âge, de parcours et d'expériences différentes. Dix enseignants de Bretagne Ostéopathie répondent à ces critères et ont été retenus. Une communication orale ou par mail a été faite pour préparer les sélectionnés à la réception d'une enquête sur la prise de décision clinique.

L'outil utilisé pour la rédaction, la transmission et la récupération des données est Google Form. Chaque question était obligatoire. Un mail a été envoyé avec le lien du formulaire Google Form à remplir à chacun des dix présélectionnés, doublé d'un texte explicatif :

“Dans la médecine rationnelle (médecine de référence actuellement), il existe un modèle nommé Evidence Based Practice (EBP) commun à tous les professionnels de santé, qui présente la meilleure façon de prendre une décision médicale de traitement. Il regroupe les trois items les plus validés : l'expérience du thérapeute, les données probantes de la science et les valeurs du patient. Le but de ce questionnaire est ici de recueillir vos avis pour contribuer à la création d'un modèle de prise de décision clinique en ostéopathie.

Ce modèle visera à structurer les choix thérapeutiques et à faciliter la prise en compte de différentes sources d'information dans le processus clinique. Les réponses seront anonymes et utilisées pour établir un consensus au bout de trois tours de questionnaire.”

Sept experts ont répondu au premier questionnaire et sont rentrés dans le processus, trois on était exclus par absence de réponse. Les sept mêmes experts ont répondu au deuxième questionnaire.

1.2.2 Elaboration du premier questionnaire

Ce premier tour vise à explorer les pratiques actuelles, les opinions et les besoins des ostéopathes expérimentés afin d'identifier les éléments essentiels pour la création d'un modèle de décision clinique spécifique à l'ostéopathie. Les réponses ouvertes sont particulièrement importantes pour comprendre les visions et les obstacles perçus. Les réponses à dialogues permettent d'obtenir des mots clés et des idées auprès des experts.

Les items du questionnaire ont été entièrement élaborés pour les besoins de cette étude, aucun précédent d'utilisation de la méthode Delphi pour la construction d'un modèle de décision clinique n'ayant été identifié dans la littérature. Conformément aux recommandations des enseignants référents, des questions portant sur les connaissances générales des experts interrogés ont été placées en introduction du questionnaire. Par la suite, des questions ont été imaginées afin de couvrir l'ensemble des notions susceptibles d'intervenir dans une prise de décision clinique en ostéopathie. Leur conception s'est notamment appuyée sur une connaissance préalable du modèle fondamental propre à Bretagne Ostéopathie. Enfin, une section ouverte a été ajoutée afin de permettre aux experts de formuler librement leurs avis et pensées, et de proposer d'éventuels mots-clés qui auraient pu être omis ou insuffisamment formulés dans les questions précédentes.

Le premier questionnaire s'est alors constitué de douze questions réparties en trois sous-groupes :

1. Questions sur l'expert et ses connaissances. (1 à 3).
2. Questions sur la prise de décision clinique. (4 à 8)
3. Questions sur les avis personnels des experts. (9 à 12)

Le premier questionnaire est entièrement montré en Annexe 1.

1.2.3 Elaboration du second questionnaire

Un texte introductif accompagne également le deuxième questionnaire afin d'en rappeler les modalités et d'en expliquer la finalité :

*“Ce deuxième questionnaire est élaboré à partir de l'analyse des réponses au premier. Il vise à affiner les opinions et à commencer à dégager un consensus. Répondez de la manière la plus objective possible. Rappelons que l'objectif de ce travail est d'élaborer un modèle de décision clinique en ostéopathie, visant à synthétiser les critères utilisés par les ostéopathes de Bretagne Ostéopathie lors de la prise de décision concernant le traitement de leurs patients. On répondra ainsi à la question suivante : **"De quelle manière les ostéopathes prennent-ils la meilleure décision pour promouvoir la santé ou prodiguer des soins ?"**”*

L'objectif du deuxième tour de questionnaire est de recueillir des retours supplémentaires et affiner les réponses initiales afin d'atteindre un consensus éclairé sur le sujet étudié, en minimisant l'influence des biais individuels et en permettant une réflexion plus approfondie des participants. La formulation des questions a été volontairement fermée et orientée, afin de limiter la dispersion des réponses et de favoriser l'émergence d'un consensus. Les réponses étaient donc limitées à un choix binaire (oui/non). La conception du second tour s'appuie sur les items ayant obtenu les meilleures évaluations lors du premier questionnaire, selon l'échelle de Likert. L'objectif est de soumettre à nouveau ces notions jugées importantes afin que les experts puissent les valider en exprimant leur accord ou leur désaccord. À l'issue du premier questionnaire, trois grandes notions générales se sont dégagées : la focalisation sur l'objectif de la séance, la préoccupation du patient, et celle du thérapeute, incluant son ressenti. Le second questionnaire a été structuré autour de ces trois axes, permettant de regrouper les items en catégories et d'identifier les mots-clés jugés pertinents par les experts pour chacune d'elles. Une question de synthèse a été ajoutée en conclusion afin d'évaluer les liens intrinsèques entre ces différentes catégories.

Le deuxième questionnaire s'est alors constitué de six questions, réparties en quatre sous-groupes :

1. Question sur l'objectif de séance. (1)
2. Question sur la place du patient. (2)
3. Question sur la place du thérapeute. (3 et 4)
4. Question de synthèse générale. (5 et 6)

Le deuxième questionnaire est entièrement montré en Annexe 2.

RÉSULTATS

PARTIE I

PREMIER QUESTIONNAIRE

Comme décrit dans la section méthodologie, ce premier questionnaire a pour objectif d'extraire les éléments jugés les plus importants par une majorité d'experts. Sur les douze questions qu'il comporte, huit sont formulées de manière ouverte, afin de faire émerger des idées, des mots-clés, ou encore la logique décisionnelle mobilisée par les experts dans leur pratique clinique. Deux autres questions s'appuient sur une échelle de Likert (allant de 1 à 5 selon le niveau d'accord), permettant ainsi de produire des données statistiques exploitables en vue d'identifier les items les plus consensuels. Enfin, chaque question fera l'objet d'une présentation incluant son origine, les résultats obtenus, ainsi que leur interprétation.

1.1 Résultats brut du premier questionnaire (douze questions)

1.1.1 Première question

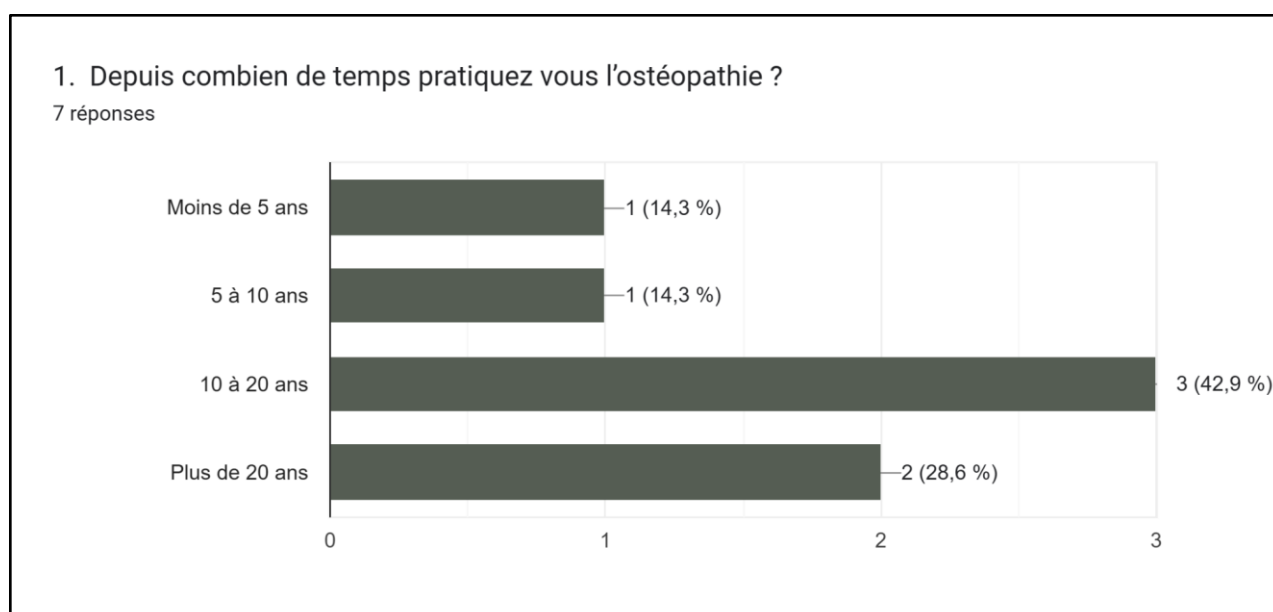


Figure 13 : Résultats de la première question du premier questionnaire.

L'objectif de la présélection était de constituer un panel d'experts aux profils variés. Cette diversité se reflète ici dans l'hétérogénéité des années d'expérience en tant qu'ostéopathe diplômé au sein de l'étude. Une comparaison des résultats en fonction des années d'expérience des experts pourrait être envisagée dans la partie discussion de ce mémoire.

1.1.2 Deuxième question

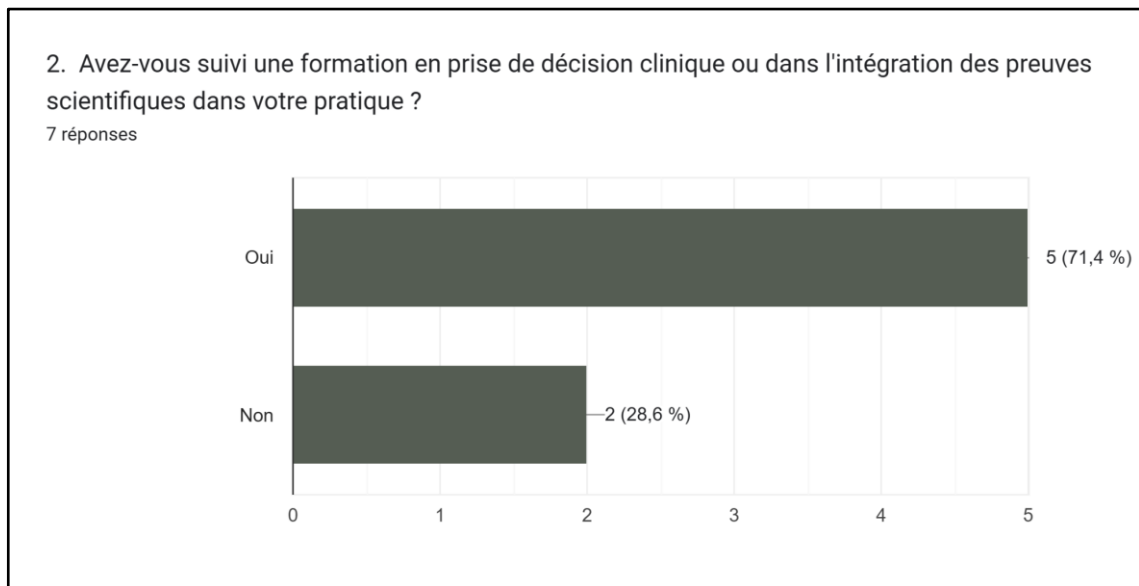


Figure 14 : Résultats de la deuxième question du premier questionnaire.

Ces premières questions visent à mieux connaître les experts ainsi que leur niveau de connaissance, notamment sur le sujet des modèles de décision clinique. On constate que les trois quarts des experts interrogés connaissent ce sujet. Toutefois, le fait de ne pas avoir suivi de formation spécifique dans ce domaine n'est pas un critère rédhibitoire à l'inclusion dans l'étude ; il était en effet essentiel d'intégrer des experts en ostéopathie, et non nécessairement des spécialistes des modèles de décision clinique.

1.1.3 Troisième question

3. Pensez-vous qu'un modèle de décision clinique (style EBP) soit applicable en ostéopathie ?
(Réponse ouverte)

7 réponses

- Oui
- Oui ! Il le faut pour donner du crédit à notre profession.
- Je n en suis pas sûr
- Oui mais je reste méfiant quant aux modèles...
- oui
- Oui et même indispensable

Figure 15 : Résultats de la troisième question du premier questionnaire.

Cette question met en évidence l'intérêt de la profession pour l'intégration d'un modèle de décision clinique en ostéopathie. En effet, la tendance actuelle de l'ostéopathie contemporaine s'oriente vers une "EBPisation" des pratiques, c'est-à-dire une volonté de fonder les actes thérapeutiques sur des preuves scientifiques. Les réponses positives à cette troisième question renforcent la pertinence et la légitimité de ce mémoire de recherche.

1.1.4 Quatrième question

4. Comment définiriez-vous la notion de décision clinique ? Donnez un exemple simple de ce qu'est, selon vous, une décision clinique en matière de traitement ostéopathique.
(Réponse ouverte)

7 réponses

Une décision clinique est une prise de position diagnostique qui découle de la prise en considération d'éléments anamnestique et/ou clinique (resultat dun test clinique).
Par exemple decider de prendre en charge un patient décrivant sa sciatique sur la base de l'interrogatoire, on débute par les tests de perte de fonctions neurologique, pour ensuite préciser la dysfonction affichée avec les tests ESLR et décider du diagnostic le plus probable : peut-être au final une douleur référée du myotome piriforme.

Une décision clinique correspond selon moi à un choix de traitement en fonction des liens que j ai établi entre la symptomatologie et mes connaissances scientifiques.

Décider des informations à demander, les analyser, différencier ce qui peut être pour nous ou non

Respecter les red flags et donc réorienter en cas de doute

Il s'agit d'effectuer la meilleur proposition de soin pour le patient en tenant compte de son souhait, ses motivations, et que ce soin corresponde à l'état actuel de la science par rapport aux connaissance que j'en ai.
Il est important d'évaluer bénéfice et risque en se situant toujours dans le cadre que le patient souhaite. C'est un accord entre son souhait, mes compétences. La délégation fait également partie de ce choix clinique.

définir un mode d'action en regard des données recueillies à l'anamnèse et au regard des connaissances actuelles en ostéopathie structurelle pour notre cas

Décision appliquée au respect des drapeaux rouges et à la compréhension du sujet.

Figure 16 : Résultats de la quatrième question du premier questionnaire.

L'analyse des réponses à cette question fait ressortir des tendances générales : pour les experts en ostéopathie, la décision clinique correspond à prendre le meilleur choix possible pour le traitement des patients. Les critères qui déterminent ce "meilleur choix" varient cependant d'un expert à l'autre : en fonction de l'anamnèse, en fonction du thérapeute, en fonction du patient, ou encore en fonction des données médicales.

1.1.5 Cinquième question

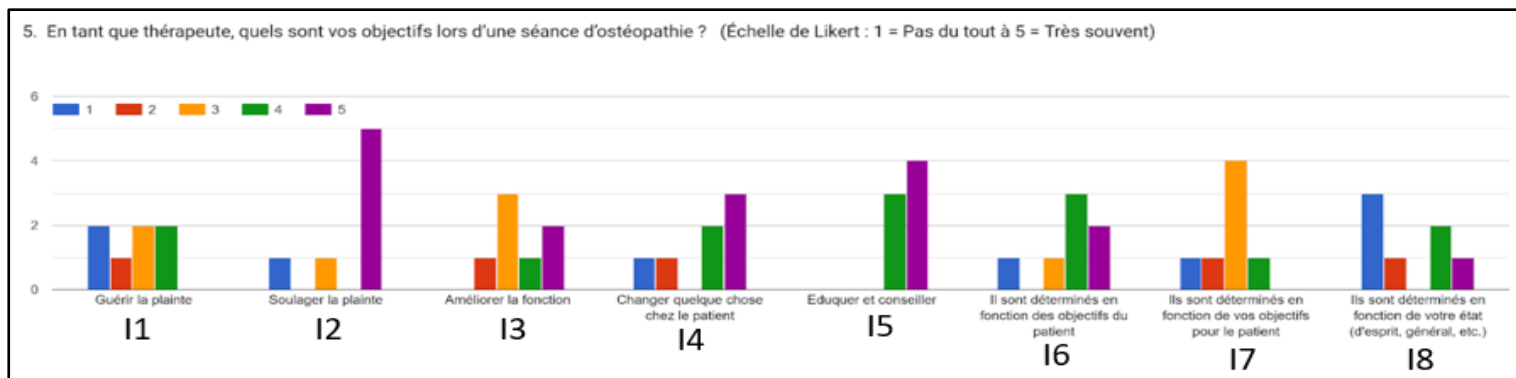


Figure 17 : Résultats de la cinquième question du premier questionnaire.

Les réponses aux questions utilisant une échelle de Likert sont présentées de la manière suivante : chaque couleur représente une note spécifique (par exemple, le mauve correspond à la note maximale de 5/5, soit "très souvent"). La hauteur de chaque barre colorée indique le nombre de votes attribués à cette note. Ainsi, pour l'item I2, "soulager la plainte", on observe : un vote pour la note 1/5, aucun pour 2/5, un pour 3/5, aucun pour 4/5, et enfin cinq votes pour la note 5/5.

Ensuite, comme mentionné dans la section méthodologie (1.1.4 – Création des questionnaires et des items), des indicateurs statistiques seront utilisés pour identifier les items les plus pertinents, lesquels seront ensuite conservés pour les questionnaires suivants. Un coefficient de Kappa sera calculé pour les questions cinq et huit, qui comportent des données de nature ordinale. Un seuil de 0,80 ou plus sera retenu pour considérer qu'un consensus a été atteint. Il peut être appliqué à chaque question individuellement ou à l'ensemble du questionnaire. Par ailleurs, pour plus de précision, un calcul de l'écart-type sera effectué afin d'analyser la dispersion des réponses pour chaque item à l'intérieur des questions. Cette mesure permettra d'affiner l'identification des mots-clés faisant l'objet d'un accord fort parmi les experts.

Pour cette cinquième question, la diversité des réponses est montrée par un coefficient de kappa à 0,22, en dessous donc de la valeur établie de consensus de 0,80. Sur les objectifs de séance, ce premier questionnaire ne permet donc pas d'établir de consensus. En revanche, une analyse de la dispersion des réponses par items (Figure 18), mesurée à l'aide de l'écart-type, permet d'identifier les phrases générant le plus ou le moins d'accord entre les évaluateurs.

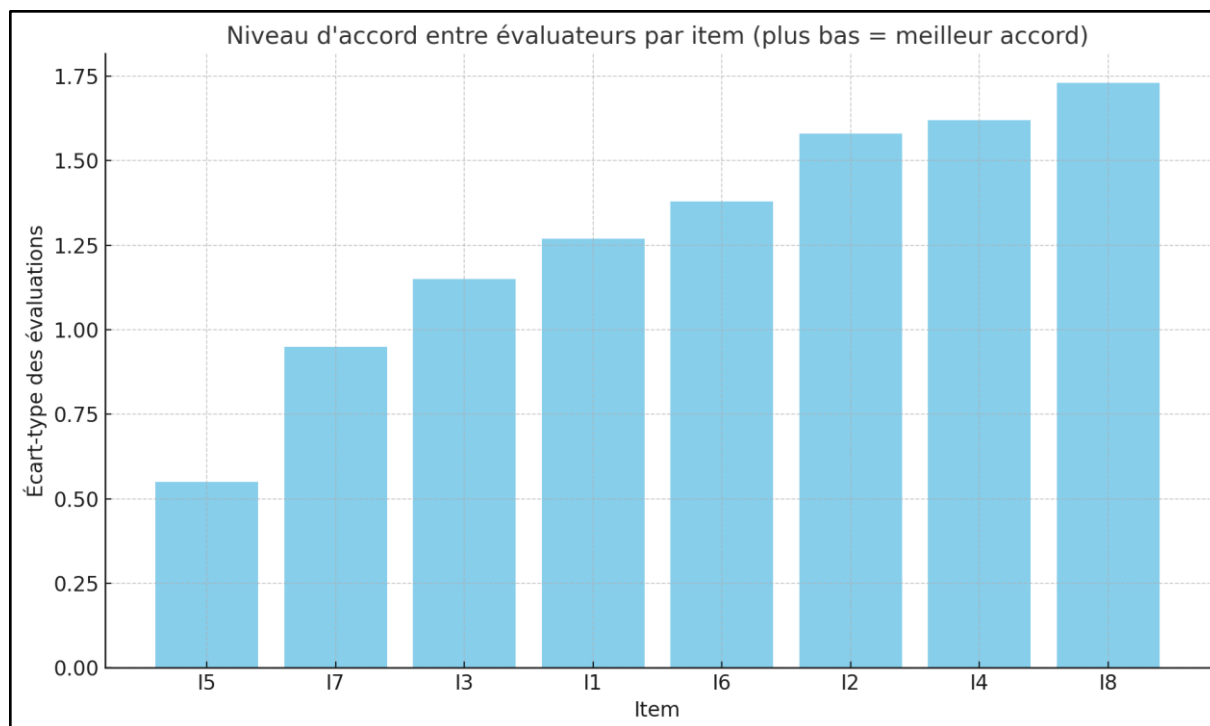


Figure 18 : Graphique récapitulatif des écarts-type par item de la cinquième question.

L'accord est particulièrement fort pour l'item I5 "Éduquer et conseiller" (écart-type = 0,53), tandis que les items I8 (1,72), I4 (1,60) et I2 (1,57) présentent une variabilité plus importante dans les réponses. Cela pourrait refléter une formulation plus sujette à interprétation ou une moins bonne compréhension partagée entre les évaluateurs. Ces premiers éléments à faible écart-type vont donc guider la création du deuxième questionnaire comme prévu dans la méthodologie. "Éduquer et conseiller" ainsi que "déterminer en fonction des objectifs pour le patient" semblent être ici les expressions clés recueillant le plus de consensus parmi les experts interrogés concernant l'objectif des séances d'ostéopathie.

1.1.6 Sixième question

6. Avez-vous d'autres objectifs non cités précédemment ? (Réponse ouverte)
6 réponses
Offrir le soin qui me semble le plus adapté à mon patient, selon mes ressources, à l'instant de la séance.
Non
Assurer l'échange et la confiance avec mon patient
Pour le premier item : aider le patient à guérir, où du moins l'aider à avancer sur le chemin de la guérison. Pour le deuxième item, soulager le patient, à mon sens ça n'est pas logique de soulager des plaintes, mais que le patient se sente mieux, c'est important.
Poser des hypothèses diagnostic
M'assurer que le patient a bien compris ma démarche thérapeutique.

Figure 19 : Résultats de la sixième question du premier questionnaire.

Les questions ouvertes visent à mieux comprendre la démarche de décision clinique des experts et à faire ressortir des mots-clés à intégrer au deuxième questionnaire. Ici, le terme « patient » apparaît à quatre reprises, ce qui témoigne de l'intérêt porté par le thérapeute à son patient. D'ailleurs, de manière globale, l'analyse des mots mentionnés dans l'ensemble des questions ouvertes (Annexe 3) révèle que le terme « patient » est le plus fréquemment cité, avec dix-sept occurrences dans l'ensemble du questionnaire. La décision clinique à Bretagne Ostéopathie ne peut donc pas être cataloguée comme thérapeute-centrée.

1.1.7 Septième question

7. Quels sont, selon vous, les principaux facteurs qui influencent vos décisions cliniques en ostéopathie ? (Réponse ouverte)

7 réponses

Mon expérience professionnelle est le filtre qui interprète les résultats des questions et des tests cliniques, lesquels amenant des outcomes plus ou moins subjectives.

- L'état d'esprit du patient.
- La collaboration entre lui et moi et son implication.
- Sa compréhension et son attente de la séance.

Expérience, connaissance

Respect du patient et de ce qu'il peut supporter

La demande du patient : si elle est claire, c'est plus facile d'y répondre. L'entente avec le patient. Mon niveau de fatigue, c'est important d'être suffisamment en forme pour faire de bons choix. L'investissement personnel du patient dans son choix d'aller mieux.

L'état de santé (le terrain) du patient, les attentes et croyances du patient, les données de l'anamnèse et des tests fonctionnels et de résistance, le type mécanisme de la douleur impliqué dans la plainte

Le doute, la prudence, le respect, l'écoute.

Figure 20 : Résultats de la septième question du premier questionnaire.

Comme à la question précédente, le terme "patient" est un élément important de la décision clinique, s'ajoute en plus son "état" de santé, qui semble également important.

1.1.8 Huitième question

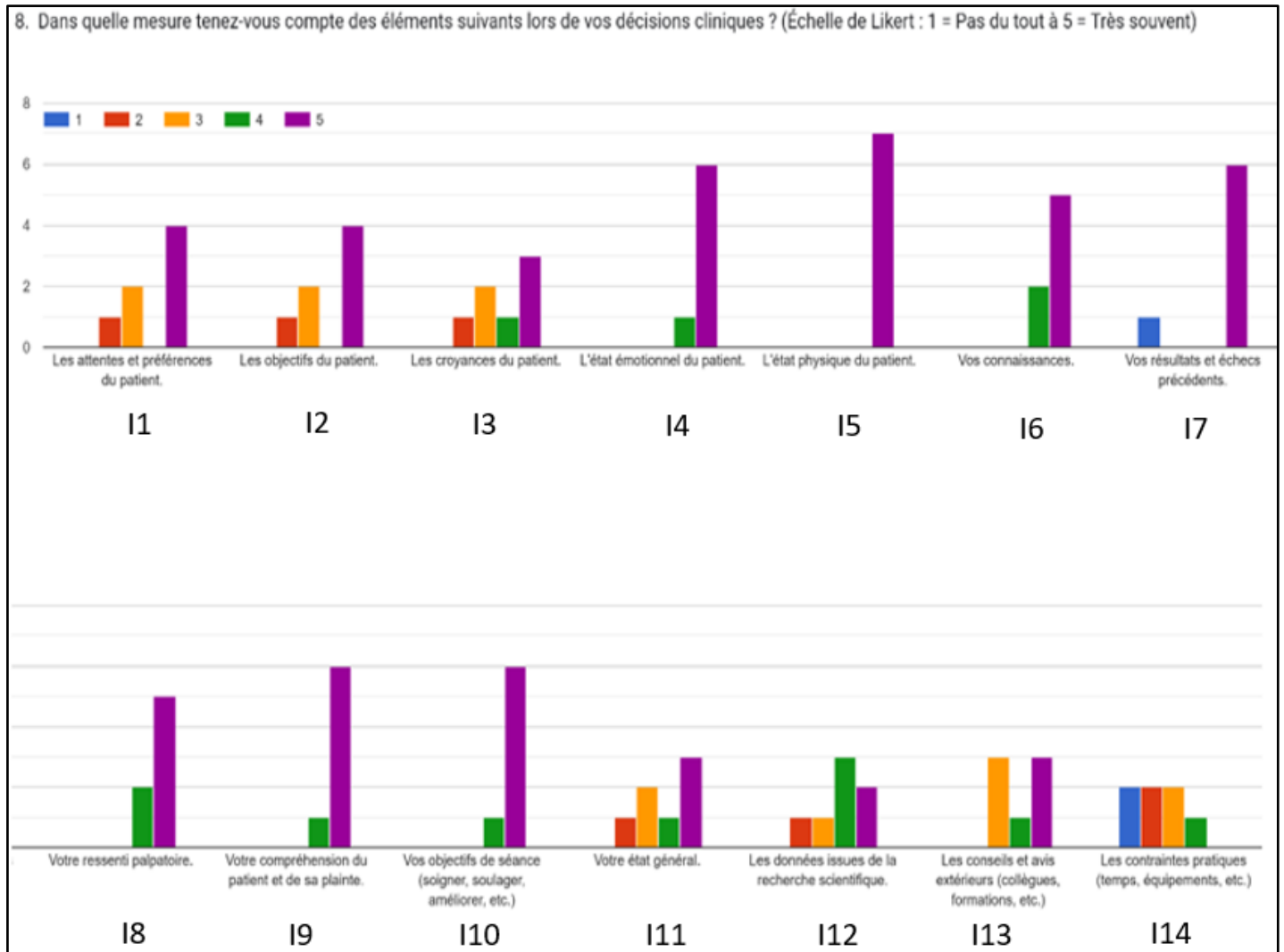


Figure 21 : Résultats de la huitième question du premier questionnaire.

Ici, le coefficient de Kappa est de 0,33, ce qui indique un accord global modéré entre les évaluateurs concernant les éléments à prendre en compte dans les décisions cliniques. Toutefois, cet accord reste insuffisant pour établir un consensus clair, le coefficient étant encore bien en dessous du seuil admis de 0,80. Une analyse complémentaire des écarts type sur ces quatorze items met en évidence des niveaux d'accord très contrastés entre les évaluateurs (Figure 22).

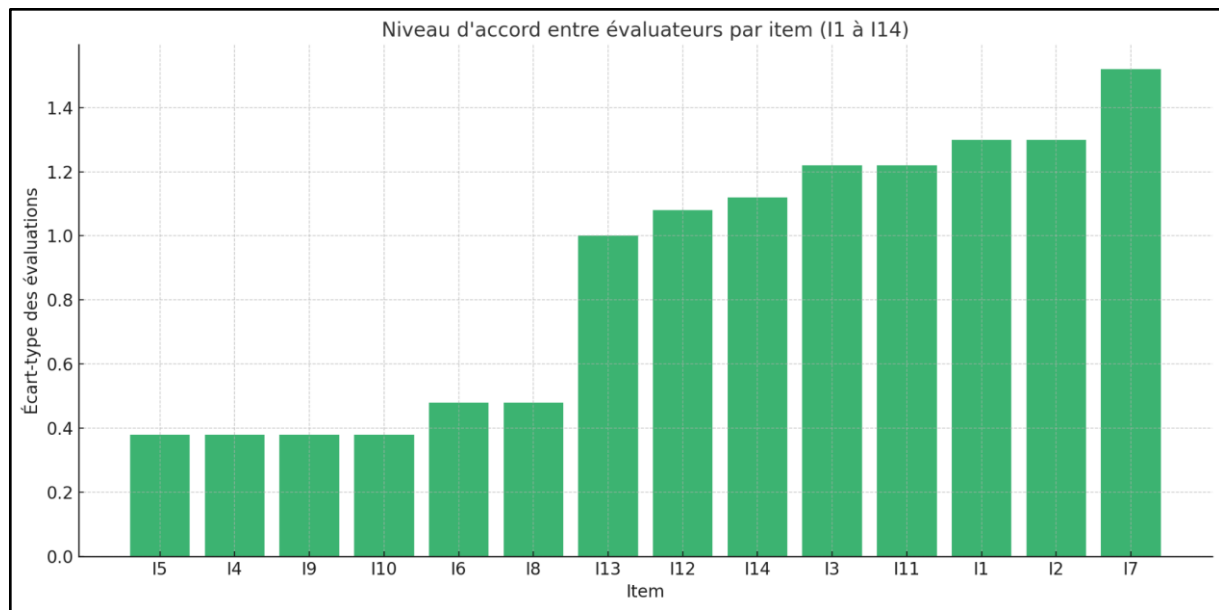


Figure 22 : Graphique récapitulatif des écarts-type par item de la huitième question.

Certains items, tels que I5 (L'état physique du patient), présentent un accord parfait entre les participants (écart-type = 0,00), tandis que I4, I9 et I10 montrent également une grande cohérence dans les réponses (écart-type = 0,38). En revanche, des divergences notables apparaissent sur I7 (écart-type = 1,51), I1 et I2 (1,29), ou encore I11 (1,21), ce qui suggère que ces items ne font pas consensus. Les termes "état physique du patient", "état émotionnel du patient", "votre compréhension du patient et de sa plainte" et "vos objectifs de séance" semblent donc être les expressions clés recueillant le plus de d'accord parmi les experts interrogés concernant la prise de décision clinique.

1.1.9 Neuvième question

9. Utilisez-vous d'autres éléments non cités précédemment ? (Réponse ouverte)
5 réponses
Non
Mon expérience clinique et...empirique
/
non
Le "feeling" du sujet à l'instant "t".

Figure 23 : Résultats de la huitième question du premier questionnaire.

Les items de la question huit ayant été entièrement conçus pour cette étude, le faible nombre de retours obtenus à cette question ouverte suivante suggère qu'aucune notion essentielle n'a été omise.

1.1.10 Dixième question

10. Selon vous, quelles sont les spécificités de l'ostéopathie telle qu'elle est pratiquée à Bretagne Ostéopathie, qui devraient être prises en compte dans un modèle de prise de décision clinique ? (Réponse ouverte)

7 réponses

Un consentement clair vis à vis de chaque style de techniques utilisées au moment de les poser. ("Si je pose ma main là ça va poue vous?"; "si je vous secoue par ici ça va?" Etc.)

Le travail réellement structurel et la volonté de vouloir faire changer un état tissulaire.

Cohérence facteur déclenchant et symptomatologies

Accepter que le ressenti n'est que chez nous

A mon sens il n'est pas différent des autres, c'est un processus d'analyse, et surtout il ne faut pas le voir comme différent des autres ça serait une erreur.

Démarche du particulier au général, prise en compte du terrain et de la cohérence avec le facteur déclenchant,

Le message n'est rien.....

Figure 24 : Résultats de la dixième question du premier questionnaire.

L'intitulé de ce mémoire de recherche portant sur la prise de décision clinique à Bretagne Ostéopathie, il était donc important de connaître les spécificités de cette école selon les experts interrogés, tous enseignants à BO. Les réponses sont divergentes, un expert considère qu'il n'y a pas de spécificité particulière à Bretagne Ostéopathie.

1.1.11 Onzième question

11. Lorsque vous êtes face à des cas complexes ou atypiques, quelles sources d'information ou stratégies utilisez-vous pour orienter vos choix thérapeutiques ? (Réponse ouverte)

7 réponses

Je reviens aux bases de l'expression des douleurs/plaintes: plus la cohérence du tableau s'éloigne d'une expression mécanique reproductible ou lorsque l'adéquation entre le déclenchement et la plainte est illogique ou disproportionnée, alors je m'approche d'une décision clinique de non intervention. Lorsque toutefois j'interviens sur un tableau incertain alors j'acte cette incertitude avec le patient. Je serai amené à me renseigner auprès de collègues ensuite

Discussion avec des pairs

Expériences, arènes thérapeutique

Recherche d'informations complémentaires

discussion avec des collègues. me rapprocher du cadre conceptuel dans une seconde analyse plus précise afin de voir ce qui m'a échappé.

Formations post grade en gestion des cas cliniques, douleur chronique...

Expérience personnelle, logique et interrogation.

Figure 25 : Résultats de la onzième question du premier questionnaire.

L'idée derrière la onzième question était d'explorer la place des données issues de la recherche scientifique dans la prise de décision des ostéopathes, à travers l'exemple d'un cas clinique complexe. Les réponses des experts indiquent que, dans ce type de situation, les principales sources d'information restent l'expérience personnelle, les échanges entre pairs et la formation continue. L'utilisation de données probantes n'a, quant à elle, pas été mentionnée dans cette réponse, comme dans les autres réponses ouvertes.

Par ailleurs, l'analyse de l'item douze de la question huit, également centré sur l'utilisation des données issues de la recherche scientifique, a montré que, bien que la majorité des experts déclarent intégrer les données probantes dans leur prise de décision clinique, certains ne le font pas. Cette disparité se traduit par un écart-type trop élevé pour permettre de considérer cet item comme consensuel.

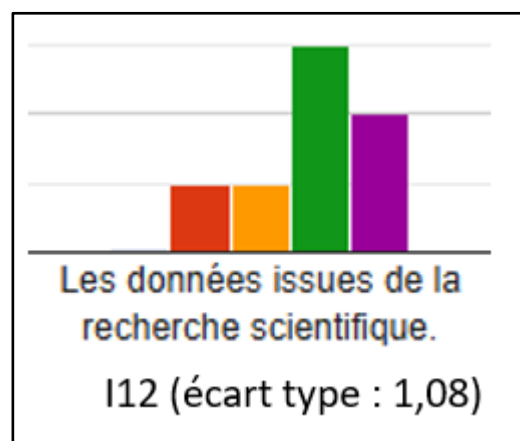


Figure 26 : Résultat de l'item 12 de la huitième question.

En l'absence de référence explicite à cette notion dans les réponses ouvertes du questionnaire, et au regard de la variabilité des réponses à l'item douze, les mots clés tournant autour des données issues de la recherche scientifique ne seront donc pas retenues dans la construction du second questionnaire.

1.1.12 Douzième question

12. Selon vous, intégrez vous des éléments dans votre processus de décision clinique qui ne devraient pas influencer votre jugement ? Si oui, lesquels ? (Réponse ouverte) 7 réponses Consciemment je ne crois pas, je lutte consciemment contre l'idée de demander une séance supplémentaire pour remplir le planning de la semaine d'après. Et lorsque je la demande je réfléchis souvent à l'honnêteté commerciale de la demande ou du biais sous jacent. Je n'éduque pas mes patients aux "check up" de routine/de prévention. J essaie de croire que non! Habitudes Ma subjectivité.... Non, je me fie à des impressions, mais pour moi il s'agit d'un savoir empirique, avec de nombreux éléments pas toujours conscients pris en compte et qui m'informe de l'état du patient. Mes préférences dans le type d'outils à disposition Les "à priori " du sujet ?

Figure 27 : Résultats de la douzième question du premier questionnaire.

La démarche commerciale ne semble pas intervenir dans la prise de décision. Cinq experts reconnaissent lutter contre leur ressenti, lequel semble jouer un rôle important dans la décision clinique, tout en pouvant également constituer un facteur d'erreur.

1.2 Interprétation du premier questionnaire

L'ensemble des résultats met en évidence plusieurs points clés sur la prise de décision clinique en ostéopathie, particulièrement dans le contexte de Bretagne Ostéopathie. D'abord, la diversité des profils sélectionnés a permis de confronter des visions variées, ce qui s'est

traduit par une hétérogénéité des réponses et un faible niveau de consensus sur certains items, comme en témoigne le coefficient de Kappa (0,22 à 0,33). Cette dispersion reflète non seulement des différences d'expérience, mais aussi l'absence d'un modèle de décision clinique unifié dans la pratique ostéopathique.

Malgré cette variabilité, certains éléments font émerger des tendances communes. Le rôle central du patient dans la décision clinique est un marqueur fort : son état physique, émotionnel, ses objectifs et la compréhension de sa plainte reviennent systématiquement, ce qui souligne une approche patient-centrée, en accord avec les principes contemporains de l'EBP. Néanmoins, la référence aux preuves scientifiques reste secondaire, ce qui révèle un écart entre l'idéal théorique de l'EBP et la réalité du terrain ostéopathique, encore largement ancrée dans l'expérience, la formation continue et les échanges entre pairs. L'absence d'influence de la démarche commerciale et la reconnaissance du poids du ressenti – parfois perçu comme un risque d'erreur – montrent également une volonté des praticiens de recentrer leur pratique sur des fondements cliniques solides et éthiques.

Les résultats de ce premier questionnaire justifient pleinement l'élaboration d'un second questionnaire, cette fois plus ciblé et centré sur les notions ayant suscité le plus d'adhésion. Il devra s'appuyer sur les expressions qui ont généré le plus d'accord pour renforcer la cohérence des réponses, tout en excluant les items jugés non pertinentes par les experts interrogés (notamment ceux liés aux données scientifiques, non suffisamment cités par rapport aux autres éléments).

L'objectif final sera d'affiner une grille de lecture de la décision clinique en ostéopathie, fidèle aux réalités du terrain, mais ouverte à une structuration progressive des pratiques.

PARTIE II

DEUXIÈME QUESTIONNAIRE

Le deuxième questionnaire a été élaboré à partir des éléments ressortant comme les plus significatifs, soit d'un point de vue statistique, soit par leur fréquence d'apparition dans les réponses ouvertes (Annexe 3). L'objectif est d'atteindre un consensus, évalué à l'aide du coefficient de Kappa, qui devra être supérieur à 0,80. Par ailleurs, pour mesurer le degré d'accord au sein d'une même question, un indicateur de consensus sera utilisé, conformément à la section méthodologie (1.1.4 – Création des questionnaires et des items) ; celui-ci devra atteindre un seuil minimum de 0,70.

Le second questionnaire a été conçu de manière fermée afin de limiter la dispersion des réponses et de faciliter l'émergence d'un consensus. Il s'appuie sur les items les mieux évalués lors du premier tour, et s'articule autour de trois axes principaux identifiés :

- 1) **L'objectif de séance** : Validé par l'item dix de la huitième question avec un faible écart type (0,38), les réponses ouvertes à la septième question "Sa compréhension et son attente de la séance", "la demande du patient" et "les attentes et croyances du patient".

=> Ce deuxième questionnaire devra clarifier ce qu'est l'objectif d'une séance en ostéopathie.

- 2) **La préoccupation du patient** : Validé par l'accord parfait sur l'item cinq de la huitième question (L'état physique du patient), par un faible écart-type sur l'item quatre (L'état émotionnel du patient), par les réponses ouvertes à la quatrième question "se situer dans le cadre que le patient souhaite", par les réponses ouvertes à la sixième question "offrir le soin qui me semble le plus adapté à mon patient", "assurer l'échange et la confiance avec mon patient", "m'assurer que le patient a bien compris ma démarche thérapeutique", l'ensemble des réponses ouvertes à la septième question qui lie le patient et son état de santé.

=> Ce deuxième questionnaire devra vérifier que l'état du patient est bien une donnée importante de la prise de décision clinique.

- 3) **La préoccupation du thérapeute** : Validé par le faible écart-type de l'item neuf de la question huit (Votre compréhension du patient et de sa plainte), de l'item dix (Vos

objectifs de séances), de l'item six (Vos connaissances) et de l'item huit (Votre ressenti palpatoire). C'est également validé par les réponses ouvertes de la septième question "mon expériences professionnelles", "expériences, connaissance", "le doute, la prudence, le respect, l'écoute" ; de la neuvième question "mon expérience clinique et empirique", "le feeling" du sujet à l'instant t".

=> Ce deuxième questionnaire devra montrer que les connaissances, l'expérience et le "feeling" ou ressenti sensoriel du thérapeute est bien une notion indissociable de la prise de décision clinique.

Enfin, une question de synthèse vise à explorer les interactions entre ces trois dimensions. Ce second questionnaire a pour objectif de valider l'hypothèse selon laquelle ces dimensions sont interconnectées, le ressenti sensoriel intervenant au sein de chacune comme filtre d'interprétation. Cette hypothèse peut être validé par le faible écart-type de l'item sept de la question cinq (Les objectifs sont déterminés en fonction de vos objectifs pour le patient), les réponses ouvertes à la septième question "mon niveau de fatigue", "le doute, la prudence, le respect, l'écoute", du faible écart-type de l'item huit de la question huit (Votre ressenti palpatoire), de la neuvième question "le feeling" du sujet à l'instant t", de la dixième question "Accepter que le ressenti n'est que chez nous", de la douzième question "Ma subjectivité", "je me fie à des impressions", "les à priori du sujet".

2.1 Résultats brut du deuxième questionnaire (six questions)

1.1.1 Première question

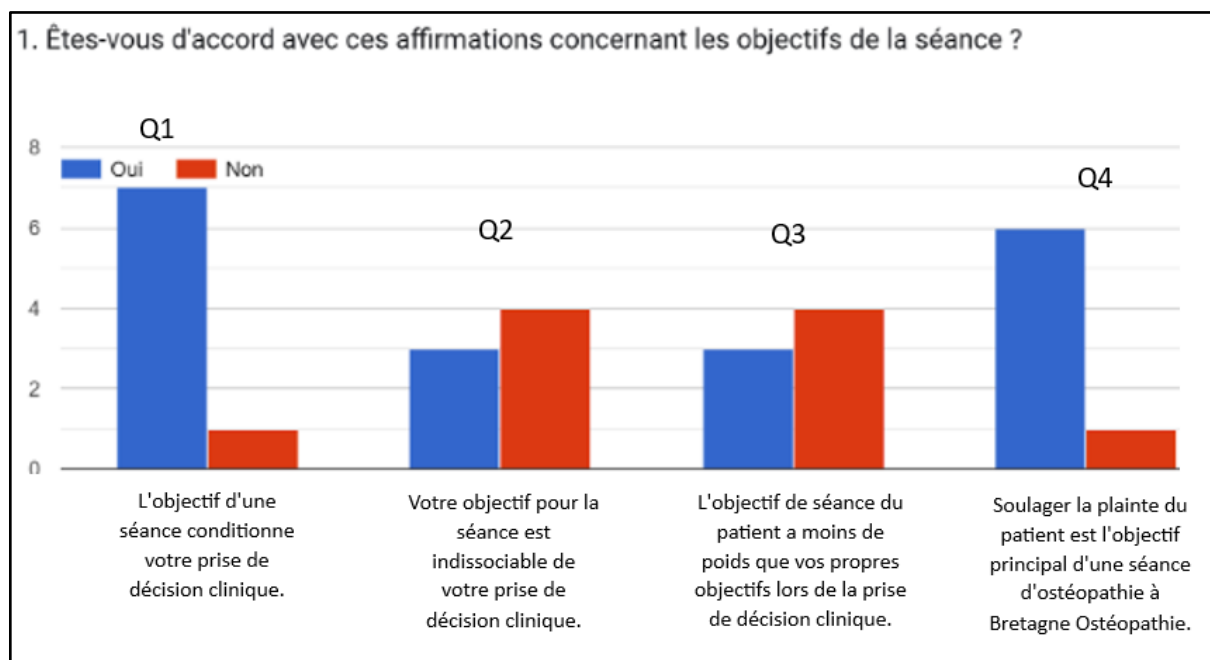


Figure 28 : Résultats de la première question du deuxième questionnaire.

Erratum : Sur la première question, il y a huit réponses au lieu de sept : un “oui” est de trop.

En termes d'analyse statistique, le kappa de Fleiss affiche ici une valeur de 0,067, largement inférieure au seuil de référence de 0,80. Cela indique que les experts ne sont pas en accord sur la définition de l'objectif d'une séance en ostéopathie. Il ne sera donc pas possible d'établir un consensus clair sur ce point.

Pour analyser question par question les résultats, un indice de consensus est utilisé. L'analyse des réponses aux quatre premières questions à l'aide de cet indice de consensus révèle un accord modéré à fort pour les questions Q1 et Q4 (0,714), tandis que Q2 et Q3 présentent une forte divergence entre les experts (indice de 0,143). Ces résultats confirment que, malgré un kappa de Fleiss faible (0,067), certaines questions font bien l'objet d'un accord notable : les experts s'accordent sur l'importance de définir un objectif de séance dans le processus de décision clinique, et considèrent majoritairement que cet objectif est de soulager la plainte du patient. En revanche, il reste difficile de savoir si l'objectif du patient ou celui du thérapeute est considéré comme prioritaire.

1.1.2 Deuxième question

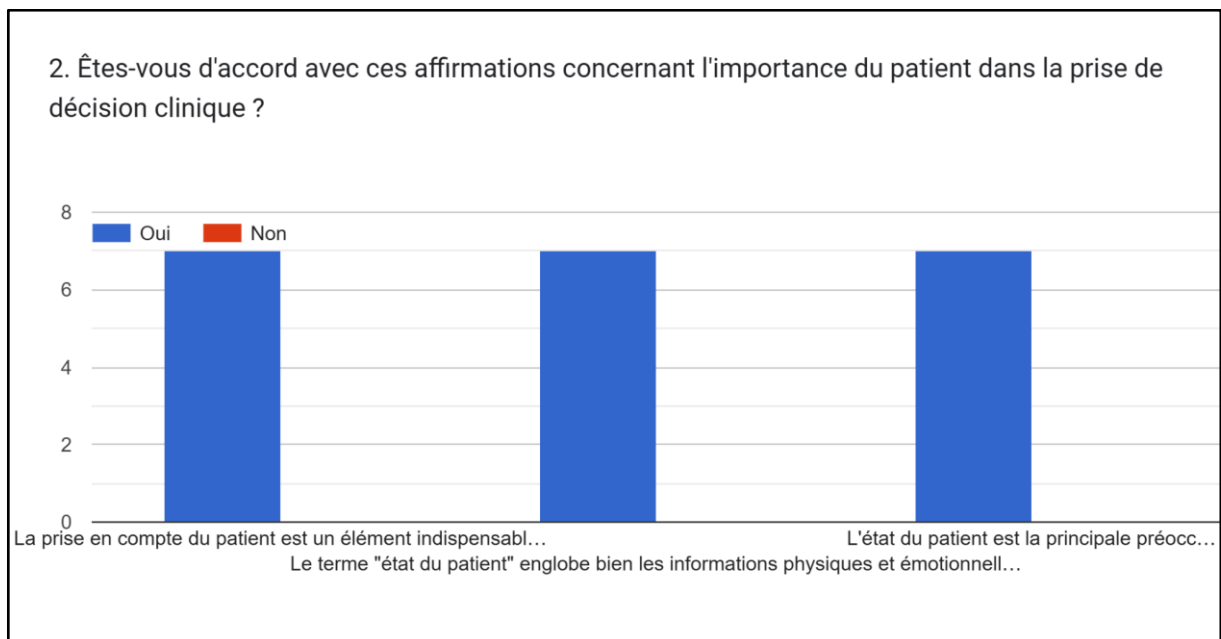


Figure 29 : Résultats de la deuxième question du deuxième questionnaire.

Le coefficient de kappa de Fleiss n'a pas pu être calculé pour ces trois questions, en raison d'une absence totale de variabilité dans les réponses : l'ensemble des experts ont répondu « oui ». Cette unanimité, bien qu'indicateur d'un accord fort, rend le calcul du kappa mathématiquement impossible, celui-ci reposant sur la comparaison entre l'accord observé et l'accord attendu par hasard.

En calculant l'indice de consensus, on obtient 1 : le consensus est le plus fort. Il y a unanimité sur les réponses, on peut donc établir un consensus sur l'importance du patient dans la prise de décision clinique :

1. La prise en compte du patient est un élément indispensable dans la prise de décision clinique.
2. Le terme "état du patient" englobe bien les informations physiques et émotionnelles perçues par le thérapeute.
3. L'état du patient est la principale préoccupation du thérapeute lors d'une séance d'ostéopathie à Bretagne Ostéopathie.

1.1.3 Troisième question

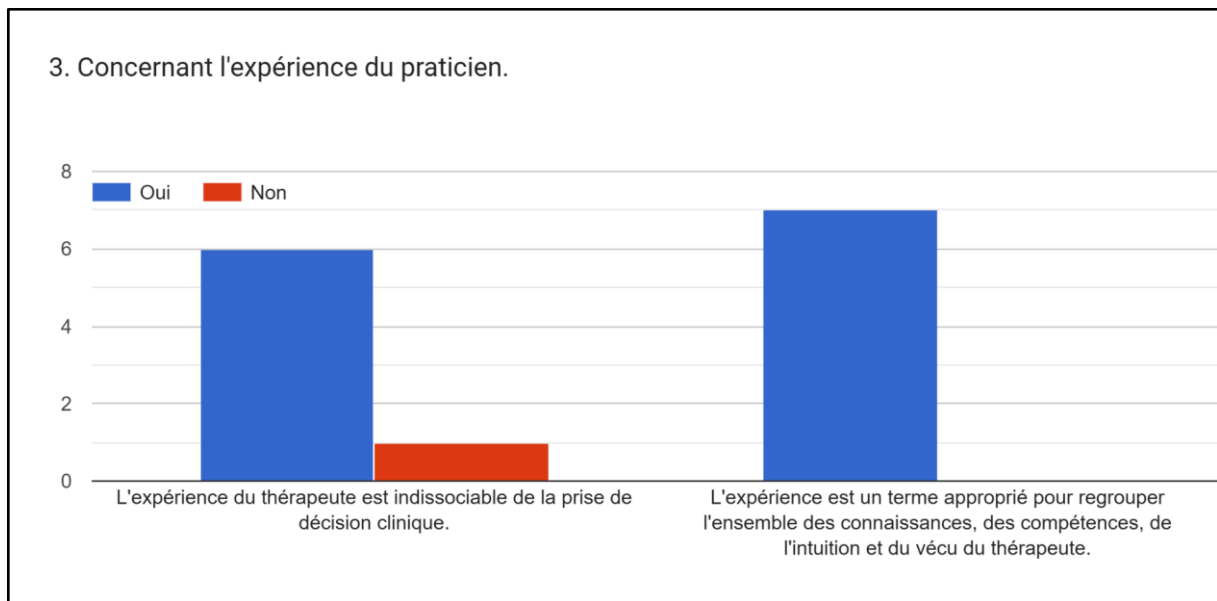


Figure 30 : Résultats de la troisième question du deuxième questionnaire.

Le calcul de l'indice de consensus donne 0,714 pour la première question et 1 pour la deuxième : on peut également conclure à un consensus au sujet de l'expérience du praticien :

1. L'expérience du thérapeute est indissociable de la prise de décision clinique.
2. L'expérience est un terme approprié pour regrouper l'ensemble des connaissances, des compétences, de l'intuition et du vécu du thérapeute.

1.1.4 Quatrième question

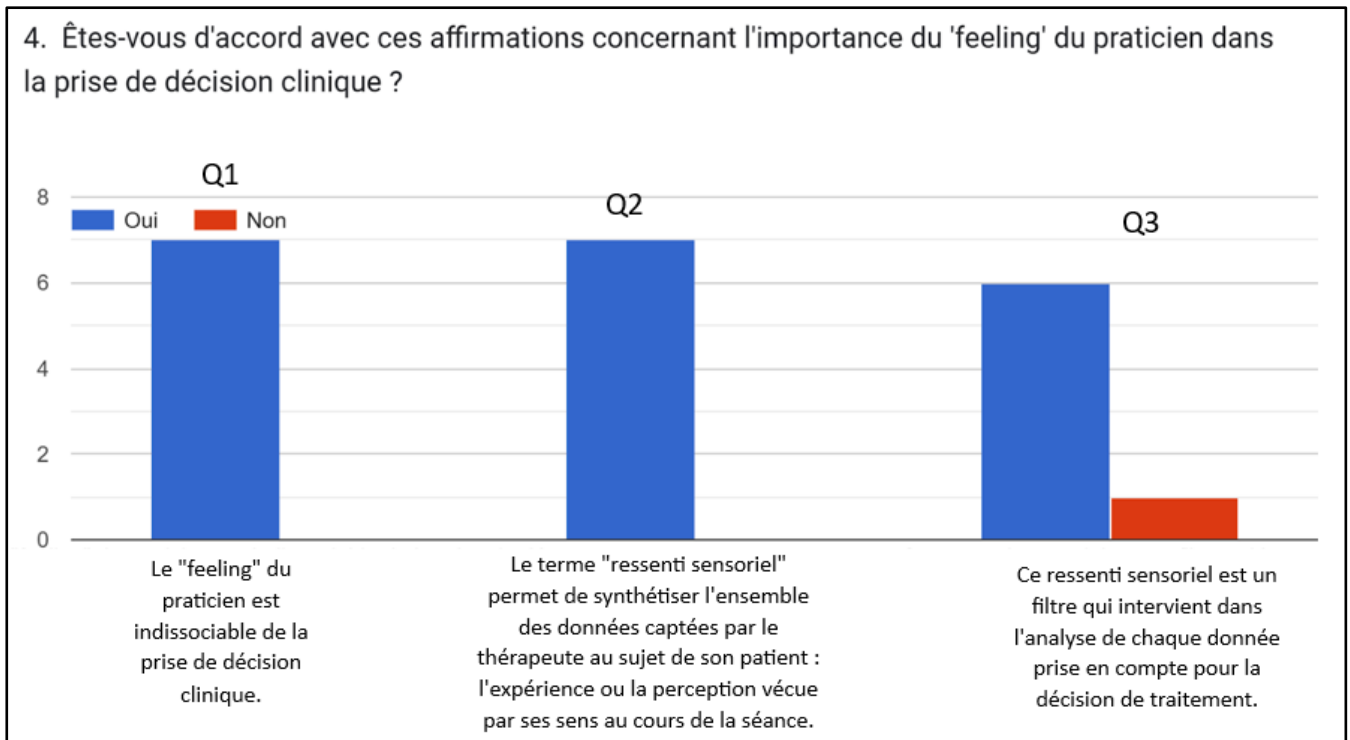


Figure 31 : Résultats de la quatrième question du deuxième questionnaire.

De la même manière, l'indicateur de consensus est de 1 pour la première et la deuxième question, et de 0,714 pour la troisième. Ces résultats permettent donc d'établir un consensus sur l'importance du "feeling" dans la prise de décision clinique :

1. Le "feeling" du praticien est indissociable de la prise de décision clinique.
2. Le terme "ressenti sensoriel" permet de synthétiser l'ensemble des données captées par le thérapeute au sujet de son patient : l'expérience ou la perception vécue par ses sens au cours de la séance.
3. Ce ressenti sensoriel est un filtre qui intervient dans l'analyse de chaque donnée prise en compte pour la décision de traitement.

1.1.5 Cinquième question

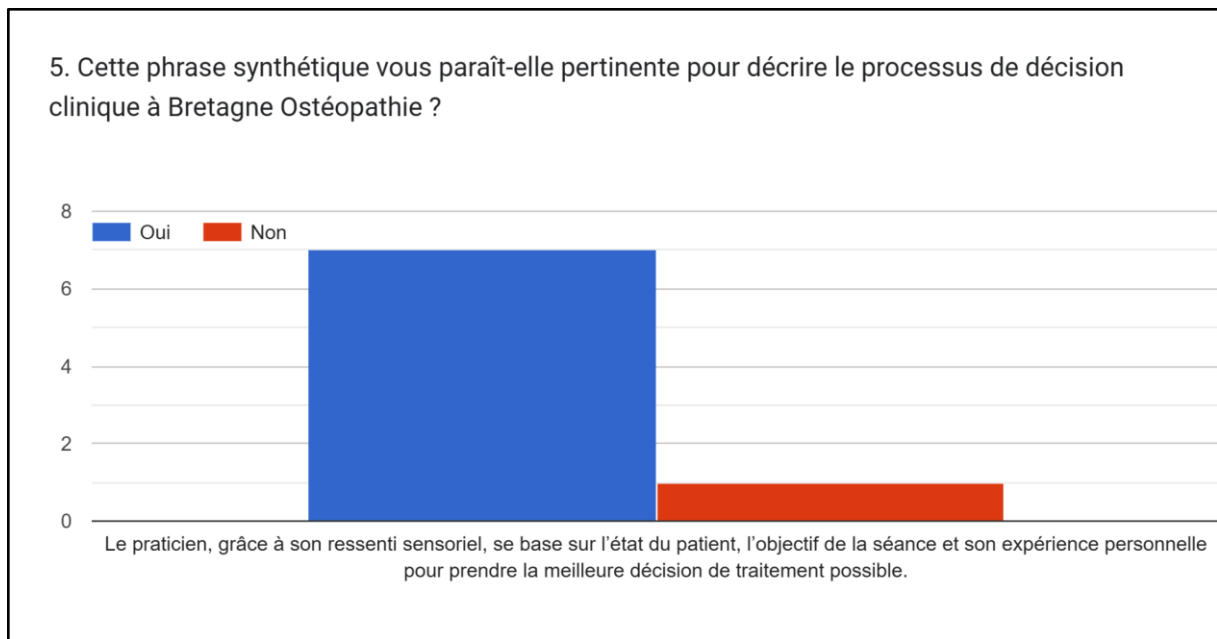


Figure 32 : Résultats de la cinquième question du deuxième questionnaire.

La question numéro cinq visait à synthétiser les données extraites des questionnaires et à en vérifier la bonne compréhension. Il en ressort 6 réponses "oui" et 1 réponse "non". Toutefois, ce dernier "non" doit être interprété comme un "oui", selon la justification fournie dans la question suivante : l'expert se déclare "complètement d'accord".

Dans tous les cas, l'indice de consensus est de 0,714 (et de 1 si l'on considère la justification décrite dans la question suivante). On peut donc assumer que la phrase de synthèse fait consensus :

“Le praticien, grâce à son ressenti sensoriel, se base sur l'état du patient, l'objectif de la séance et son expérience personnelle pour prendre la meilleure décision de traitement possible.”

1.1.6 Sixième question

6. Si non, que modifierez-vous ? 2 réponses Complètement d'accord si dans " l'état du patient " on inclus non seulement son état métabolique, HdV, pro ou non inflammatoire etc, et si on inclus aussi la connaissance de la structure probablement en souffrance dans la plainte (SRS, SQS) alors oui la phrase de synthèse est ok LA PRECISION DE LA PREMIERE QUESTION : DE QUEL OBJECTIF PARLE T ON
--

Figure 33 : Résultats de la sixième question du deuxième questionnaire.

Cette dernière question ouverte permettait aux experts de s'exprimer afin d'identifier d'éventuelles incompréhensions ou désaccords, susceptibles de conduire à un troisième questionnaire.

2.2 Interprétation du deuxième questionnaire

Sur ce second questionnaire, le Kappa de Fleiss est calculé à 0,802 en prenant en compte l'ensemble des questions. Il est donc supérieur à la valeur consensuelle de 0,80. Un troisième questionnaire n'est donc pas nécessaire car les conditions d'arrêt des rondes Delphi sont remplies : obtenir un taux de consensus de plus de 80% (106). Les résultats montrent donc un accord substantiel sur les principes fondamentaux de la prise de décision clinique en ostéopathie à Bretagne Ostéopathie, avec une priorisation de l'état du patient, de l'expérience du thérapeute et de l'importance du ressenti sensoriel. Les experts s'accordent presque unanimement sur le fait que la prise en compte de l'état du patient, qu'il soit physique ou émotionnel, est indispensable pour déterminer le traitement approprié. Ce consensus montre bien que la dimension humaine du soin est au cœur de la démarche thérapeutique, et que l'ostéopathie contemporaine à Bretagne Ostéopathie ne peut se dissocier d'une compréhension holistique du patient. De même, l'importance de l'expérience du thérapeute dans la prise de décision clinique est également largement reconnue. Les experts considèrent que l'expérience ne se limite pas à une simple accumulation de connaissances théoriques, mais inclut également l'intuition, les compétences acquises au fil des années, et les perceptions vécues lors de chaque séance. Cela met en évidence une dimension plus subjective mais essentielle dans le jugement clinique des ostéopathes. Ils mettent en revanche en garde contre les dérives de ce jugement subjectif, qui peut également constituer un facteur trompeur dans la prise de décision clinique.

En parallèle, le ressenti sensoriel, ou le "feeling" du thérapeute, est identifié comme un facteur indissociable du processus de décision. Ce concept va au-delà des données objectives : il englobe toutes les perceptions et sensations vécues par le thérapeute durant l'examen et le traitement du patient. Cela suggère que la relation thérapeutique est perçue comme dynamique et interactive, où l'expérience sensorielle du thérapeute joue un rôle clé dans le diagnostic et l'approche thérapeutique.

Il est également intéressant de noter que, bien que des divergences aient été observées sur certaines questions (notamment celles concernant la priorisation de l'objectif du patient versus celui du thérapeute), l'unanimité sur des points comme la centralité du patient dans le processus de décision clinique est un point crucial. Cette distinction pourrait être davantage explorée dans de futures recherches pour mieux comprendre comment les objectifs thérapeutiques et les attentes du patient se rencontrent ou se heurtent dans la pratique clinique. De même, un futur colloque entre experts autour de la notion de l'objectif de séance pourrait conduire à un consensus ultérieur sur la priorisation des objectifs du thérapeute ou de ceux du patient.

Ces conclusions renforcent l'importance d'une ostéopathie intégrative, qui repose à la fois sur des critères objectifs et sur l'interaction humaine, l'expérience et la subjectivité du thérapeute. De ce fait, ces résultats offrent une base solide pour l'élaboration d'un modèle de décision clinique spécifique à Bretagne Ostéopathie. L'objectif de cette création est d'aider l'ostéopathie contemporaine à intégrer un monde scientifique devenu incontournable dans la société actuelle. Il pourra également orienter les futures stratégies de formation et de pratiques cliniques au sein de l'école, et permettra de mieux comprendre les dynamiques qui façonnent la décision thérapeutique en ostéopathie.

DISCUSSION

PARTIE I

PROPOSITION DU MODÈLE DE DÉCISION CLINIQUE OSTÉOPATHIQUE

En accord avec les données issues des questionnaires de la méthode Delphi et des informations tirées de l'analyse des autres modèles dérivés de l'EBM (Section Introduction, Partie II, 2.3 Les différents types de modèle prise de décision en France), ce mémoire propose un **Modèle de Décision Clinique Ostéopathique (MDCO)**.

Ce modèle s'inscrit dans une démarche d'intégration de l'ostéopathie au monde scientifique, tout en se distinguant du modèle EBM, comme cela a été le cas pour d'autres professions de santé. En effet, chaque profession possède ses spécificités ; celle de l'ostéopathie de BO a été mise en évidence par l'interrogation des sept experts, afin de faire ressortir les mots clés essentiels à la prise de décision clinique.

Le modèle de décision clinique ostéopathique qui va être proposée repose sur les quatre éléments clés identifiés dans cette étude : **l'objectif de séance, l'état du patient, l'expérience du thérapeute**, et le **ressenti sensoriel**. Ces éléments seront intégrés dans les différentes étapes du modèle, tout en suivant les principes fondamentaux de l'EBP. Ce modèle permettra à l'ostéopathie contemporaine de s'ancrer dans un cadre scientifique tout en tenant compte de la dimension humaine et subjective de la prise en charge.

1.1 Les quatre piliers du MDCO

1.1.1 L'état du patient

L'état du patient est un facteur incontournable dans la décision clinique à BO. Il inclut non seulement l'aspect physique (les symptômes, l'anamnèse, les tests physiques, etc.), mais aussi les dimensions émotionnelles et psychologiques perçues par le thérapeute. Ce facteur

intègre à la fois les données objectives et subjectives concernant le patient (symptômes physiques, historique médical, niveau de douleur, état émotionnel du patient (anxiété, stress, etc.), attentes et préférences du patient).

1.1.2 L'expérience du thérapeute

L'expérience du thérapeute englobe à la fois les connaissances théoriques, les compétences pratiques et l'intuition développée au fil des années de pratique. Cette expérience ne se limite pas à des savoirs académiques, mais inclut également le savoir-faire et le savoir-être acquis au contact des patients. Le thérapeute peut ainsi adapter ses choix thérapeutiques en fonction de son vécu, de ses observations cliniques et des situations rencontrées au cours de sa pratique. Ce pilier met en évidence l'importance de l'expérience dans l'intégration de connaissances et la décision clinique, au travers de la formation et spécialisation, l'expertise spécifique en ostéopathie, les antécédents cliniques du thérapeute, la réflexion clinique et jugement professionnel ou encore les connaissances des dernières recherches et avancées en ostéopathie.

1.1.3 L'objectif de séance

Le troisième pilier, introduit par les résultats de l'étude, est l'objectif de la séance. Cet objectif, qui doit être clairement défini, fait partie intégrante de la décision clinique. Il peut varier en fonction des priorités spécifiques du patient et du thérapeute. Les experts interrogés ont souligné l'importance de déterminer un objectif clair, principalement axé sur le soulagement de la plainte du patient, tout en tenant compte des attentes et des besoins individuels.

1.1.4 Le ressenti sensoriel du thérapeute

Le ressenti sensoriel, ou le "feeling", fait référence à l'ensemble des perceptions sensorielles et émotionnelles du thérapeute durant la séance. On peut par exemple trouver la perception visuelle (observation des gestes, des postures), la perception tactile (toucher, pression, mouvements, les lésions tissulaires réversibles), le ressenti émotionnel du thérapeute vis-à-vis du patient ou encore l'intuition basée sur des expériences passées.

Ce facteur est essentiel pour interpréter les données physiques et émotionnelles du patient. Bien que difficilement mesurable de manière objective, le ressenti du thérapeute joue un rôle essentiel dans toutes les phases de la prise de décision, allant jusqu'à orienter le choix du traitement.

1.2 Modélisation du MDCO

1.2.1 Proposition de conception

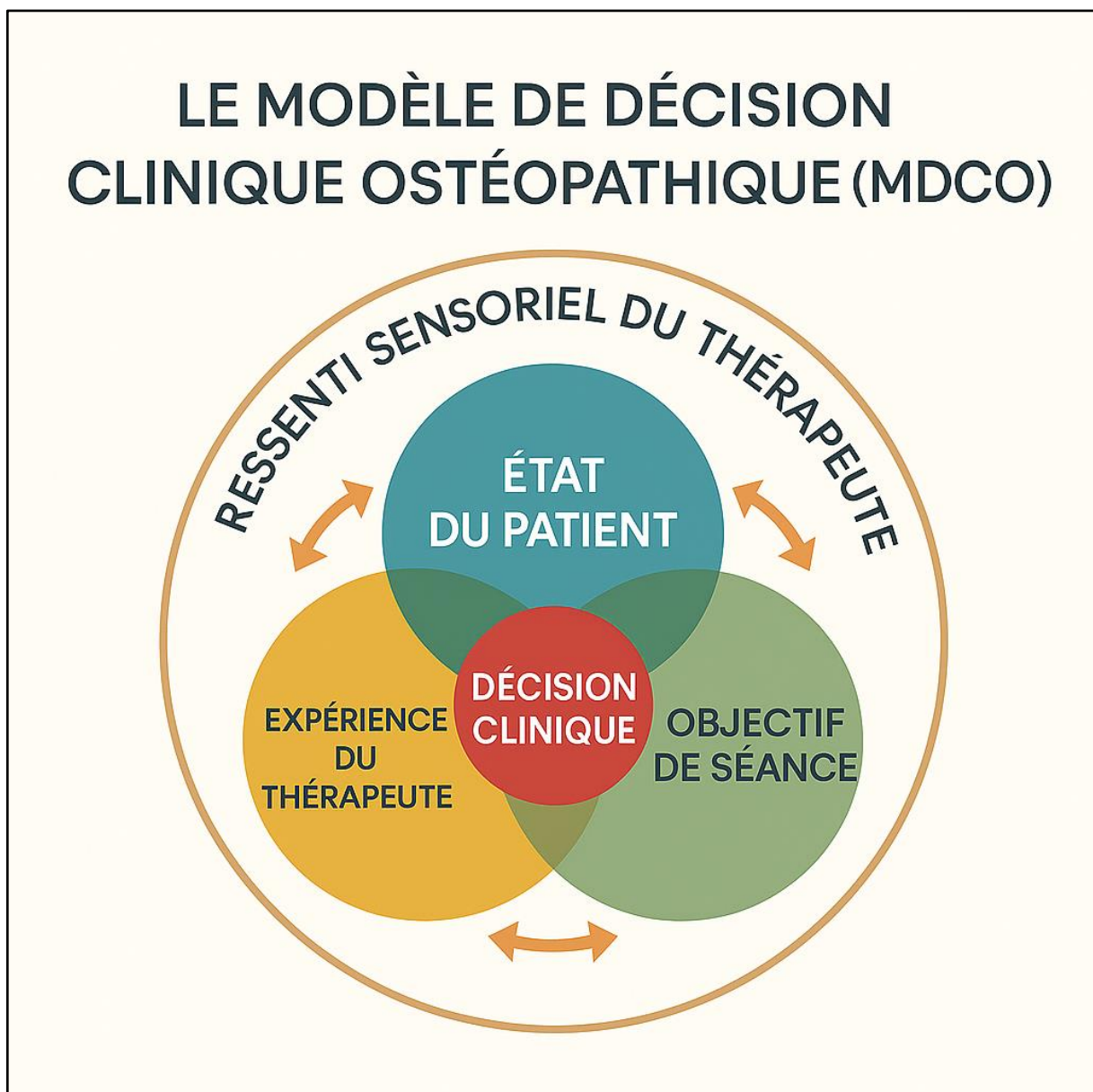


Figure 34 : Proposition de modèle de prise de décision clinique en ostéopathie.

Le Modèle de Décision Clinique Ostéopathique (MDCO) constitue une approche intégrative et dynamique de la prise de décision thérapeutique en ostéopathie. Il repose sur l'interaction de quatre piliers fondamentaux : l'état du patient, l'expérience du praticien, le ressenti sensoriel du praticien et l'objectif de séance.

Dans cette modélisation, le ressenti sensoriel du thérapeute occupe une place plus importante : il n'est pas simplement un pilier parmi d'autres, mais une dimension transversale et englobante, qui informe et influence chacun des autres aspects du processus décisionnel. Il constitue le lien perceptif direct entre le thérapeute et le patient, et permet une adaptation fine, immédiate et contextualisée de l'intervention. Ce postulat découle de l'analyse des réponses aux questionnaires, qui mettent en évidence l'importance centrale du ressenti dans l'évaluation de l'état du patient, la définition de l'objectif de séance et l'expérience du thérapeute, souvent guidée par son intuition. Ce ressenti agit comme un filtre influençant chaque aspect de la décision clinique, ce qui a été confirmé par la cinquième question de synthèse du deuxième questionnaire (section Méthodologie - Partie II - 1.1.5 Cinquième question). Dans la modélisation, il a donc été décidé d'unifier les trois dimensions — état du patient, objectif de séance et expérience du thérapeute — sous la notion globale de ressenti sensoriel.

La décision clinique émerge ainsi de la synthèse entre trois notions, modulés par le prisme du ressenti sensorielle du thérapeute :

- une évaluation rigoureuse de l'état du patient (données subjectives, objectifs, cliniques et ostéopathiques),
 - une définition claire de l'objectif de séance, co-construit avec le patient ou dirigé par le thérapeute,
 - et l'expérience clinique du praticien, mobilisée de manière réflexive et critique.
- L'expérience étant un terme qui regroupe les connaissances, les compétences, et le vécu du thérapeute.

Les trois cercles du MDCO se recoupent pour former la décision clinique, mais ils entretiennent aussi des interactions dynamiques entre eux, représentées par les flèches orange entre les cercles du modèle. Ainsi, l'objectif de séance se construit à partir des informations transmises par le patient et de l'évaluation de son état, elles-mêmes interprétées à travers le ressenti sensoriel du thérapeute. De même, la perception de l'état du patient est influencée par l'expérience du praticien, qui mobilise ses compétences cliniques et sensorielles pour en saisir les dimensions pertinentes. Enfin, le lien entre l'objectif de séance et l'expérience du thérapeute repose sur les connaissances accumulées par ce

dernier, qui lui permettent, en fonction de son ressenti — qu'il soit palpatoire, émotionnel ou intuitif —, de définir la démarche la plus appropriée à la situation. Ces interactions constantes visent à offrir une prise en charge individualisée et ajustée aux besoins du patient.

Synthétiquement, le processus décisionnel de Bretagne Ostéopathie, modulé en permanence par le ressenti sensoriel du thérapeute, permet une prise en charge individualisée, cohérente et évolutive, conforme à la spécificité de la démarche ostéopathique. Le modèle reste un outil flexible qui doit intégrer la dimension scientifique tout en respectant les spécificités et l'individualité de la pratique ostéopathique. Il permet également d'assurer une prise de décision équilibrée, tenant compte des facteurs cliniques, personnels et objectifs liés à chaque consultation.

1.2.2 Utilisation du modèle

Le protocole des rondes Delphi a donc permis de construire le MDCO en se basant sur les avis des experts, il reste maintenant à l'utiliser suivant les principes de l'EBM (Introduction PARTIE II : LE MODÈLE EBP). L'EBM n'est en effet pas seulement un outil d'aide à la décision clinique ; elle constitue également une ligne directrice des bonnes pratiques médicales fondées sur des données scientifiques. Tout comme son modèle père, le MDCO a également pour objectif d'être utilisé comme un cadre structurant à plusieurs niveaux, à la fois dans la pratique clinique, la formation, la recherche en ostéopathie ou encore comme atout communicationnel.

a) En pratique clinique :

Le MDCO offre un cadre conceptuel facilitant une prise de décision thérapeutique cohérente, individualisée et contextualisée. Il permet au praticien de structurer son raisonnement autour des quatre dimensions clés du modèle. Le MDCO va également pouvoir servir de grille d'analyse pour guider le thérapeute dans ses choix, en favorisant une démarche consciente et réfléchie, à l'instar des cinq étapes de l'application de l'EBM (formulation d'une question clinique claire et ciblée, recherche des meilleures preuves disponibles, évaluation critique des preuves, intégration des preuves avec l'expertise clinique et les préférences du patient, évaluation de l'efficacité de la décision et amélioration continue).

Ainsi le MDCO va pouvoir s'utiliser de la même manière, avec le prisme de l'auto analyse de pratique, au regard des connaissances scientifiques du moment :

- Avant la séance :
 - Évaluer l'état du patient à partir de l'anamnèse, des tests, et du ressenti.
 - Clarifier l'objectif de séance avec le patient (soulagement, prévention, etc.).
- Pendant la séance :
 - Intégrer l'expérience clinique pour sélectionner les approches pertinentes.
 - Rester à l'écoute du ressenti sensoriel : ajuster les techniques en fonction du patient, de nos sensations.
- Après la séance :
 - Évaluer la cohérence entre les effets obtenus et les éléments du modèle.
 - Orienter la suite du suivi : poursuite, adaptation, arrêt ou réorientation.

b) En formation initiale et continue :

Dans un cadre pédagogique, le MDCO peut être utilisé comme outil d'apprentissage du raisonnement clinique. Il permet aux étudiants en ostéopathie de structurer leur démarche autour de repères clairs, tout en favorisant une posture réflexive. Ce modèle incite notamment à :

- Analyser les choix thérapeutiques en lien avec les données recueillies.
- Prendre conscience de l'importance du ressenti sensoriel dans l'évaluation et le suivi, et s'interroger sur sa pertinence.
- Développer une capacité de mise en perspective de l'expérience clinique, même naissante.

Par ailleurs, il peut servir de base à des exercices de supervision clinique, d'échanges entre pairs ou de construction de cas cliniques, comme on peut le faire à Bretagne Ostéopathie sur d'autres notions (structure responsable du symptôme, lésion tissulaire réversible etc.).

c) En recherche :

Sur le plan scientifique, le MDCO peut être envisagé comme une structure théorique susceptible d'orienter des travaux de recherche sur la prise de décision en ostéopathie. Il permet notamment de :

- Questionner le rôle des déterminants sensoriels et expérientiels dans le choix des techniques.

- Analyser la relation entre ressenti subjectif et résultats cliniques.
- Comparer les différentes approches cliniques avec d'autres écoles d'ostéopathie (structurelle, fonctionnelle, biodynamique, etc.).

Il pourrait également servir de base à l'élaboration d'outils d'évaluation de la qualité de la décision clinique, ou encore à la formalisation de critères pour la recherche qualitative en ostéopathie. Il s'inscrit donc complètement dans "l'EBPisation" de la pratique ostéopathique.

d) Dans la communication thérapeutique :

Enfin, ce modèle peut aussi trouver un intérêt dans la relation praticien-patient, en permettant une meilleure explicitation du processus décisionnel. En partageant certains éléments du raisonnement (notamment l'objectif de séance ou les critères guidant les choix thérapeutiques), le praticien favorise une relation de soin fondée sur la transparence, la co-construction et la confiance. Ce modèle peut permettre à Bretagne Ostéopathie de sortir du lot et d'avoir une justification concrète de son processus de décision clinique, en acceptant sa part de subjectivité. Cette part est dans tous les cas présente dans tous les processus de décision scientifique, comme discuté dans la section Introduction (2.1.3 Le paradigme de l'EBP).

PARTIE II

ANALYSE CRITIQUE

Le MDCO constitue une première version d'un outil destiné à soutenir la prise de décision clinique. Bien qu'il présente certainement un intérêt pour la profession et les praticiens, il ne s'agit pour l'instant que d'un modèle préliminaire. À ce jour, une recherche dans la littérature n'a pas permis d'identifier d'autre exemple similaire. Cela peut s'expliquer par le fait que l'ostéopathie contemporaine, dans sa démarche d'intégration au monde médical via une approche fondée sur les preuves scientifiques, reste relativement jeune au regard de son histoire ; l'évolution des pratiques est en effet conditionnée à l'évolution des thérapeutes et à leur formation.

Il a donc été nécessaire de concevoir le protocole de recherche à partir de zéro, y compris la création des questionnaires. Ce manque de précédents et l'obligation de développer les outils de mesure de manière autonome induisent inévitablement des biais potentiels, qui méritent d'être analysés.

2.1 Premier questionnaire

Une des questions soulevées concernant la méthodologie porte sur la conception du premier questionnaire. Le choix a été fait d'anticiper les mots-clés potentiels liés à la prise de décision clinique et à l'objectif de séance, en s'appuyant sur les connaissances issues du modèle fondamental de Bretagne Ostéopathie ainsi que sur celles relatives à la prise de décision clinique, qu'elles soient personnelles ou tirées de la section « Introduction - Partie II : Les modèles de décision clinique ». Afin de s'assurer qu'aucun élément essentiel n'avait été omis, des questions ouvertes ont été ajoutées à la suite de cette liste de mots-clés (questions six et neuf du premier questionnaire).

Ce parti pris visait un gain de temps. Toutefois, d'un point de vue méthodologique, il aurait sans doute été plus rigoureux de procéder à un premier tour exploratoire auprès des experts pour recueillir directement les mots-clés jugés importants, plutôt que de les présupposer puis de les faire valider a posteriori.

2.2 Question de synthèse

La validité méthodologique de la question cinq du deuxième questionnaire — « Cette phrase synthétique vous paraît-elle pertinente pour décrire le processus de décision clinique à Bretagne Ostéopathie ? » — peut également faire l'objet d'une discussion. Cette question visait à évaluer la pertinence des liens établis entre les différents mots-clés jugés importants dans le premier questionnaire (le patient, le thérapeute et son expérience, l'objectif de séance, et le « feeling »). Sur la base des résultats obtenus lors du premier questionnaire, une phrase synthétique a été formulée :

« Le praticien, grâce à son ressenti sensoriel, se base sur l'état du patient, l'objectif de la séance et son expérience personnelle pour prendre la meilleure décision de traitement possible. »

Cette formulation a été unanimement validée par les répondants du deuxième questionnaire. Toutefois, avec le recul, une approche méthodologiquement plus rigoureuse aurait été de proposer plusieurs formulations alternatives, représentant différentes hypothèses de liens entre les notions, afin de permettre aux experts de sélectionner celle qu'ils jugeaient la plus pertinente.

Par exemple, au lieu de proposer uniquement une phrase synthétique avec le ressenti sensorielle qui englobe tout, il y aurait pu avoir également :

Hiérarchie centrée sur le patient :

“Le praticien construit sa décision thérapeutique à partir de l'état du patient, qu'il analyse à travers son ressenti sensoriel, tout en tenant compte de son expérience et de l'objectif fixé pour la séance.”

Hiérarchie centrée sur l'expérience :

“Fort de son expérience, le praticien utilise son ressenti sensoriel pour ajuster l'objectif de séance en fonction de l'état du patient, et prendre ainsi la décision la plus adaptée.”

Hiérarchie centrée sur l'objectif de séance :

“C'est l'objectif de séance, défini en lien avec l'état du patient, qui guide le praticien dans sa prise de décision, en mobilisant à la fois son ressenti sensoriel et son expérience personnelle.”

Centration sur la relation thérapeute-patient :

“C’est dans la relation entre le thérapeute et le patient, nourrie par l’expérience et le ressenti du praticien, que se dessine l’objectif de séance et que se construit la décision clinique.”

De la même manière, le choix de ne proposer qu’une seule formulation plaçant le ressenti sensoriel en position dominante aurait peut-être gagné en pertinence s’il avait été davantage mis en valeur. Cela aurait permis de s’assurer que les experts validaient clairement l’idée que le ressenti sensoriel englobe et structure l’ensemble des autres notions : *“Le ressenti sensoriel du praticien agit comme un filtre global, lui permettant d’évaluer l’état du patient, de contextualiser l’objectif de séance, et de mobiliser son expérience pour prendre une décision thérapeutique.”*

2.3 Ressenti au cœur de tout ?

Dans la section « Résultats – Partie II : deuxième questionnaire », l’analyse des données issues du premier questionnaire mettait en évidence la prédominance du ressenti sensoriel du thérapeute dans chacun des éléments constitutifs de la prise de décision clinique. Selon les questionnaires, ce ressenti intervient tout d’abord dans l’évaluation du patient : son état physique et émotionnel, ses attentes, son comportement. Il permet ensuite de définir l’objectif de séance, qui peut varier selon la perception intuitive que le praticien a du patient, en lien avec son expérience. Enfin, ce ressenti sensoriel est profondément influencé par l’expérience du thérapeute, mobilisant son intuition, ses compétences palpatoires, et l’ensemble des informations sensibles accumulées au fil des séances antérieures. Le terme « ressenti sensoriel » regroupe ainsi des notions telles que l’intuition, le « feeling », ou encore les informations perçues par les cinq sens, intégrées de manière souvent inconsciente par le praticien, afin de l’aider à prendre la décision la plus adaptée pour le patient.

Au regard de ces résultats et des retours recueillis, le ressenti sensoriel a donc été positionné au sommet du MDCO, en tant que notion englobante. Toutefois, cette prédominance soulève une limite importante : le modèle de décision clinique ostéopathique ainsi représenté repose sur un élément fondamentalement subjectif — que les experts eux-mêmes identifient comme une source d’erreur dans le processus décisionnel, et qu’ils essayent d’éviter (Résultat - Partie I - 1.1.12 Douzième question).

Pour les experts de Bretagne Ostéopathie, l'élément central de la prise en charge ne réside ni dans le patient, ni dans le praticien, mais bien dans le ressenti, issu de l'ensemble des données collectées au fil des séances. Ces données peuvent provenir de l'anamnèse, de questions pragmatiques ou de tests médicaux standardisés, visant à identifier des facteurs d'exclusion ou des signes d'alerte (Red flags) — il s'agit donc d'informations factuelles et spécifiques auxquelles on ajoute un filtre sensoriel.

Cependant, dans un contexte où les pratiques de soin sont de plus en plus classées en fonction de leur fondement empirique ou de leur validité scientifique, la place centrale accordée au ressenti sensoriel dans la prise de décision clinique ostéopathique entre en contradiction avec les critères dominants de légitimation professionnelle. La subjectivité inhérente à cette notion, bien qu'essentielle dans l'expérience clinique des praticiens, demeure difficilement quantifiable et donc peu valorisée dans les modèles fondés sur les preuves. Cette divergence épistémologique souligne les défis auxquels l'ostéopathie est confrontée pour faire reconnaître la spécificité de ses approches dans un cadre médical institutionnalisé.

2.4 Les objectifs de séance

Si le protocole de recherche fondé sur la méthode Delphi a permis d'aboutir à un consensus sur les notions clés de la prise de décision clinique, il n'a toutefois pas permis de trancher de manière précise la question de l'objectif d'une séance en ostéopathie. Les résultats de la première question du deuxième questionnaire montrent en effet une absence d'accord entre les experts quant à la finalité d'une séance ostéopathique.

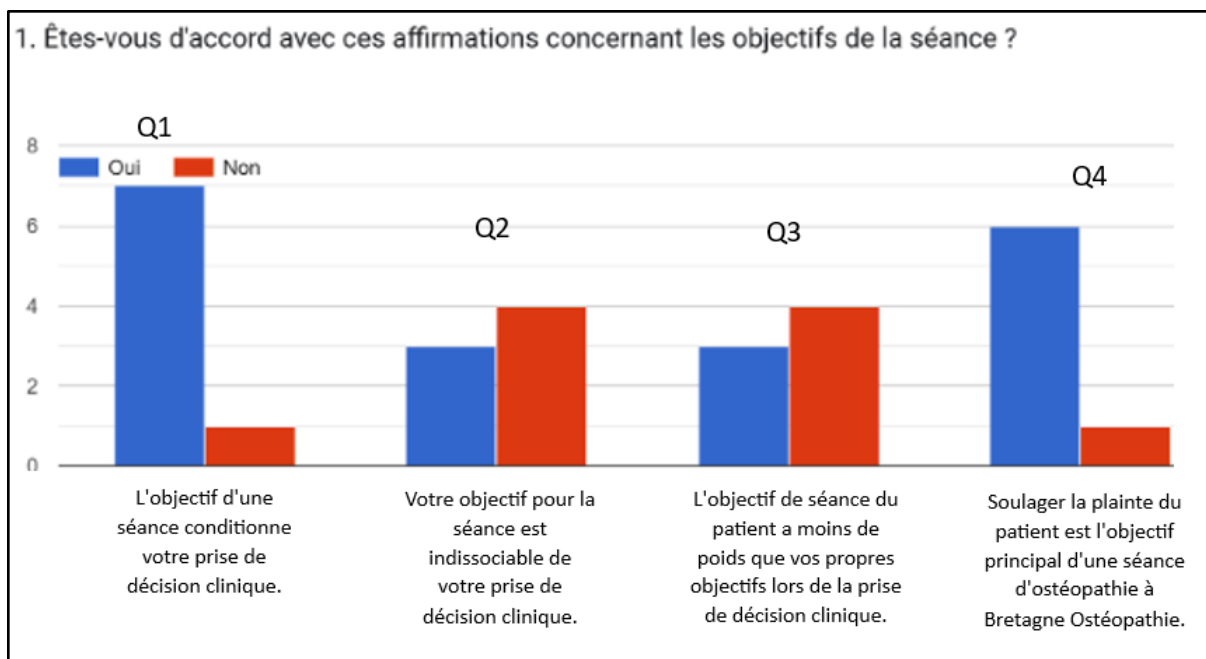


Figure 35 : Résultats de la première question du deuxième questionnaire.

La réalisation d'un troisième tour de questionnaire aurait pu permettre d'affiner la définition de l'objectif de séance. Toutefois, compte tenu des contraintes temporelles et du manque de garantie quant à l'émergence d'un consensus même avec une nouvelle ronde, il a été décidé de ne pas poursuivre le processus. Par ailleurs, les premières rondes Delphi (question 5 du premier questionnaire et question 1 du deuxième) avaient déjà mis en évidence que, quelle que soit sa nature, l'objectif de séance constitue un élément indispensable dans le processus de prise de décision clinique. En conséquence, la notion a été intégrée au sein du MDCO, sans en préciser explicitement le contenu.

À la lumière des données générales issues du questionnaire, il apparaît que l'objectif d'une séance en ostéopathie ne pourrait, a priori, pas être standardisé, mais qu'il doit au contraire rester adaptable en fonction du déroulement de la séance et du ressenti sensoriel du thérapeute. Cette perspective est en cohérence avec le MDCO, selon lequel le ressenti intervient également dans la détermination de l'objectif de séance : celui-ci peut être aligné avec les attentes du patient, ou bien guidé par l'intuition et l'expérience du praticien. L'objectif peut ainsi varier selon les situations : soulager un symptôme, initier un changement plus global chez le patient, l'éduquer, le conseiller, voire le réorienter. Ces choix ne sont pas figés à l'avance, mais émergent au cours de la séance, à partir des informations perçues chez le patient et interprétées par le thérapeute. Dans tous les cas, il serait pertinent d'engager un échange avec les experts interrogés afin d'éclaircir cette zone d'ombre de la prise de décision clinique.

2.5 Différence de point de vue en fonction de l'expérience

La première question du premier questionnaire — « Depuis combien de temps pratiquez-vous l'ostéopathie ? » — visait à permettre une relecture des résultats à la lumière de l'ancienneté et du niveau d'expérience des participants. Une hypothèse secondaire, implicite, sous-tendait cette question : celle d'une possible évolution des modes de prise de décision clinique en fonction du nombre d'années de pratique. Dans un contexte où l'ostéopathie est en perpétuelle transformation, il est légitime de supposer que les praticiens les plus expérimentés demeurent davantage ancrés dans une approche traditionnelle, fondée sur l'autorité du thérapeute et la transmission empirique du savoir, souvent éloignée des principes de l'Evidence-Based Practice. À l'inverse, les ostéopathes plus récemment formés seraient généralement plus sensibles aux démarches EBP, intégrant davantage les données probantes dans leur raisonnement clinique et cherchant à limiter l'influence de leurs biais personnels, notamment en ce qui concerne l'usage du ressenti dans la prise de décision.

Cependant, aucune donnée ne semble confirmer cette hypothèse. Si l'on considère les réponses à la question 8 du premier questionnaire — « Dans quelle mesure tenez-vous compte des éléments suivants lors de vos décisions cliniques ? » — et plus précisément l'item « Les données issues de la recherche scientifique », les résultats ne montrent pas de tendance nette en lien avec l'ancienneté :

- Moins de 5 ans d'expérience : un vote à 5/5 sur l'échelle de Likert.
- 5 à 10 ans d'expérience : un vote à 2/5.
- 10 à 20 ans d'expérience : un vote à 5/5, un à 4/5, et un à 3/5.
- Plus de 20 ans d'expérience : deux votes à 4/5.

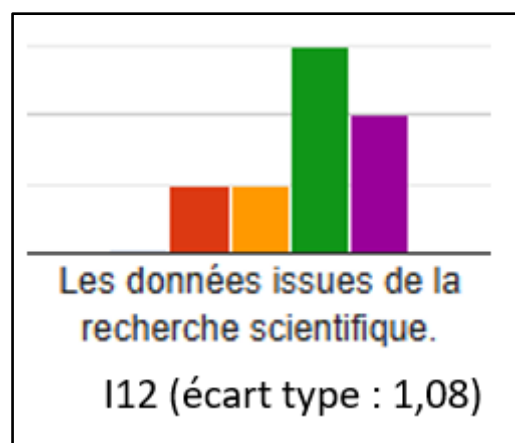


Figure 36 : Résultat de l'item 12 de la huitième question.

Ces réponses suggèrent une certaine hétérogénéité dans l'usage des données scientifiques, indépendamment de l'ancienneté, remettant en question l'idée d'un clivage générationnel marqué dans l'intégration des pratiques fondées sur les preuves. En l'absence d'un changement idéologique majeur des enseignants, rien ne permet pour l'instant de

présupposer que le modèle évoluerait significativement s'il était construit uniquement à partir de praticiens récemment formés.

2.6 Science et MDCO

L'intégration du Modèle de Décision Clinique Ostéopathique (MDCO) dans un paysage médical structuré par les principes de l'Evidence-Based Practice (EBP) soulève des enjeux pratiques majeurs ; il repose en effet sur des concepts différents de ce qui est décrit classiquement comme un "bon" savoir clinique. Et bien que le MDCO ait été élaboré selon une démarche rigoureuse — fondée sur la méthode Delphi, la participation d'experts et une analyse systématique des données recueillies — ses résultats révèlent une réalité singulière : la prise de décision clinique en ostéopathie repose avant tout sur le ressenti sensoriel du thérapeute, et non sur les données probantes issues de la littérature scientifique. Ces dernières sont d'ailleurs les grandes absentes du MDCO.

Ce constat met en lumière une tension profonde entre deux logiques de soin. Le modèle EBP repose sur l'articulation de trois piliers : les données scientifiques issues de la recherche, l'expertise clinique du praticien, et les préférences du patient. Dans cette structure, la science occupe une position centrale, garantissant la validité et la reproductibilité des décisions cliniques. À l'inverse, le MDCO confère une place prépondérante au ressenti sensoriel, entendu comme une forme de connaissance intuitive, perceptive et profondément incarnée par le thérapeute, nourrie par son expérience et son interaction directe avec le patient.

Cette différence de paradigme pose la question de la légitimité et de la reconnaissance de l'ostéopathie dans un système de santé où l'objectivité et la preuve empirique sont des critères centraux d'évaluation. Le ressenti, bien qu'il fasse partie intégrante de la réalité clinique et de nombreuses pratiques soignantes, est souvent perçu comme trop subjectif et non mesurable pour être pleinement intégré dans une médecine fondée sur les preuves. **Les résultats de ce mémoire de recherche pourraient participer à placer l'ostéopathie dans une position marginale, voire contestée, malgré les efforts pour structurer et formaliser ses pratiques.**

Cependant, le MDCO peut être interprété comme une tentative de conciliation entre une pratique intuitive et une démarche scientifique qui ne se réduit pas au seul paradigme de l'Evidence-Based Practice (EBP). Il pourrait ainsi incarner une voie originale pour une

ostéopathie assumant pleinement sa spécificité, sans chercher à se conformer artificiellement aux critères de la médecine fondée sur les preuves, tels qu'ils sont traditionnellement définis ; le MDCO n'essaye donc pas d'entrer de force dans le moule de l'EBP.

En effet, le recours au ressenti comme fondement du raisonnement clinique rend difficile l'utilisation exclusive de données scientifiques quantitatives. Pour autant, cela ne signifie pas que l'ostéopathie est dépourvue de scientificité. Le modèle EBP, bien qu'actuellement dominant, ne constitue qu'une forme historiquement située de l'état de l'art médical, et reste, comme tout paradigme scientifique, sujet à évolution.

Ne pas correspondre strictement aux critères de l'EBP ne revient donc pas à exclure l'ostéopathie du champ scientifique. Il existe d'autres voies de production de connaissances et de validation empirique, fondées sur des méthodologies adaptées aux spécificités des pratiques cliniques : méthode Delphi, indicateurs centrés sur le patient (PROMs), études comparatives qualitatives ou mixtes, etc.

L'enjeu n'est donc pas de transformer l'ostéopathie en une discipline "EBP-compatible" à tout prix, mais plutôt de l'inscrire dans une dynamique scientifique respectueuse de sa nature propre. Le MDCO — tout comme ce travail de recherche — s'inscrit dans cette perspective : accepter de ne pas être une profession EBP, tout en œuvrant à faire de l'ostéopathie une profession scientifique à part entière.

Ce modèle offre ainsi une grille de lecture scientifique claire, structurée et cohérente du processus décisionnel ostéopathique, tout en mettant en lumière les limites du modèle EBP à appréhender certaines dimensions thérapeutiques, comme la relation au patient, l'adaptation en temps réel, ou encore l'écoute fine des signaux corporels.

Enfin, en encourageant une approche scientifique adaptée à la pratique ostéopathique, c'est aussi la sensibilité des praticiens à cette démarche qui pourra croître progressivement. Car, en définitive, ce ne sont pas les modèles eux-mêmes qui façonnent la qualité d'une profession, mais ce que les professionnels en font au quotidien.

CONCLUSION

Ce mémoire s'est attaché à explorer les tensions qui traversent aujourd'hui l'ostéopathie dans sa volonté de s'inscrire dans le champ des sciences médicales rationnelles. Le choix d'étudier un modèle de décision clinique, représentatif de l'Evidence-Based Medicine, a permis de mieux comprendre les enjeux sous-jacents de ce que l'on considère souvent comme le sommet de la scientificité en médecine. Ce travail a ainsi permis, d'une part, de mieux comprendre les mécanismes normatifs à l'œuvre dans ce modèle dominant, et d'autre part, de participer à faire progresser l'ostéopathie vers une approche plus alignée avec les exigences du discours scientifique, sans pour autant revendiquer une intégration totale aux concepts de l'EBM.

Loin d'être un simple outil d'aide à la décision, l'EBM est devenue un paradigme global. Elle structure non seulement la production de savoirs, mais aussi les politiques de santé, les normes professionnelles et les représentations collectives de la médecine. Cette domination a entraîné une forme de standardisation du soin, souvent éloignée de la complexité réelle des pratiques de terrain. **En 2025, trente ans après l'institutionnalisation de l'EBM, son empreinte est telle qu'elle dépasse largement le cadre du soin pour devenir une idéologie sanitaire globalisée.** Mais ce déploiement massif entraîne paradoxalement une forme de dilution du concept : pour nombre de praticiens, l'EBM semble perdre de sa pertinence concrète, trop éloignée de la réalité clinique quotidienne et des besoins individuels des patients. Dans ce contexte, l'ostéopathie contemporaine est tiraillée entre deux aspirations : d'une part, démontrer sa légitimité scientifique pour sortir de l'ombre des "médecines alternatives", parfois au prix d'un renoncement à sa singularité ; d'autre part, préserver ce qui fait sa richesse – une approche du soin centrée sur le ressenti, la relation thérapeutique et la perception fine de la subjectivité du patient.

Alors, deux trajectoires semblent aujourd'hui se dessiner pour l'évolution de l'ostéopathie contemporaine. La première consiste à poursuivre son intégration dans le champ des sciences médicales rationnelles, en s'appuyant sur les cadres établis par l'Evidence-Based Medicine. Cette voie pourrait permettre à l'ostéopathie de gagner en légitimité scientifique, en adoptant des outils et des méthodologies reconnus par la médecine conventionnelle. Elle devra, pour cela, continuer de produire des preuves de sa validité, en s'appuyant notamment

sur des essais cliniques randomisés (ECR) de grande qualité, considérés comme le “gold standard” dans le cadre d’une pratique fondée sur les preuves. À l’inverse, une seconde orientation viserait à préserver la singularité de l’ostéopathie en développant ses propres formes de rationalité et de validation, peut-être moins standardisées, mais mieux adaptées à la complexité du soin individualisé. Cette option invite à repenser ce que signifie “être scientifique”, en s’éloignant des cadres dominants de l’EBM pour proposer une approche plus contextualisée et centrée sur l’expérience clinique. Dans cette perspective, les essais cliniques randomisés ne seraient plus indispensables pour légitimer la pratique ostéopathique ; d’autres types de recherches pourraient être mobilisés, notamment des études qualitatives telles que les *Patient-Reported Outcome Measures* (PROMS), les études de cas, ou encore la méthode Delphi, permettant de rendre compte de la richesse et de la complexité du vécu thérapeutique.

Ce travail a mis en lumière ces tensions, mais aussi la richesse des débats qu’elles suscitent. Il apparaît qu’il n’existe pas une seule voie possible pour légitimer une pratique thérapeutique : il existe des manières plurielles de produire des preuves, de construire des savoirs, et de penser le soin.

Deux trajectoires se dessinent aujourd’hui pour l’avenir de l’ostéopathie contemporaine : s’inscrire pleinement dans le modèle de l’Evidence-Based Medicine, ou développer une pratique scientifique autonome, en dehors du cadre strict de l’EBM.

Les choix présentés dans le paragraphe précédent le montrent clairement : l’ostéopathie contemporaine est engagée dans un mouvement vers davantage de scientificité. Que cette orientation soit dictée par des pressions culturelles, institutionnelles, éthiques, ou simplement par une dynamique évolutive propre à toute discipline souhaitant s’adapter à son époque, le changement est en marche. Chaque publication, chaque démarche de validation scientifique, chaque tentative d’intégration dans les cadres de la recherche biomédicale contribue à redessiner les contours de la profession. Ce faisant, l’ostéopathie contemporaine s’éloigne progressivement de l’ostéopathie traditionnelle, fondée sur des principes humanistes, holistiques, et une vision du soin centrée sur des concepts philosophiques autour du bien-être de la personne.

Ce glissement pose une question fondamentale : s'agit-il encore de la même profession, ou bien assiste-t-on à l'émergence de deux ostéopathies distinctes, partageant une appellation commune mais incarnant des logiques, des pratiques et des finalités divergentes ? L'une, ancrée dans une conception relationnelle du soin ; l'autre, en quête de reconnaissance scientifique, tend à adopter les outils, les preuves et le langage de la médecine conventionnelle. Cette tension identitaire, loin d'être purement théorique, soulève des questions profondes sur la cohérence et l'unité de la profession. Elle pourrait nécessiter, à terme, une clarification des orientations à venir, notamment à travers une différenciation nominative entre ces deux types de pratique, qui répondent à des logiques désormais distinctes. À l'inverse, une autre voie consisterait à assumer pleinement la pluralité au sein même de la discipline. Mais cette cohabitation, si elle n'est pas clairement définie, pourrait générer une confusion durable — tant pour les patients que pour les institutions juridiques, scientifiques ou encore les praticiens eux-mêmes.

Par ailleurs, ce mouvement vers une scientificité accrue comporte des risques s'il est mal accompagné. Adopter une démarche scientifique demande un accompagnement adapté, fondé sur des compétences en recherche et une bonne compréhension des logiques propres au monde scientifique et médical. Cela suppose également un cadre pédagogique en évolution, capable de répondre à ces nouvelles exigences. Or, la transmission de ces savoirs suppose également une évolution des pratiques pédagogiques : une part importante du corps enseignant est issue d'une époque où les courants traditionnels et contemporains de l'ostéopathie coexistaient de manière plus homogène. Cette continuité générationnelle, bien que porteuse d'une riche expérience clinique, peut rendre plus complexe l'intégration rapide et systématique des standards scientifiques actuels dans les cursus de formation. Cependant, les résultats des questionnaires utilisés dans la méthodologie de ce mémoire n'ont pas révélé de différences significatives dans les réponses en fonction de l'âge des experts. Quelle que soit leur génération, l'ensemble des participants s'est montré globalement enthousiaste à l'idée de concevoir un modèle de décision clinique inspiré du cadre de l'EBM. Dans ce contexte, l'ostéopathie telle qu'elle est enseignée à Bretagne Ostéopathie semble s'inscrire majoritairement dans la première orientation évoquée plus haut : celle d'une intégration progressive au modèle de l'Evidence-Based Medicine. Ce choix semble guidé, non par une adhésion complète aux fondements conceptuels de l'EBM, mais plutôt par la volonté stratégique de faire reconnaître la légitimité de la pratique ostéopathique au sein du modèle scientifique actuellement le plus valorisé et institutionnellement reconnu. L'ostéopathie contemporaine pourrait plutôt avoir pour objectif de tendre vers une validité scientifique ; entendue, comme il a été vu dans l'introduction, non comme une quête de vérité absolue, qui demeure théorique, mais comme une démarche fondée sur la rigueur

méthodologique et l'argumentation raisonnée. Pour autant, cette quête ne doit pas nécessairement s'aligner sur la validité populaire, largement influencée par l'idéologie sanitaire dominante véhiculée par l'EBM. C'est dans cette distinction que la culture scientifique des différentes générations d'ostéopathes peut jouer un rôle essentiel : une formation épistémologique solide permettrait en effet de différencier la vérité construite dans le champ des sciences fondamentales de celle perçue dans l'espace public ou institutionnel. Dans l'usage courant (ou « populaire »), la vérité est souvent confondue avec ce qui est majoritairement admis ou socialement validé. Ainsi, dans le champ médical, l'EBM est perçue par beaucoup comme "la" vérité à atteindre, parce qu'elle est recommandée par les institutions, largement enseignée, et associée à la rigueur scientifique. Dans cette logique, ce qui ne s'inscrit pas dans le cadre normatif de l'EBM tend à être dévalorisé, relégué aux marges ou assimilé à des pratiques pseudo-scientifiques, indépendamment de sa pertinence clinique ou de son ancrage dans d'autres formes de savoirs. En réponse à cette pression normative, les acteurs de l'enseignement ostéopathique sont naturellement enclins à se tourner vers le modèle EBM, perçu comme un phare, un repère de légitimité scientifique. Ce mouvement peut également s'expliquer par des mécanismes bien documentés en psychologie sociale, tels que le besoin de conformité (l'expérience de H(112)) : l'envie d'appartenir à un groupe reconnu, de se conformer aux standards dominants, influence inconsciemment les choix pédagogiques et institutionnels.

***L'enseignement de l'ostéopathie à Bretagne Ostéopathie semble s'orienter
principalement vers une intégration progressive au modèle de l'Evidence-Based
Medicine.***

Dans cette perspective, une question essentielle se pose : où se situe le Modèle de Décision Clinique Ostéopathique (MDCO) élaboré dans le cadre de ce travail, et que peut-il réellement apporter à l'ostéopathie contemporaine ? Au-delà des bénéfices déjà évoqués en discussion — tels que son intérêt pour l'enseignement, la possibilité pour les praticiens de disposer d'un cadre de référence, ou encore la contribution à une certaine forme d'harmonisation des pratiques — le MDCO constitue une illustration concrète d'un positionnement singulier : celui d'une ostéopathie à la fois ancrée dans une démarche scientifique rigoureuse et consciente de ses dimensions non objectivables. Conçu à partir d'outils issus des sciences médicales et des méthodologies de recherche validées (comme la méthode Delphi), le modèle s'inscrit dans un processus structuré et reproductible. Toutefois, les résultats obtenus révèlent une

dimension incontournable de la pratique ostéopathique : la subjectivité des praticiens, leur perception sensorielle, leur ressenti face à des situations cliniques complexes. Autrement dit, le MDCO illustre une forme de compromis entre rationalité scientifique et reconnaissance des savoirs expérientiels. Le MDCO présente néanmoins certaines limites, liées à la méthodologie employée ainsi qu'à l'absence de précédent sur lequel s'appuyer. Une reprise du modèle, cette fois articulée autour de questions spécifiquement orientées vers les fondements scientifiques — et non exclusivement selon les critères de l'EBM — pourrait constituer une avancée significative. Une telle démarche permettrait non seulement d'intégrer plus solidement la science dans la structuration du modèle, mais aussi de contribuer à une véritable validation scientifique de l'ostéopathie dans toute sa complexité.

Ce modèle n'a pas pour vocation d'uniformiser ou de normer la pratique, mais de proposer un cadre réflexif dans lequel l'ostéopathe peut situer ses choix, en tenant compte à la fois des données probantes et de l'irréductible part humaine du soin. En ce sens, le MDCO participe à une redéfinition possible de la scientificité en ostéopathie — non pas comme adhésion stricte aux standards de l'EBM, mais comme intégration éclairée de ses apports, articulée à une pratique fondée sur la singularité du geste clinique.

Finalement, telle qu'elle est actuellement enseignée à Bretagne Ostéopathie, l'ostéopathie ne semble pas si éloignée d'une profession pleinement scientifique. Si l'on considère le processus de décision clinique tel qu'il est transmis aux étudiants dans l'école, on constate qu'il repose déjà sur des fondations solidement ancrées dans les sciences médicales : l'anamnèse suit des protocoles standardisés, les tests cliniques mobilisés sont reconnus et validés, et les diagnostics d'exclusion s'appuient sur des connaissances issues de l'enseignement de la sémiologie et des pathologies médicales. Dans ce cadre, le MDCO constitue un prolongement cohérent de cette dynamique : il vient enrichir l'arsenal méthodologique des praticiens en leur fournissant un outil structuré pour intégrer la science à leur raisonnement clinique. Par ailleurs, les dimensions intégrées dans le MDCO — telles que la définition d'un objectif de séance ou la prise en compte des paramètres spécifiques du patient — s'inscrivent pleinement dans le cadre du modèle bio-psycho-social, aujourd'hui largement reconnu comme un référentiel scientifique dans la prise en charge globale des patients. Cette approche souligne l'importance de l'interaction entre les dimensions biologiques, psychologiques et sociales du soin, et rejoint ainsi les orientations contemporaines de nombreuses disciplines de santé. Pour renforcer son positionnement scientifique, Bretagne Ostéopathie gagnerait à dépasser les raisonnements purement logiques ou analogiques souvent mobilisés pour justifier certaines pratiques. Il serait préférable d'encourager l'adoption d'une posture épistémologiquement plus rigoureuse, en

acceptant le statut hypothétique de certaines affirmations, et en évitant de présenter comme des vérités établies des éléments qui relèvent encore de l'intuition clinique ou de connaissances non démontrées. Cette évolution impliquerait de reconnaître les limites actuelles du savoir ostéopathique, tout en s'inscrivant dans une dynamique constructive de production de connaissances, fondée sur l'expérimentation, la remise en question, et l'ouverture à la recherche.

Dès lors, ce n'est peut-être pas l'absence de science dans la pratique ostéopathique qu'il faut interroger, mais plutôt la manière dont elle est mobilisée, articulée, et valorisée. Il ne s'agit plus de prouver que l'ostéopathie peut être scientifique, mais de réfléchir à la forme de scientificité qu'elle souhaite incarner : une science rigoureuse mais souple, capable d'intégrer la complexité du soin, sans renier ses spécificités cliniques et relationnelles.

Telle qu'elle est enseignée à Bretagne Ostéopathie, l'ostéopathie ne semble pas si éloignée d'une profession pleinement scientifique.

Pour conclure, il serait injuste de présenter l'Evidence-Based Medicine comme le « méchant » de l'histoire. Loin de cela, l'EBM a joué — et joue encore — un rôle fondamental dans le développement d'une médecine plus pertinente, plus rigoureuse, offrant un cadre sécurisant pour guider les décisions thérapeutiques. Son émergence marque un véritable tournant paradigmatique dans l'histoire de la médecine, une tentative légitime de renforcer la validité du savoir médical.

L'ostéopathie, aujourd'hui, n'en fait pas encore pleinement partie. Peut-être ne le doit-elle pas, du moins pas en ces termes, et peut-être est-il préférable d'attendre que ce courant évolue, se transforme, et devienne plus perméable à la diversité des formes de rationalité. En attendant, il est essentiel de continuer à questionner, à expérimenter, à se confronter à l'erreur, à provoquer le débat, à éviter l'immobilisme et à s'inscrire dans un mouvement constant de recherche. C'est à ce prix que l'ostéopathie pourra, peut-être un jour, devenir ce qu'elle est en puissance : une profession de soin fondée sur le ressenti, pratiquée par des thérapeutes à la fois humains et scientifiques, pleinement conscients de la part de subjectivité que contient toute médecine rationnelle.

Anne Fagot-Largeault(113), grande figure française de la philosophie des sciences médicales, rappelait avec justesse que la médecine ne saurait se réduire à l'application

mécanique de résultats statistiques ou de protocoles standardisés. Elle soulignait la nécessité de préserver le jugement clinique, l'expérience du soignant et la prise en compte du contexte singulier de chaque patient. Son appel à une médecine plus holistique, intégrant les dimensions éthiques et humaines du soin, résonne avec ce que pourrait devenir une ostéopathie moderne, assumée et exigeante.

Enfin, si la médecine ne peut dépasser les limites des connaissances fondamentales sur lesquelles elle repose, alors c'est peut-être en se tournant vers des disciplines en marge, vers des concepts encore non validés mais porteurs de sens, que la science pourra progresser. Les approches dites « alternatives » n'ont pas à s'opposer à la science : elles peuvent, au contraire, en devenir l'aiguillon, en suggérant d'autres manières de penser, d'autres hypothèses, d'autres pistes — et ainsi contribuer, à leur manière, à l'avancement de la connaissance. C'est dans cette tension féconde entre rigueur et intuition, entre norme et exploration, que l'ostéopathie peut trouver son chemin.

« Si nous ne changeons pas notre façon de penser, nous ne serons pas capables de résoudre les problèmes que nous créons avec nos modes actuels de pensée »

Albert Einstein

BIBLIOGRAPHIE

1. De Calan R. L'empirisme médical, d'un mythe à l'autre. Une lecture critique de Naissance de la clinique de Michel Foucault. *Gesnerus*. 11 nov 2013;70(2):193-210.
2. Hume, Traite de la nature humaine - Tome 2: essai pour introduire la methode experimentale dans les sujets moraux - Bibliotheque philosophique [Internet]. [cité 22 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.livre-rare-book.com/book/5472496/RO20267172>
3. Braddock CH. The Role of Empirical Research in Medical Ethics: Asking Questions or Answering Them? *J Clin Ethics*. juin 1994;5(2):144-7.
4. Ogilvie D, Adams J, Bauman A, Gregg EW, Panter J, Siegel KR, et al. Using natural experimental studies to guide public health action: turning the evidence-based medicine paradigm on its head. *J Epidemiol Community Health*. févr 2020;74(2):203-8.
5. Zadro J, O'Keeffe M, Maher C. Do physical therapists follow evidence-based guidelines when managing musculoskeletal conditions? Systematic review. *BMJ Open*. oct 2019;9(10):e032329.
6. [depliant_osteo_bat_2_.pdf](#) [Internet]. [cité 8 oct 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/depliant_osteo_bat_2_.pdf
7. David SACKETT. « Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM » (2^e édition du manuel, 2000). 2000.
8. Éditions Ellipses [Internet]. [cité 15 oct 2024]. Introduction à la science ostéopathique - Approche épistémologique. Disponible sur: <https://www.editions-ellipses.fr/accueil/10740-introduction-a-la-science-osteopathique-approche-epistemologique-9782340042117.html>
9. TURKISH ASSOCIATION OF MANUAL MEDICINE [Internet]. [cité 15 mars 2025]. Disponible sur: <https://manueltipdernegi.org/en/history-of-manual-medicine>
10. Themes UFO. Structural Diagnosis and Manipulative Medicine History [Internet]. Basicmedical Key. 2018 [cité 15 mars 2025]. Disponible sur: <https://basicmedicalkey.com/structural-diagnosis-and-manipulative-medicine-history/>
11. Autobiographie du fondateur de l'ostéopathie Editions Sully [Internet]. [cité 15 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.editions-sully.com/l-199-autobiographie,du,fondateur,de,l,osteopathie.html>
12. Histoire de l'ostéopathie en France [Internet]. [cité 15 oct 2024]. Disponible sur: https://osteopathie.mc/?page_id=4226
13. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 13 janv 1996;312(7023):71-2.

14. Histoire de l'Ostéopathie | COA [Internet]. [cité 21 sept 2024]. Disponible sur: <https://atman.fr/osteopathie/histoire-de-losteopathie/>
15. Article 75 - Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000031549014
16. 6383-Referentiel-UPO.pdf [Internet]. [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.osteopathe-syndicat.fr/medias/page/6383-Referentiel-UPO.pdf>
17. Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.
18. Décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie. 2014-1043 sept 12, 2014.
19. Terramorsi JF, Terramorsi R, Pinto S, Bédar P. Ostéopathie Structurale : Lésion Structurée, Concepts Structurants. Bastia Monthey (Suisse): EOLIENNES; 2013. 416 p.
20. Morin C, Gaboury I. Osteopathic empirical research: a bibliometric analysis from 1966 to 2018. BMC Complement Med Ther. 7 juill 2021;21:196.
21. Recherche apprentissage de l'ostéopathie | IO Rennes [Internet]. [cité 21 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.osteo-rennes.fr/axe-2-enseignement-de-l-osteopathie.php>
22. Ostéopathie dans le Monde | A.I.O.S [Internet]. [cité 21 oct 2024]. Disponible sur: <http://aiosteo.fr/osteopathie-dans-le-monde/>
23. Osteopathy's Recognition by the NHS [Internet]. 2024 [cité 21 oct 2024]. Disponible sur: <https://mhvclinic.com/osteopathys-recognition-by-the-nhs/>
24. SCIENCE et OSTÉOPATHIE : les enjeux d'une ÉVOLUTION avec Pierre-Luc L'Hermite [Internet]. 2024 [cité 6 mai 2025]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=1HyZamcw_N4
25. La Logique de la découverte scientifique | Payot [Internet]. [cité 6 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.payot-rivages.fr/payot/livre/la-logique-de-la-d%C3%A9couverte-scientifique-9782228919173>
26. Anceaux F, Sockeel P. Mise en place d'une méthodologie expérimentale : hypothèses et variables. Rech Soins Infirm. 2006;84(1):66-83.
27. Épistémologie. In: Wikipédia [Internet]. 2025 [cité 6 mai 2025]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=%C3%89pist%C3%A9mologie&oldid=225237599>
28. Berger P, Luckmann T. La Construction sociale de la réalité [Internet]. Armand Colin; 2018 [cité 6 mai 2025]. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/la-construction-sociale-de-la-realite--9782200621902>
29. ResearchGate [Internet]. [cité 6 mai 2025]. (PDF) Importance de l'épistémologie et l'histoire des sciences dans l'enseignement. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/336107760_Importance_de_l'epistemologie_et_l'histoire_des_sciences_dans_l'enseignement
30. *La Structure des révolutions scientifiques*. In: Wikipédia [Internet]. 2024 [cité 6 mai

- 2025]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=La_Structure_des_r%C3%A9volutions_scientifiques&oldid=218392958
31. *Contre la méthode*. In: Wikipédia [Internet]. 2023 [cité 6 mai 2025]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Contre_la_m%C3%A9thode&oldid=204521287
 32. Stegenga J. Medical nihilism [Internet]. Oxford : Oxford University Press; 2017 [cité 15 mars 2025]. 264 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/medicalnihilism0000steg>
 33. Gadamer, Hans-Georg | Internet Encyclopedia of Philosophy [Internet]. [cité 6 mai 2025]. Disponible sur: <https://iep.utm.edu/gadamer/>
 34. *The Order of Things*. In: Wikipedia [Internet]. 2024 [cité 6 mai 2025]. Disponible sur: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=The_Order_of_Things&oldid=1258080114
 35. Thomson OP, MacMillan A. What's wrong with osteopathy? *Int J Osteopath Med*. 1 juin 2023;48:100659.
 36. Pseudoscience. In: Wikipédia [Internet]. 2024 [cité 21 sept 2024]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Pseudoscience&oldid=218780618>
 37. Tuscano SC, Haxton J, Ciardo A, Ciullo L, Zegarra-Parodi R. The Revisions of the First Autobiography of AT Still, the Founder of Osteopathy, as a Step towards Integration in the American Healthcare System: A Comparative and Historiographic Review. *Healthcare*. 6 janv 2024;12(2):130.
 38. l'Ostéopathie S de. De la définition de l'Ostéopathie [Internet]. Ostéo4pattes - Site de l'Ostéopathie. 2019 [cité 6 mai 2025]. Disponible sur: <https://osteo4pattes-sdo.eu/de-la-definition-de-losteopathie/>
 39. Jollien A, Rouault G. « Rencontrer un homme, c'est être tenu en éveil par une énigme ».
 40. Pseudowissenschaft. In: Wikipedia [Internet]. 2025 [cité 6 mai 2025]. Disponible sur: <https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Pseudowissenschaft&oldid=251980599>
 41. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie – 2012 · Inserm, La science pour la santé [Internet]. [cité 6 mai 2025]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/rapport/evaluation-de-lefficacite-de-la-pratique-de-losteopathie-2012/?utm_source=chatgpt.com
 42. Charlatanisme. In: Wikipédia [Internet]. 2025 [cité 6 mai 2025]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Charlatanisme&oldid=224781669>
 43. Clouzeau C. Être un bon ostéopathe [Internet]. Ostéo4pattes - Site de l'Ostéopathie. 2022 [cité 6 mai 2025]. Disponible sur: <https://osteo4pattes-sdo.eu/etre-un-bon-osteopathe/>
 44. [guide_methodologique_cf_40_pages_2011-11-03_15-40-2_278.pdf](#) [Internet]. [cité 6 mai 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_methodologique_cf_40_pages_2011-11-03_15-40-2_278.pdf
 45. Pourquoi et comment réguler les pratiques médicales ?.pdf [Internet]. [cité 6 mai 2025]. Disponible sur: https://www.strategie.gouv.fr/files/files/Publications/Rapport/5-juin-colloque_scpocgsp_le-28-08-12-h-001.pdf?utm_source=chatgpt.com

46. Histoire de la medecine production.pdf [Internet]. [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.univ-tiaret.dz/files/2404/240416-661e549ea57f8/5histoire%20de%20la%20medecine%20production.pdf>
47. StudySmarter FR [Internet]. [cité 14 mars 2025]. Histoire de la médecine: Calendrier & Résumé | StudySmarter. Disponible sur: <https://www.studysmarter.fr/resumes/medecine/histoire-de-la-medecine/>
48. Pratique fondée sur les preuves. In: Wikipédia [Internet]. 2025 [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Pratique_fond%C3%A9_sur_les_preuves&oldid=222622197
49. Masquelet - 2010 - Evidence based medecine (EBM) quelle preuve a-t-.pdf [Internet]. [cité 14 mars 2025]. Disponible sur: https://e-memoire.academie-chirurgie.fr/ememoires/005_2010_9_3_027x031.pdf
50. ANAE - Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant [Internet]. [cité 14 mars 2025]. Que peuvent nous apprendre les recherches sur l'évolution de la démarche de la médecine fondée sur des preuves (Evidence-Based Medicine - EBM) ? - Editorial - E. Gentaz - ANAE N° 165. Disponible sur: <http://www.anae-revue.com/anae-en-access-libre/que-peuvent-nous-apprendre-les-recherches-sur-l-evolution-de-la-demarche-de-la-medecine-fondée-sur-des-preuves-evidence-based-medicine-ebm-editorial-e-gentaz-anae-n-165/>
51. Guyatt G, Cairns J, Churchill D, Cook D, Haynes B, Hirsh J, et al. Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. JAMA. 4 nov 1992;268(17):2420-5.
52. Sackett DL. Evidence-based medicine. Semin Perinatol. 1 févr 1997;21(1):3-5.
53. Massol J. L'« Evidence Based Medicine » (EBM): Utile reflet de la réalité ou dangereux miroir de sorcière ? Evid Based Med.
54. Löwy I. Book Review. Med Hist. 1 oct 2006;50(4):547-8.
55. Guyatt GH. Evidence-based medicine. ACP J Club. mars 1991;114(2):A16.
56. etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf [Internet]. [cité 29 avr 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
57. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 24 avr 2008;336(7650):924-6.
58. Damon J. La fièvre de l'évaluation. Sci Hum. 2009;208(10):13-13.
59. La tyrannie de l'évaluation - Angélique Del Rey - Éditions La Découverte [Internet]. [cité 29 avr 2025]. Disponible sur: https://www.editions-ladecouverte.fr/la_tyrannie_de_l_evaluation-9782707170095
60. La Folie Evaluation (Grand format - Broché 2011), de Roland Gori, Marie-Jean Sauret, Alain Abelhauser | Éditions Fayard [Internet]. [cité 29 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.fayard.fr/livre/la-folie-evaluation-9782755506310/>

61. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N, Evidence Based Medicine Renaissance Group. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*. 13 juin 2014;348:g3725.
62. Goldman JJ, Shih TL. The Limitations of Evidence-Based Medicine: Applying Population-Based Recommendations to Individual Patients. *AMA J Ethics*. 1 janv 2011;13(1):26-30.
63. Ahn AC, Tewari M, Poon CS, Phillips RS. The limits of reductionism in medicine: could systems biology offer an alternative? *PLoS Med*. mai 2006;3(6):e208.
64. Andreozzi F, Candido R, Corrao S, Fornengo R, Giancaterini A, Ponzani P, et al. Clinical inertia is the enemy of therapeutic success in the management of diabetes and its complications: a narrative literature review. *Diabetol Metab Syndr*. 17 juin 2020;12(1):52.
65. Lewinski AA, Jazowski SA, Goldstein KM, Whitney C, Bosworth HB, Zullig LL. Intensifying approaches to address clinical inertia among cardiovascular disease risk factors: A narrative review. *Patient Educ Couns*. 1 déc 2022;105(12):3381-8.
66. Masic I, Miokovic M, Muhamedagic B. Evidence Based Medicine – New Approaches and Challenges. *Acta Inform Medica*. 2008;16(4):219-25.
67. Feinstein AR, Horwitz RI. Problems in the “Evidence” of “Evidence-Based Medicine”. *Am J Med*. 1 déc 1997;103(6):529-35.
68. Reyat F, Dhainaut C, Poncelet C, Batallan A, Madelenat P. Médecine fondée sur les preuves : principes et applications à la chirurgie gynécologique et à l’obstétrique. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 1 mars 2003;31(3):252-5.
69. Watine J, Couaillac JP, Lepargneur JP, Augereau C, Bunting PS, Oosterhuis WP. Médecine fondée sur les preuves (EBM) et recommandations pour la pratique clinique (RPC) : à propos de trois idées fausses. *Immuno-Anal Biol Spéc*. 1 oct 2012;27(5):279-82.
70. Ratnani I, Fatima S, Abid MM, Surani Z, Surani S. Evidence-Based Medicine: History, Review, Criticisms, and Pitfalls. *Cureus*. 15(2):e35266.
71. MasonDigital. CaseWorthy. 2022 [cité 30 avr 2025]. Why is Evidence-Based Practice Important in Social Work? Disponible sur: <https://caseworthy.com/articles/why-is-evidence-based-practice-important-in-social-work/>
72. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-based practice in psychology. *Am Psychol*. 2006;61(4):271-85.
73. Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annu Rev Public Health*. 2009;30:175-201.
74. webadmin-eic. Evidence-to-Impact Collaborative. [cité 30 avr 2025]. Evidence-Based Policymaking Resource Center. Disponible sur: <https://evidence2impact.psu.edu/results-first-resources/evidence-based-policymaking-resource-center/>
75. Evidence-Based Prevention – Suicide Prevention Resource Center [Internet]. [cité 30 avr 2025]. Disponible sur: https://sprc.org/keys-to-success/evidence-based-prevention/?utm_source=chatgpt.com
76. SPF Santé publique [Internet]. 2020 [cité 14 mars 2025]. Evidence Based Practice. Disponible sur: <https://www.health.belgium.be/fr/evidence-based-practice>

77. Higgs J, Jensen GM, Loftus S, Christensen N, éditeurs. Clinical reasoning in the health professions. Fourth edition. Edinburgh London New York: Elsevier; 2019. 511 p.
78. Nendaz M, Charlin B, Leblanc V, Bordage G. Le raisonnement clinique: données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *Pédagogie Médicale*. nov 2005;6(4):235-54.
79. Bate L, Hutchinson A, Underhill J, Maskrey N. How clinical decisions are made. *Br J Clin Pharmacol*. oct 2012;74(4):614-20.
80. Context factors in clinical decision-making: a scoping review | BMC Medical Informatics and Decision Making | Full Text [Internet]. [cité 30 avr 2025]. Disponible sur: <https://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12911-025-02965-1>
81. De Alencastro L, Clair C, Locatelli I, Ebell MH, Senn N. Raisonnement clinique : de la théorie à la pratique... et retour. *Rev Med Suisse*. 10 mai 2017;562:986-9.
82. Bordage G. Why did I miss the diagnosis? Some cognitive explanations and educational implications. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. oct 1999;74(10 Suppl):S138-143.
83. KINESPORT. KINESPORT. [cité 23 sept 2024]. Les difficultés de l'EBP en France et de son enseignement ! Disponible sur: <https://www.kinesport.fr/blog/kinesitherapie-ebp>
84. Dusin J, Melanson A, Mische-Lawson L. Evidence-based practice models and frameworks in the healthcare setting: a scoping review. *BMJ Open*. 22 mai 2023;13(5):e071188.
85. Newhouse RP, Dearholt S, Poe S, Pugh LC, White KM. Organizational change strategies for evidence-based practice. *J Nurs Adm*. déc 2007;37(12):552-7.
86. Haute Autorité de Santé - Soins infirmiers [Internet]. [cité 30 avr 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_438407/fr/soins-infirmiers?utm_source=chatgpt.com
87. Désiron H, Simons B, Spooren A, Camut S, Van de Velde D, Otte T, et al. Practice-Based Evidence to Support Return to Work in Cancer Patients. *Front Rehabil Sci* [Internet]. 7 juill 2022 [cité 30 avr 2025];3. Disponible sur: <https://www.frontiersin.orghttps://www.frontiersin.org/journals/rehabilitation-sciences/articles/10.3389/freesc.2022.819369/full>
88. Evidence-Based Practices & Practice-Based Evidence [Internet]. NCUIH. [cité 30 avr 2025]. Disponible sur: <https://ncuih.org/ebp-pbe/>
89. Chen T. ASHA Journals Academy. 2014 [cité 30 avr 2025]. Balancing Fidelity and Adaptation. If We Want More Evidence-Based Practice, We Need more Practice-Based Evidence. Disponible sur: <https://academy.pubs.asha.org/2014/03/balancing-fidelity-and-adaptation-if-we-want-more-evidence-based-practice-we-need-more-practice-based-evidence/>
90. Practice Models in Swedish Psychiatric Occupational Therapy. ResearchGate [Internet]. 27 mars 2025 [cité 30 avr 2025]; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/232049647_Practice_Models_in_Swedish_Psychiatric_Occupational_Therapy

91. Evidence-Based Practice Model & Tools [Internet]. [cité 30 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.hopkinsmedicine.org/evidence-based-practice/model-tools>
92. KINESPORT. KINESPORT. [cité 30 avr 2025]. Les difficultés de l'EBP en France et de son enseignement - Blog Kinesport. Disponible sur: <https://www.kinesport.fr/blog/kinesitherapie-ebp>
93. Horn SD, DeJong G, Deutscher D. Practice-Based Evidence Research in Rehabilitation: An Alternative to Randomized Controlled Trials and Traditional Observational Studies. *Arch Phys Med Rehabil*. 1 août 2012;93(8, Supplement):S127-37.
94. Schema-MOH-2024-couleurs-Quebec.png (1684×1191) [Internet]. [cité 30 avr 2025]. Disponible sur: <https://crmoh.ulaval.ca/wp-content/uploads/2024/01/Schema-MOH-2024-couleurs-Quebec.png>
95. Désormeaux-Moreau M, Naud-Lepage G, Drolet MJ. Assurer la validité de contenu lors du développement d'un outil d'évaluation: Soutenir l'ergothérapeute pas à pas. 21 déc 2020 [cité 1 avr 2025]; Disponible sur: <https://www.rfre.org/article/view/5009>
96. Modèle de l'approche interprofessionnelle à la prise de décision partagée. 2014;
97. Légaré F, Stacey D, Pouliot S, Gauvin FP, Desroches S, Kryworuchko J, et al. Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: a stepwise approach towards a new model. *J Interprof Care*. janv 2011;25(1):18-25.
98. Schifano J, Niederberger M. How Delphi studies in the health sciences find consensus: a scoping review. *Syst Rev*. 14 janv 2025;14(1):14.
99. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs*. 2000;32(4):1008-15.
100. Booto Ekionea JP, Bernard P, Plaisent M. Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances. *Rech Qual*. 2011;29(3):168-92.
101. Holeý EA, Feeley JL, Dixon J, Whittaker VJ. An exploration of the use of simple statistics to measure consensus and stability in Delphi studies. *BMC Med Res Methodol*. 29 nov 2007;7(1):52.
102. Keeney S, Hasson F, McKenna HP. A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *Int J Nurs Stud*. avr 2001;38(2):195-200.
103. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res*. 1986;35(6):382-5.
104. Hoyt CR, Fernandez JD, Varughese TE, Grandgeorge E, Manis HE, O'Connor KE, et al. The Infant Toddler Activity Card Sort: A Caregiver Report Measure of Children's Occupational Engagement in Family Activities and Routines. *OTJR*. 1 janv 2020;40(1):36-41.
105. Kappa de Fleiss. In: Wikipédia [Internet]. 2022 [cité 6 avr 2025]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Kappa_de_Fleiss&oldid=195244853
106. Waltz TJ, Powell BJ, Matthieu MM, Damschroder LJ, Chinman MJ, Smith JL, et al. Use of concept mapping to characterize relationships among implementation strategies

and assess their feasibility and importance: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) study. *Implement Sci.* 7 août 2015;10(1):109.

107. La méthode Delphi : l'aide à la décision par le consensus | AD CONSEIL [Internet]. [cité 8 avr 2025]. Disponible sur: <https://adconseil.org/le-blog-qvt-la-methode-delphi-laide-a-la-decision-par-le-consensus/>
108. Murphy KS, Murrmann S. The research design used to develop a high performance management system construct for US restaurant managers. *Int J Hosp Manag.* 1 déc 2009;28(4):547-55.
109. Article Delphi.pdf [Internet]. [cité 8 avr 2025]. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/101916/1/Article%20Delphi.pdf>
110. Manzano-García G, Ayala JC. Insufficiently studied factors related to burnout in nursing: Results from an e-Delphi study. *PLOS ONE.* 7 avr 2017;12(4):e0175352.
111. 016-delphi.pdf [Internet]. [cité 23 sept 2024]. Disponible sur: <https://ors-ge.org/sites/default/files/documents/016-delphi.pdf>
112. Expérience de Asch. In: Wikipédia [Internet]. 2025 [cité 9 mai 2025]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Exp%C3%A9rience_de_Asch&oldid=225483445
113. Anne FAGOT-LARGEAULT ,Philosophie des sciences biologiques et médicales [Internet]. [cité 9 mai 2025]. Disponible sur: https://www.college-de-france.fr/media/anne-fagot-largeault/UPL8929_AFL_res_0203.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Premier questionnaire de la ronde Delphi.

Annexe 2 : Deuxième questionnaire de la ronde Delphi.

Annexe 3 : Tableau des termes employés par les experts dans les questions ouvertes du premier questionnaire, classés par nombre d'occurrences.

Elaboration d'un modèle de décision médical (Méthode Delphi)

Questionnaire 1

Dans la médecine rationnelle (médecine de référence actuellement), il existe un modèle nommé **Evidence Based Practice (EBP)** commun à tous les professionnels de santé, qui présente la meilleure façon de prendre une décision médicale. Il regroupe les trois items les plus validés : l'expérience du thérapeute, les données probantes de la science et les valeurs du patient. Le but de ce questionnaire est ici de recueillir vos avis pour contribuer à la création d'un **modèle de prise de décision clinique en ostéopathie**.

Ce modèle visera à structurer les choix thérapeutiques et à faciliter la prise en compte de différentes sources d'information dans le processus clinique. Les réponses seront anonymes et utilisées pour établir un consensus, au bout de trois tours de questionnaire.

1. Depuis combien de temps pratiquez-vous l'ostéopathie ?
 - ☐ Moins de 5 ans
 - ☐ 5 à 10 ans
 - ☐ 10 à 20 ans
 - ☐ Plus de 20 ans
2. Avez-vous suivi une formation en prise de décision clinique ou dans l'intégration des preuves scientifiques dans votre pratique ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non

Si oui, précisez : _____
3. Pensez-vous que le modèle de décision médical EBP soit applicable en ostéopathie ?
(Réponse ouverte)
4. En tant que thérapeute, quels sont vos objectifs lors d'une consultation d'ostéopathie ?
(Échelle de Likert : 1 = Pas du tout à 5 = Très souvent)
 - a) Soulager
 - b) Soigner
 - c) Améliorer la fonction
 - d) Changer quelque chose chez le patient
 - e) Eduquer et conseiller
 - f) En fonction des objectifs du patient
 - g) En fonction de vos objectifs pour le patient
 - h) En fonction de votre état (d'esprit, général, etc.)

5. Avez-vous d'autres objectifs non cités précédemment ? (Réponse ouverte)
6. Quels sont, selon vous, les principaux facteurs qui influencent vos décisions cliniques en ostéopathie ?
(Réponse ouverte)
7. Dans quelle mesure tenez-vous compte des éléments suivants lors de vos décisions cliniques ? (Échelle de Likert : 1 = Pas du tout à 5 = Très souvent)
 - a) Les attentes et préférences du patient.
 - b) Les objectifs du patient
 - c) Les croyances du patient.
 - d) L'état émotionnel du patient.
 - e) L'état physique du patient.
 - f) Vos connaissances.
 - g) Votre compréhension du patient et de sa plainte.
 - h) Vos objectifs de séance (soigner, soulager, améliorer, etc.)
 - i) Vos résultats et échecs précédents.
 - j) Votre ressenti palpatoire.
 - k) Votre état général.
 - l) Les données issues de la recherche scientifique.
 - m) Les conseils et avis extérieurs (collègues, formations, etc.)
 - n) Les contraintes pratiques (temps, équipements, etc.)
8. Utilisez-vous d'autres éléments non cités précédemment ? (Réponse ouverte)
9. Quelles sont, selon vous, les spécificités de l'ostéopathie telles qu'elle est pratiquée à Bretagne Ostéopathie, qui devraient être prises en compte dans un modèle de prise de décision clinique ? (Réponse ouverte)
10. Lorsque vous êtes face à des cas complexes ou atypiques, quelles sources d'information ou stratégies utilisez-vous pour orienter vos choix thérapeutiques ?
(Réponse ouverte)
11. Selon vous, intégrez-vous des éléments dans votre processus de décision médicale qui ne devraient pas influencer votre jugement ? Si oui, lesquels ? (Réponse ouverte)

Merci de votre participation à ce questionnaire. Vos réponses seront analysées dans le cadre d'un processus de consultation visant à établir un modèle de prise de décision clinique en ostéopathie. Les prochains tours serviront à affiner les concepts et à parvenir à un consensus.

Elaboration d'un modèle de décision médical (Méthode Delphi)

Questionnaire 2

Ce deuxième questionnaire est élaboré à partir de l'analyse des réponses au premier. Il vise à affiner les opinions et à commencer à dégager un consensus. Répondez de la manière la plus objective possible.

Rappelons que l'objectif de ce travail est d'élaborer un modèle de décision clinique en ostéopathie, visant à synthétiser les critères utilisés par les ostéopathes de Bretagne Ostéopathie lors de la prise de décision concernant le traitement de leurs patients. On répondra ainsi à la question suivante : **De quelle manière les ostéopathes prennent-ils la meilleure décision pour promouvoir la santé ou prodiguer des soins ?**

1. Êtes-vous d'accord avec ces affirmations concernant les objectifs de la séance ?

- a) L'objectif d'une séance conditionne votre prise de décision clinique. (Oui/Non)
- b) Votre objectif pour la séance est indissociable de votre prise de décision clinique. (Oui/Non)
- c) L'objectif de séance du patient a moins de poids que vos propres objectifs lors de la prise de décision clinique. (Oui/Non)
- d) Soulager la plainte du patient est l'objectif principal d'une séance d'ostéopathie à Bretagne Ostéopathie. (Oui/Non)

2. Êtes-vous d'accord avec ces affirmations concernant l'importance du patient dans la prise de décision clinique ?

- a) La prise en compte du patient est un élément indispensable dans la prise de décision clinique. (Oui/Non)
- b) Le terme "état du patient" englobe bien les informations physiques et émotionnelles perçues par le thérapeute. (Oui/Non)
- c) L'état du patient est la principale préoccupation du thérapeute lors d'une séance d'ostéopathie à Bretagne Ostéopathie. (Oui/Non)

3. Concernant l'expérience du praticien.

- a) L'expérience du thérapeute est indissociable de la prise de décision clinique. (Oui/Non)
- b) L'expérience est un terme approprié pour regrouper l'ensemble des connaissances, des compétences, de l'intuition et du vécu du thérapeute. (Oui/Non)

4. Êtes-vous d'accord avec ces affirmations concernant l'importance du 'feeling' du praticien dans la prise de décision clinique ?

- a) Le "feeling" du praticien est indissociable de la prise de décision clinique. (Oui/Non)
- b) Le terme "ressenti sensoriel" permet de synthétiser l'ensemble des données captées par le thérapeute au sujet de son patient : l'expérience ou la perception vécue par ses sens au cours de la séance. (Oui/Non)
- c) Ce ressenti sensoriel est un filtre qui intervient dans l'analyse de chaque donnée prise en compte pour la décision de traitement. (Oui/Non)

5. Cette phrase synthétique vous paraît-elle pertinente pour décrire le processus de décision clinique à Bretagne Ostéopathie ?

- a) Le praticien, grâce à son ressenti sensoriel, se base sur l'état du patient, l'objectif de la séance et son expérience personnelle pour prendre la meilleure décision de traitement possible. (Oui/Non)

6. Si non, que modifierez-vous ?

Réponse ouverte