

SIGLES ET ABREVIATIONS

AINS	Anti-inflammatoires Non Stéroïdiens
AIS	Anti-inflammatoires Stéroïdiens
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
CLIP	Clinique des Lombalgies Interdisciplinaire en Première ligne
ETP	Education Thérapeutique du Patient
FPS	Facteurs Psychosociaux
HAS	Haute Autorité de Santé
NE	Non Evoqué
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

PLAN

RESUME

ABSTRACT

INTRODUCTION

METHODE

RESULTATS

I/ Le parcours de soin ostéopathique

II/ La séance d'ostéopathie

III/ Le patient et sa lombalgie chronique

DISCUSSION

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

Contexte. *La lombalgie chronique est complexe dans sa prise en charge, avec l'existence de nombreux facteurs de chronicisation dont les facteurs psychosociaux. L'ostéopathie elle, semble en plein essor vu l'accroissement constant du nombre d'ostéopathe ni kinésithérapeute, ni médecin (ostéopathe ni-ni) en France.*

Objectif. *Réunir des éléments pouvant faire penser que le soulagement ressenti par des patients lombalgiques chroniques ayant recours à l'ostéopathie n'est pas lié uniquement à l'effet antalgique des manipulations et que certains de leurs facteurs psychosociaux ont pu être pris en compte au cours de leur prise en charge.*

Méthode. *Méthode qualitative par entretiens semi-dirigés. 17 patients lombalgiques chroniques ayant consulté un ostéopathe ni-ni ont été interrogés sur leur ressenti autour de la consultation et de leur lombalgie chronique. Une analyse thématique des verbatim a été conduite.*

Résultats. *Les patients décrivaient un soulagement avec l'ostéopathie qui se situait au-delà de l'effet de la manipulation sur la douleur, qui souvent persistait ou récidivait à court terme. Une partie de ce soulagement pouvait être favorisé par l'entretien approfondi de l'ostéopathe, sa disponibilité et son écoute. Des facteurs psychosociaux ont été mis en évidence chez pratiquement tous les patients, mais il n'y avait pas d'éléments évoquant qu'ils ont été pris en charge spécifiquement.*

Conclusion. *Les patients étaient satisfaits de la prise en charge ostéopathique même s'ils restaient douloureux. Il n'existait pas d'arguments pour penser que les ostéopathes intégraient les facteurs psychosociaux des patients dans un modèle biopsychosocial ou pour penser que les patients étaient soulagés spécifiquement grâce à leur évocation. Une étude recherchant la prise en compte de ces facteurs psychosociaux par des ostéopathes ni-ni serait intéressante.*

ABSTRACT

Context. *Treatment of chronic low back pain is complex, and is associated with the existence of a lot of factors of chronicisation, implying the psychosocial factors. Osteopathy is gaining importance, as we observe the increasing number of osteopath neither physiotherapist nor medical doctor (the ni-nis) in France.*

Objective. *Finding elements that would lead to think that the relief feeled by chronic low back pain patients using osteopathic treatment is not only due to the antalgic effect of the manipulations, and that some of their psychosocial factors were taken into account during the care.*

Method. *Qualitative with semi-directed interviews. 17 patients with chronic low back pain consulting osteopath “ni-ni” were interviewed about their feeling during the consultation and their chronic low back pain. A thematic analysis of the verbatim was conducted.*

Results. *Patients have described a relief using osteopathic treatment that was beyond the effect of the manipulation on the pain, which often persisted or came back at short term. A part of this relief could be increased by the precise interview with the osteopath, his receptiveness, and his capacity to listen. Psychosocial factors were present in nearly all the patients interviews, but there was no argument to think that they were taken care of specifically.*

Conclusion. *Patients were satisfied by the osteopathic treatment even if they remained painfull. There was no argument to think that the osteopaths were integrating their patient’s psychosocial factors in a biopsychosocial model or to think that the patients were relieved specifically by their evocation. A study considering the point of view of osteopath about the role of psychosocial factors in their treatment could be interesting.*

INTRODUCTION

La lombalgie commune aiguë est une « affliction intermittente et récurrente de la vie avec des épisodes variant en intensité et en durée ». [1] Ainsi, 60 à 90% des personnes souffriront de lombalgie à un moment ou l'autre de leur vie, mais seulement 5 à 7% des lombalgies vont évoluer après 3 mois pour devenir une douleur chronique. [2 ; 3]

La plainte lombalgique est caractérisée par une atteinte fonctionnelle et une douleur. Par définition la douleur est une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en terme évoquant une telle lésion ». [4] Selon J. Y. Maigne c'est une affection mal caractérisée, « difficile à traiter et pour tout dire ingrate ». [5] L'interprétation de la plainte et de l'examen clinique peut être complexe du fait de la multi-causalité de cette pathologie. [3 ; 6] De nombreuses études épidémiologiques ont permis de déterminer précisément les facteurs de chronicisation de la lombalgie. Parmi ces facteurs, les facteurs psychosociaux (FPS) liés au travail et à l'individu (voir annexe 2). [3 ; 6 ; 7 ; 8] Leur rôle n'est plus à démontrer, mais leur prise en charge reste difficile.

Ainsi, les thérapeutiques disponibles ne suffisent pas à prévenir la chronicisation de certaines plaintes lombalgiques, ou leur rechute. [7] Cet échec relatif de la médecine peut pousser certains patients à se tourner vers des médecines non conventionnelles comme l'ostéopathie. Cette dernière semble dans certains cas leur apporter une réponse, et une efficacité. Sa place dans l'ensemble des possibilités thérapeutiques est cependant discutée. [9]

La démarche ostéopathique diffère de la démarche clinique médicale. Selon P. JAVERLIAT, ostéopathe, les « champs de réflexion, d'investigations et d'action de l'ostéopathie, de la médecine et de la masso-kinésithérapie sont différents. La première porte sur le trouble fonctionnel et son traitement. La deuxième investit la pathologie et son traitement. La troisième explore les conséquences de la pathologie sur le mouvement humain afin de le restructurer ». [10] Le diagnostic ostéopathique va rechercher une « perte de mobilité », une « restriction » qui nécessitera un « traitement ostéopathique », appliqué à une cause anatomique.

Très installée dans les pays anglo-saxons, l'ostéopathie a pris un important essor en France depuis la loi du 4 mars 2002 officialisant son exercice.

Les résultats des études -majoritairement anglo-saxonnes- sont mitigés [11], concernant son efficacité concrète qui paraît faible dans la lombalgie chronique [12 ; 13] même si elle conserve un intérêt dans la lombalgie aiguë. [13 ; 14] Comment expliquer l'engouement de certains patients lombalgiques chroniques pour cette démarche ? Certaines études suggèrent

qu'une expérience positive pourrait modifier le ressenti de la douleur. [15 ; 16] Serait-il possible qu'une action sur la composante émotionnelle de la douleur soit mise en jeu au cours de la prise en charge ostéopathique d'un patient lombalgique chronique ?

La pratique actuelle de l'ostéopathie est hétérogène, et peut-être favorisée par le remboursement partiel de certaines mutuelles. En janvier 2014, on comptait en France 1724 médecins ostéopathes, 7539 kinésithérapeutes ostéopathes, contre 12 249 ostéopathes ni médecins ni kinésithérapeutes (ni-ni). [17] Ces derniers sont les plus répandus et les plus connus du grand public, leur pratique est peu connue des médecins.

Dans quelle mesure les patients lombalgiques chroniques qui consultent un ostéopathe ni-ni ressentent-ils un soulagement ? L'évocation des facteurs psychosociaux avec l'ostéopathe en fait-elle partie ?

L'objectif de cette étude était d'explorer le ressenti de patients lombalgiques chroniques concernant leur prise en charge ostéopathique : le soulagement lié à la séance pouvait-il être en partie lié à l'évocation de facteurs psychosociaux ?

MATERIEL ET METHODE

La recherche bibliographique n'a pas permis de relever d'éléments de réponse à la question. Le choix d'une méthode qualitative a été déterminé par la nécessité d'explorer la subjectivité des patients.

Il s'agit d'une étude transversale, qualitative, par entretiens, menée par deux chercheurs.

.Constitution de l'échantillon.

Etaient inclus des patients souffrant de lombalgies chroniques communes ayant consulté un ostéopathe au moins une fois pour ce motif.

Etaient exclus les patients présentant un âge supérieur à 70 ans ou inférieur à 20 ans, un antécédent d'intervention chirurgicale au niveau du rachis, un traumatisme récent ou semi-récent du rachis, un contexte fébrile, une altération de l'état général, un antécédent de cancer ou d'immunodépression, des douleurs à prédominance nocturnes, non mécaniques.

Les variables de l'échantillon concernaient le sexe, l'âge, la profession, le lieu de vie, le type d'activité, le fait d'être en arrêt de travail. La taille de l'échantillon n'a pas été fixée initialement, le recrutement devant se prolonger jusqu'à saturation des données.

Le recrutement a été effectué à partir d'ostéopathes « ni-ni » du Maine-et-Loire. Tous les ostéopathes inscrits dans l'annuaire de 2013 ont été contactés par courrier et/ou téléphone pendant la période du 15 décembre 2013 au 15 avril 2014. Une information leur était donnée concernant l'objectif de l'étude et le profil des patients à recruter. Ceux qui acceptaient de participer ont transmis les coordonnées téléphoniques de patients informés et intéressés.

Les patients ont ensuite été contactés pour vérifier leurs caractéristiques et fixer les modalités de l'entretien.

.Les entretiens et les thèmes abordés.

Un guide d'entretien a été établi à partir des recherches bibliographiques. Les thèmes abordés étaient : le contenu de la séance d'ostéopathie (l'interrogatoire, la manipulation et l'ensemble de la séance en dehors de la manipulation elle-même), l'histoire de la lombalgie (origine rapportée et ancienneté), la vie du patient lombalgique (ressenti personnel et de l'entourage, problématiques de vie et gestion de la douleur).

Ils ont été conduits après signature d'un consentement écrit, selon la convenance du patient à son domicile, sur son lieu de travail ou dans un lieu public.

Les deux premiers entretiens ont servi de test pour établir la pertinence du guide initial ; Il a ensuite évolué en fonction des entretiens successifs.

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot (verbatim), reprenant les éléments liés au contexte (horaire, lieu, présence d'un tiers, perturbation des entretiens). Un découpage en unités de sens et une analyse thématique ont été conduits indépendamment par les deux investigateurs permettant ensuite une triangulation des données. Cette étude a reçu un accord favorable du comité d'éthique du CHU d'Angers (séance du 6 février 2014).

RESULTATS

.Population.

Au total, 179 ostéopathes ont été contactés. 42 ont donné leur accord de principe, 66 ont refusé de participer et 57 sont restés injoignables. 14 ostéopathes médecins ou kinésithérapeutes ont été exclus.

Au final, 13 ostéopathes ont transmis les coordonnées de 22 patients. Tous les patients ont été contactés par téléphone, 17 ont été inclus, 3 exclus (1 patient trop âgé, 1 patient non lombalgique chronique et 1 patient avec antécédent chirurgical au niveau lombaire), et 2 n'ont jamais répondu aux propositions de rencontre.

Les 17 entretiens se sont déroulés du 20 janvier 2014 au 19 mai 2014, dans le département du Maine et Loire, au domicile du patient pour 14 d'entre eux, sur le lieu de travail pour 2 patients et dans un café pour 1 patient.

La durée des entretiens était comprise entre 7 et 51 minutes avec une moyenne de 34 minutes.

Patient	Genre	Age	Actif	Lieu de vie	Métier	Salarié/libéral	En arrêt de travail	Ancienneté de la lombalgie
P1	M	68	retraité	semi-rural	enseignant-chercheur	salarie	non concerné	33 ans
P2	F	64	retraité	semi-rural	ouvrière	salarie	non concerné	5 mois
P3	M	60	retraité	rural	technicien supérieur	salarie	non concerné	7 mois
P4	F	54	chômage	urbain	guide	salarie	non	7 ans
P5	M	43	licencié	rural	magasinier	salarie	non	8 ans
P6	F	58	retraité	rural	aide soignante	salarie	non concerné	33 ans
P7	M	53	actif	semi-rural	responsable dépôt-vente	salarie	non	20 ans
P8	M	63	retraité	rural	banquier/formateur	salarie	non concerné	50 ans
P9	F	55	retraité	semi-rural	sage-femme	salarie/libéral	non concerné	45 ans
P10	F	41	actif	rural	auto-entrepreneur	libéral	non	19 ans
P11	M	64	retraité	rural	directeur de travaux	salarie	non concerné	22 ans
P12	M	55	actif	urbain	conducteur de toupe	salarie	non	10 ans
P13	F	40	actif	semi-rural	fonctionnaire	salarie	oui	20 ans
P14	F	42	actif	semi-rural	opticienne	salarie	oui	20 ans
P15	F	54	actif	rural	agricultrice	libéral	non	6 ans
P16	M	40	actif	urbain	ingénieur fonctionnaire	salarie	non	20 ans
P17	F	31	actif	rural	secrétaire médicale	salarie	non	1 an

Tableau I. Caractéristiques des patients.

Cinq patients avaient plus de 60 ans. Sur le plan professionnel, 10 patients étaient en activité (dont un au chômage et un autre licencié) et 7 retraités. Les travailleurs physiques représentaient un peu moins d'un tiers des patients. La lombalgie chronique évoluait depuis moins d'un an pour 3 patients, entre 1 an et 20 ans pour 9 patients, depuis plus de 20 ans pour 5 patients.

Un second appel aux ostéopathes ayant participé à l'étude a été réalisé afin de recueillir anonymement leurs caractéristiques (tableau 2).

Ostéopathe	Age	Lieu de formation	Durée de formation	Durée d'exercice
Femme	28 ans	Nantes Ecole COS	5 ans	1 an
Femme	32 ans	Nantes Ecole COS	5 ans	2 ans
Femme	26 ans	Nantes Ecole COS	5 ans	4 ans
Femme	28 ans	Nantes Ecole IdHEO	5 ans	5 ans
Femme	30 ans	Paris ESO supostéo	6 ans	5 ans
Femme	32 ans	Paris ESO supostéo	6 ans	5 ans
Homme	28 ans	Nantes Ecole IdHEO	5 ans	3 ans
Homme	30 ans	Nantes Ecole IdHEO	5 ans	5 ans
Homme	non répondu	non répondu	non répondu	non répondu
Homme	28 ans	Paris Ecole CEESO	5 ans	5 ans
Homme	53 ans	Paris ORI	4 ans	20 ans
Homme	57 ans	Paris et Nantes IPCO	5 ans	24 ans
		Genève école d'étiopathie	5 ans	14 ans
Homme	33 ans	non répondu	non répondu	non répondu

Tableau II. Caractéristiques des ostéopathes.

Dix ostéopathes sur 13 avaient moins de 35 ans, avec une ancienneté d'exercice de 5 ans ou moins pour 9 d'entre eux. Sept ostéopathes avaient fait une formation à Nantes dans deux écoles différentes. A noter que 2 ostéopathes ont préféré ne pas répondre aux investigateurs.

I/ Le parcours de soin ostéopathique.

En début d'entretien le plus souvent, les patients lombalgiques chroniques exprimaient une insatisfaction de leur prise en charge médicale : *«les circuits traditionnels n'ont jamais donné de résultats probants»*, *«je ne prends plus les médicaments prescrits par mon médecin, je n'y crois pas, et de toute façon, ça marche pas»*. Une insatisfaction liée soit à la persistance des douleurs dans le temps, *«personne n'a su me soulager, vraiment soulager»*, soit à un diagnostic imprécis ou inaccessible à leur compréhension, *«on n'a jamais rien trouvé, mais il doit bien y avoir un truc qui cloche pour que j'aie tout le temps mal comme ça»*. Ces patients consultaient leur médecin traitant, parfois des spécialistes et avaient recours à la kinésithérapie sans en être satisfaits sur le long terme, *«aller voir un rhumatologue, je vous dis, à part vous donner des médicaments et des séances de kiné à n'en plus finir, ça donne rien»*.

Après plusieurs semaines ou années de prise en charge médicale, le recours à un ostéopathe avait représenté une alternative à un traitement jugé inefficace *«je recherche toujours où je pourrais aller pour être mieux», «il fallait que je voie quelqu'un de toute façon, ne serait-ce que pour me libérer des médicaments, parce que, bon, ce n'était pas vivable».*

Consulter un ostéopathe résultait rarement d'une démarche personnelle spontanée du patient. Le plus souvent, il avait été conseillé par quelqu'un de son entourage, de sa famille, *«ma femme y est allée»*, un voisin, des amis, voire même par le médecin traitant, *«mon médecin traitant fait un peu d'ostéopathie (...) elle m'avait proposé d'aller voir un ostéopathe qu'elle connaît qui était plus compétent qu'elle».* Dans un cas, c'était une voisine qui vantait l'ostéopathe du village alors qu'elle n'en avait pas eu elle-même l'expérience. Parfois l'ostéopathe était trouvé dans l'annuaire en recherchant la proximité géographique.

Ce recours à l'ostéopathie pouvait représenter un nouvel espoir quand le reste n'avait pas fonctionné, *«ça aurait pas été efficace, je sais pas ce que j'aurais fait».* La recommandation de l'ostéopathe par un proche qui avait été soulagé et l'investissement financier consenti par le patient pouvaient expliquer l'efficacité attendue *«c'est un coût financier (...) Et du coup j'ai pris une mutuelle ... qui remboursait en tout un bon 50%».* Un patient évoquait l'augmentation du nombre d'ostéopathes autour de chez lui, *«d'abord il n'y en avait pas ici. Puis d'un seul coup il y en a eu quatre. C'est un marché qui se développe faut croire. Et il faut dire aussi que de plus en plus de mutuelles prennent en charge parfois les actes d'ostéopathie donc ça facilite sans doute (leur) implantation».*

II/ La séance d'ostéopathie.

.Une prise en charge centrée autour de la manipulation et de la parole.

Beaucoup de patients ont décrit un entretien détaillé lors de leur première rencontre avec l'ostéopathe, permettant de reprendre l'histoire clinique et leurs antécédents médicaux.

Les ostéopathes étaient décrits par certains patients comme des professionnels de santé reconnus. Pour beaucoup, ils étaient méthodiques, utilisant des termes médicaux et s'appuyant dans la plupart des cas sur les clichés radiologiques rapportés par les patients *«j'ai été complètement satisfait qu'il regarde les radios, le scan, qu'il y ait une approche scientifique quoi».* Après avoir posé leur diagnostic, ils effectuaient des massages, mouvements et manipulations. Les patients manquaient de précision pour décrire le toucher de l'ostéopathe. La plupart des praticiens semblaient adopter plusieurs techniques à la fois. Ils semblaient

utiliser des techniques viscérales afin de les «rééquilibrer», de «débloquer», mais aussi les techniques de thrust (annexe 1) pour «remettre en place» et dans certains cas «faire craquer». Aucun patient n'a été capable d'expliquer avec précision l'ordre et les techniques utilisées au cours de la séance.

Les patients se sentaient écoutés «*c'est quelqu'un avec qui on peut discuter, et ça fait du bien en même temps*». Les ostéopathes étaient disponibles, questionnant leur vie afin de «connaître toutes les ramifications qu'on doit avoir». D'une consultation à l'autre s'était créé un fil conducteur autour du patient, de sa vie quotidienne, «*j'ai vraiment l'impression qu'il s'occupe de moi, il se souvient de ce qu'on dit d'une fois sur l'autre*». La séance d'ostéopathie pouvait être décrite comme un moment particulier, «*c'est un moment, on va dire que j'estime privilégié*», qui permettait au patient de se recentrer sur lui-même et de penser à lui, au cours d'une séance d'au moins 30 minutes, avec un ostéopathe qui le connaissait bien.

Les patients ayant eu des expériences antérieures négatives avec des ostéopathes ont évoqué leur manque de disponibilité et d'écoute comme facteur d'insatisfaction «*on m'avait recommandé quelqu'un(...) qui a regardé mais bon, à peine pris le temps de, de je veux dire d'analyser les radios et puis de me poser des questions quoi, et en plus comme il était en retard, je pense qu'il voulait rattraper... ça m'a paru être quelque chose à la chaîne, et ça je trouve que c'est très dommage*».

Le nombre de rencontres avec l'ostéopathe était variable, d'une ou 2 fois par an jusqu'à plusieurs fois par mois pour au moins une patiente.

Au fil des séances, la majorité des patients décrivaient des discussions centrées autour de leurs problématiques de vie, personnelles ou liées au travail, la sensation d'avoir un espace de parole avec un interlocuteur qui leur portait de l'intérêt «*je raconte ma vie du moment* ». Les sujets abordés entre l'ostéopathe et le patient étaient variés, tant sur le plan professionnel «*le stress au travail : combien de fois elle me dit : «je sens que vous êtes tendu, vous avez une surcharge actuellement ?», oui oui, y'a un peu de ça, et bon , elle le sent, elle le voit et on en parle*», que sur le plan personnel «*elle me dit 'est-ce que vous êtes un peu stressée en ce moment ?' Oui ... oui, je crois que c'est là que j'ai dû parler de ma fille*».

Dans quelques cas, les patients restaient vagues sur les sujets évoqués avec leur ostéopathe, «*on parle à la fois de ce qu'on ressent, de ce qu'on a ressenti, (...) on parle aussi d'autres choses, de la vie tout court (...) ça peut servir d'ailleurs à comprendre ce qui vous arrive, de parler de ce que vous faites*». Un seul patient évoquait des séances sans échange de parole pendant les manipulations.

Dans quelques cas, l'ostéopathe évoquait directement un évènement de vie comme facteur favorisant la lombalgie, *«il m'a dit 'bon c'était la conjoncture aussi, avec votre licenciement, vous étiez tellement comprimé aussi que... peut-être vous n'étiez pas complètement débloqué'»*.

Tous les patients ont affirmé ressentir un bienfait suite à la prise en charge ostéopathique, une amélioration dans leur vie quotidienne sur le plan fonctionnel. Notamment des douleurs mieux supportées *«je trouve qu'il y a un résultat aussi. Il n'y aurait pas eu de résultat je n'y serais pas retourné»*, une meilleure mobilité *«quand il vous débloque, vous le sentez quand même tout de suite quoi, (...) vous êtes endolori, mais vous le sentez quoi, votre façon de marcher est différente (...) vous sentez déjà un vrai soulagement dès qu'il vous fait craquer»*, moins d'arrêt de travail et une diminution de la prise d'antalgiques *«j'ai diminué en anti-inflammatoire»* et ceci indépendamment de la persistance des douleurs.

En effet, ils avaient tous, à l'exception d'un patient, des douleurs qui persistaient ou récidivaient régulièrement. Ce qui les amenait à revoir leur ostéopathe à distance et dans quelques cas de façon rapprochée *«c'était bien, ça m'a fait du bien euh... par contre dans le temps j'ai pas l'impression que ce soit suffisant»*. Les patients critiquaient rarement cette persistance de douleurs *«c'est du mieux qui ne dure pas parce que, parce qu'encore une fois je pense qu'il y a trop de dégâts»*.

Un patient a évoqué la nécessité d'une croyance préalable *«l'ostéopathie je ne sais pas si ça peut résoudre tous les maux, tous les problèmes, je pense qu'il faut y croire aussi»*.

Certains patients exprimaient que l'ostéopathie n'était pas une solution *«ce n'est pas pour autant que l'ostéopathie dans mon cas a été aussi la panacée»* *«faut que je trouve une solution, je vais pas aller voir l'ostéopathe tout le temps»*.

.Le ressenti du patient vis à vis de sa prise en charge ostéopathique.

Pour tous les patients, l'ostéopathe était quelqu'un de disponible sachant écouter *«il parle doucement, il explique...j'aime bien»*. La douceur de l'ostéopathe, dans ses manipulations et sa façon de parler, était souvent ressentie comme un facteur favorisant l'établissement d'une confiance *«elle a une approche très très rassurante, très en douceur»*. C'est cette confiance, et quelques fois la notion de croyance, qui permettaient une détente totale et un abandon favorisant le relâchement de tensions à la fois physiques et psychiques *«ce moment de plénitude, enfin de tranquillité d'esprit, que je recherche aussi dans cet endroit»*.

Quelquefois les séances étaient décrites comme des moments privilégiés, où les patients pouvaient prendre du temps rien que pour eux, se recentrer sur eux-mêmes. La notion de temps était importante pour la plupart des patients *«en ostéopathie c'est juste du temps qui est imparti à une seule personne»*.

Toutefois, plusieurs patients avaient déjà eu des expériences négatives avec des ostéopathes : le premier reproche était un manque de disponibilité et d'écoute, le deuxième était un manque de douceur *«c'est parce que j'en ai ressenti vraiment un mal être d'avoir ces craquements un peu forcés quoi sans préparation»*.

Certains patients étaient impressionnés par le savoir-faire de l'ostéopathe qui ne travaillait qu'avec ses mains, ce qu'ils opposaient à la kinésithérapie *«le matériel... le kiné utilise des poids, des barres (...) alors que l'ostéopathe c'est manuel »*. Ce travail manuel nécessitait un lâcher prise entre les mains de l'ostéopathe que quelques fois le patient n'arrivait pas à ressentir *«je lui fais confiance mais en même temps je n'arrive pas à être détendue quoi donc ça bloque»*, limitant pour eux les bienfaits de la séance.

D'une manière générale, les patients pouvaient difficilement expliquer ce qui se passait au cours de la consultation. La plupart décrivaient même un aspect mystérieux ou magique au travail de l'ostéopathe *«justement ces temps de travail invisibles (...) on sent qu'il y a autre chose. Et c'est ça qui est mystérieux quand même»* ajoutant à cette impression qu'il se passe quelque chose de spécial *«il maintient les pieds oui, il regarde si (...) si le courant passe bien»*.

Ce ressenti, pouvait rendre encore plus spécial le lien entre l'ostéopathe et son patient *«j'ai senti une espèce d'ambiance de cabinet, je sais pas si c'est ça qui fait, une espèce d'osmose, de communion»*.

Quelques patients décrivaient un côté apaisant, englobant, dans le toucher de l'ostéopathe, un aspect maternant voire régressif qui favorisait ce lâcher prise ressenti. Il était également plus fréquent que les patients masculins aient des ostéopathes femmes et inversement *«a priori j'aime pas les hommes. Je suis toujours mal à l'aise avec les hommes, j'évite(...)». Et en fait ce que j'ai aimé, c'est qu'il était jeune, donc déjà il y avait une différence d'âge qui faisait qu'a priori il n'y avait pas d'ambiguïté possible»*.

Et même si les douleurs étaient toujours présentes, du bien-être était décrit grâce à l'ostéopathie *« on sort de la séance réconforté »*.

.Les réponses proposées au patient par l'ostéopathe.

Concernant les douleurs, l'explication donnée était le plus souvent située dans un registre anatomique et pouvait être associée aux éléments du passé que le patient avait pu fournir au cours de l'entretien initial *«je me rappelle que les toubibs avaient mis un certain temps à s'apercevoir que j'avais le péroné cassé (...) il en a déduit que j'avais peut être compensé»*. Les douleurs étaient donc ancrées dans une origine mécanique ou anatomique, pouvant entraîner un reproche envers le médecin traitant *«il m'a dit des choses que je savais déjà, mais il m'a aussi appris des choses que je ne savais pas et qui auraient dû être interprétées en temps et en heure par les généralistes»*. Deux éléments qui revenaient régulièrement étaient le déséquilibre du bassin, et la présence d'une inégalité de longueur des membres inférieurs.

Le lien était souvent fait avec la podologie, soit directement par l'ostéopathe, soit par le patient lui-même. Celui-ci investissait parfois beaucoup d'espoir dans le recours aux semelles orthopédiques et disait ne plus pouvoir s'en passer *«Si je passe une journée sans, c'est clair et net le mal de dos revient immédiatement»*. A l'inverse, certains restaient peu convaincus *«j'ai quand même mal au dos, même avec les semelles»*. L'ostéopathe pouvait même évoquer une anomalie dont le patient n'avait pas conscience *«je me souviens une fois elle avait décelé un problème à l'épaule, moi je ne ressentais rien, mais voilà»*.

Les ostéopathes utilisaient parfois des supports pédagogiques, comme des planches anatomiques, et choisissaient un vocabulaire adapté, compréhensible par le patient qui retenait facilement leur modèle thérapeutique *«il explique ce qu'il fait... comment ça interagit, comment les organes peuvent interagir après avec les muscles, tout ce qui peut être lié, pourquoi effectivement on peut avoir mal»*.

Ils donnaient des conseils de vie, certains proposaient aux patients de poursuivre les exercices à la maison. Pour un patient, l'ostéopathe avait déconseillé au contraire toute activité physique au patient *«ce qui me dérange le plus c'est que je voulais reprendre du sport, l'ostéopathe me dit 'pour le moment non, c'est hors de question'»*.

III/ Le patient et sa lombalgie chronique.

.Le modèle explicatif évoqué par le patient au sujet de sa douleur.

Dans la plupart des entretiens, le patient avait une idée assez claire de l'origine de sa lombalgie, liée en général à un facteur purement mécanique, parfois à un traumatisme ancien *«les toubibs avaient mis un certain temps à s'apercevoir que j'avais le péroné cassé (...) il en*

a déduit que j'avais peut-être compensé», à son enfance «quand j'étais jeune (...) pendant les vacances on travaillait (...) je pense que la partie ergonomique du travail n'était pas très développée», ou sa croissance «une raideur (...) qui existe depuis mon adolescence (...) une scoliose, et puis (...) une hémi-sacralisation», à ses loisirs «j'ai fait beaucoup de cyclisme, et j'avais des douleurs chroniques de dos. (...) est-ce que c'était lié à la posture», à son travail actuel, ou à un élément médical «je sais que j'ai une hernie discale». Il arrivait qu'après avoir rencontré l'ostéopathe, le patient intégrait son avis sur l'origine de ses douleurs à son ancienne idée pour que ces deux éléments se complètent dans un ensemble parfaitement logique.

.Le retentissement de la lombalgie chronique au quotidien.

La douleur pouvait entraîner des modifications d'humeur que l'entourage pouvait subir. S'il pouvait être prévenant, il pouvait aussi se montrer peu compatissant *«c'est arrivé qu'on me dise 'tu es toujours en train de te plaindre'».*

Certains patients exprimaient aussi des difficultés au travail *«je pense qu'il y croit pas trop que j'ai mal au dos. Il a l'air de dire que je fais pas trop d'effort et que je suis la seule à me mettre en arrêt comme ça dans l'entreprise».* L'image du patient lombalgique chronique se trouvait modifiée *«on se moquait de moi oui (...) 'hey, le petit vieux qui se balade'».* Dans un entretien, le patient utilisait même la notion de handicap pour parler de sa lombalgie chronique.

.Des problématiques individuelles liées au travail et à la vie personnelle.

Concernant le travail, les problématiques pouvaient être en lien avec un manque de reconnaissance *«il y a eu une mutation (...) qui ne s'est pas très bien passée... Une mutation c'est-à-dire une modification unilatérale du contrat de travail»,* une surcharge de travail ressentie *«une volonté de ma part de sortir du circuit euh... commercial hyper stressant à cause des objectifs (...) complètement débiles»,* une insatisfaction des conditions de travail *«c'est la conséquence d'une politique mise en place dans l'entreprise», «je viens d'être licencié économique».*

Dans la vie personnelle des patients, il ressortait des conflits ou des traumatismes avec leurs proches *«mon ex-femme déjà, elle a fait une rupture d'anévrisme, elle était enceinte. (...) après, comme elle avait frôlé la mort, elle a décidé de divorcer. Pour vivre. Mieux»,* de la solitude *«si je fais le bilan de ma vie euh voilà quoi... je suis arrivée à la retraite, je suis*

célibataire. Ce n'est pas marrant tout le temps», ou des situations de deuil *«depuis la mort de ma mère, ça fait maintenant 27 mois, mes maux de dos se sont considérablement accentués».* On pouvait retrouver des antécédents familiaux de personnes ayant des douleurs chroniques *«j'ai en spectre la fin de vie de ma maman qui s'est trouvée emprisonnée dans son corps»,* notamment des lombalgies chroniques.

La composante émotionnelle de la douleur était visible *«je suis allongé, je fais rien de la journée (...) j'ai l'impression de plus exister»* avec parfois un catastrophisme exprimé par le patient. Les croyances des patients et l'origine affirmée de leur douleur éclairaient sur les interprétations qu'ils pouvaient faire de la situation *«je crois que je me suis refusé le droit d'être malade».* Le plus souvent, c'était la complexité des problèmes dans la vie personnelle et au travail qui jouait sur les douleurs *«si vous avez un problème parce que vous avez pris une mauvaise position et que vous étiez un peu bancal, et qu'en plus vous avez pas le moral, et qu'en plus vous avez tous les emmerdements du diable, vous faites de la bagnole à n'en plus pouvoir, vous faites le déménagement, tout ça, ça se cumule, et c'est la petite goutte d'eau qui fait déborder le vase»*

Mais tous les patients ne mettaient pas en lien ces événements de vie avec leur douleur et sa chronicisation *« en même temps les douleurs elles sont là quoi donc (...) y'a pas que du psy la dedans, y'en a peut-être une part, une petite. Mais l'arthrose elle est là».*

DISCUSSION

.Principaux résultats.

La lombalgie chronique était perçue par les patients comme une pathologie complexe et invalidante. Leurs rencontres régulières avec les acteurs du système de soin conventionnel ne les avaient pas satisfaits. Pour beaucoup de patients, le recours à l'ostéopathie s'est avéré être un nouvel espoir. La plupart avaient eu l'expérience de plusieurs ostéopathes dont certains qualifiés de brutaux : ils les opposaient à ceux dont la méthode était «douce». Le mode de prise en charge actuel des patients intégrait le plus souvent une douceur permettant un relâchement décrit comme nécessaire à l'efficacité des manipulations. Beaucoup d'ostéopathes ont été qualifiés de praticiens compétents, disponibles, à l'écoute. Certains d'entre eux ont pu proposer au patient une nouvelle explication jamais évoquée auparavant, un diagnostic utilisant un modèle étiologique et thérapeutique différent du modèle médical, et reposant sur une origine anatomique. Ils utilisaient des termes communs au monde médical mais dont la signification pouvait être différente. Un petit nombre d'ostéopathes avait intégré à leur prise en charge une part d'information et d'encouragement à la reprise d'activité physique. Si l'abord des problématiques de vie était décrite comme un plus dans la relation de confiance entre l'ostéopathe et le patient, il n'était pas clairement reconnu par le patient comme un élément important, l'amenant à réfléchir sur sa lombalgie chronique.

.Forces et faiblesses de l'étude.

Il s'agissait d'une étude originale, la bibliographie ayant fait apparaître peu de travaux du même type. Les patients recrutés correspondaient aux variables de constitution de l'échantillon et représentaient une population particulière fréquentant ce type de soins dans la durée et à priori satisfaite du mode d'approche ostéopathique.

Le recrutement de ces patients lombalgiques chroniques a été effectué par l'intermédiaire d'ostéopathes volontaires. Si le recrutement avait été effectué à partir de médecins ou généralistes ou d'autres spécialités, il est possible que les données recueillies aient été différentes.

Les ostéopathes recruteurs, avaient été formés dans six écoles différentes, et la moitié d'entre eux provenaient de Nantes. De nombreux ostéopathes de formations très différentes exercent dans la région des Pays de la Loire. Les ostéopathes qui ont accepté de recruter les patients ne

sont vraisemblablement pas représentatifs : les données recueillies concernant leur pratique ne peuvent être extrapolées à l'ensemble de la population ostéopathique.

Le recueil des données par entretien semi-dirigé a nécessité des techniques de relance, de reformulation et de clarification. Certains patients ont eu des difficultés à développer leur point de vue. Le risque était d'arriver à des questions inductives, certains entretiens ont donc été plus courts. Il a été facile de faire évoquer aux patients l'existence de difficultés personnelles ; il a été plus difficile de leur faire évoquer l'abord de leurs difficultés personnelles dans les séances avec l'ostéopathe.

Une autre limite était le regard médical des investigateurs sur l'ostéopathie, pouvant manquer de neutralité, associé à un manque de connaissance sur cette pratique.

Dans l'analyse, la triangulation des données a été respectée. La saturation des données semblait atteinte.

.Peu d'éléments pour évoquer une prise en charge des facteurs psychosociaux de chronicité par l'ostéopathe.

Le diagnostic ostéopathique ne semblait pas contradictoire avec les représentations initiales des patients et venait même souvent renforcer l'idée mécanique qu'ils se faisaient de leur lombalgie. Un grand nombre de patients ont pu évoquer au cours des entretiens des problématiques de vie qui concordaient avec les facteurs de chronicisation de la lombalgie commune identifiés par la littérature: les facteurs psychosociaux ou «drapeaux jaunes» (annexe 2). [6 ; 7 ; 4] Leur repérage dans les entretiens avait mis en évidence des éléments en lien avec l'histoire émotionnelle du patient (rupture, deuil, parent célibataire, solitude et isolement), des histoires familiales de lombalgie, des comportements inappropriés (la réduction d'activité liée à la peur), un certain catastrophisme avec des attitudes et représentations inappropriés vis-à-vis de la douleur (impression que les douleurs dureront toujours), et des situations de stress professionnel (conditions de travail, insatisfaction professionnelle et difficultés financières).

L'ostéopathe pouvait parfois utiliser ces éléments pour expliquer une certaine tension psychologique ou physique au moment de la manipulation, et en parler pour favoriser le relâchement et la détente du patient au cours de la séance. Mais celui-ci ne semblait pas ressentir cette évocation comme une prise en charge spécifique de ses problématiques de vie. [18].

Dès les années 2000, les recommandations de l'ANAES [19] insistaient sur la prépondérance de l'interrogatoire et surtout de l'écoute dans la prise en charge du lombalgique chronique. [6 ; 20] Certains ostéopathes ont pu proposer avec facilité un espace de parole, et permis aux patients d'évoquer des facteurs psychosociaux. Cependant, il n'y avait pas d'argument suffisant dans cette étude pour conclure que leur abord avait spécifiquement permis de favoriser le soulagement ressenti par les patients.

.Un constat paradoxal : des patients lombalgiques chroniques satisfaits.

Si certains patients interrogés n'avaient consulté qu'une ou deux fois un ostéopathe pour leur lombalgie chronique, d'autres étaient suivis depuis plusieurs années, parfois avec des consultations très rapprochées. Ils avaient tous exprimé une satisfaction pour leur prise en charge par l'ostéopathe. Elle était liée à la disparition complète de la douleur chez une seule patiente, et à une sensation de bien-être global chez les autres, sans pour autant qu'ils aient relaté une disparition de leur douleur.

Il existe une littérature riche concernant le recours à l'ostéopathie dans la lombalgie chronique, de qualité méthodologique variée. Peu de recommandations légitiment les manipulations vertébrales chez les patients lombalgiques chroniques, et avec un bénéfice plutôt modeste.

Une étude du NEJM [13] avait comparé sur 12 mois un traitement standard (antalgiques, AIS ou AINS, kinésithérapie, ultrasons, pack chauds ou froids ou les deux, simulation électrique transcutanée) avec des manipulations chez des patients lombalgiques chroniques, avec pour hypothèse que les manipulations ostéopathiques permettraient un rétablissement plus rapide que le traitement standard. A 6 mois, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes. De même, dans le guide du CLIP, si dans la lombalgie aiguë, les manipulations pouvaient être proposées avec une efficacité jugée modérée [9], aussi efficace que les AINS, leur efficacité était jugée faible dans les lombalgies chroniques, alors que l'approche pluridisciplinaire, l'approche comportementale ou les exercices adaptés avaient, eux, une efficacité jugée élevée. [9]

Dans le Back Book [21] les manipulations sont considérées comme pouvant «contribuer à soulager les douleurs de dos». Il est cependant précisé que les patients doivent «commencer à sentir les bienfaits après seulement quelques séances et il n'est pas conseillé de suivre un traitement pendant de longs mois.».

La revue Cochrane de 2011 [22] résume bien ces éléments : la méta-analyse effectuée, incluant 26 essais randomisés, dont 9 étaient considérés comme contenant peu de biais, et totalisant près de 6000 patients, suggérait qu'il n'y avait pas de différence clinique entre les manipulations ostéopathiques et les autres prises en charge, en ce qui concerne la réduction de la douleur et l'amélioration fonctionnelle des patients lombalgiques chroniques.

La littérature se base généralement sur les échelles d'évaluation de la douleur et non sur la satisfaction liée au soin prodigué (en dehors de la douleur). En dehors de cet élément, comment expliquer cette distance entre les avis exprimés par les patients et ceux de la littérature sur l'efficacité ?

.Des similitudes apparentes entre l'ostéopathie et la démarche médicale mais des différences à ne pas négliger.

Chaque patient avait fait l'objet d'un diagnostic médical et d'un diagnostic ostéopathique. L'utilisation d'un vocabulaire parfois similaire mais basé sur des théories différentes qui pouvaient s'opposer, risquait d'être un facteur de confusion pour le patient. Dans les entretiens, certains patients après avoir entendu le diagnostic ostéopathique, ne l'intégraient pas aux propositions médicales et remettaient en cause la prise en charge antérieure de leur médecin. Le risque majeur était d'enkyster le patient dans un modèle purement mécanique opposé à un modèle biopsychosocial de prise en charge de la douleur qui serait plus approprié d'un point de vue médical. Comme l'a théorisé Engel [23] et l'explique A. Berquin [20] « dans le cadre du modèle biopsychosocial, la pratique clinique aura deux caractéristiques essentielles : un élargissement des perspectives et la participation active du patient. (...) Au cours de l'évaluation, il (le soignant) sera particulièrement sensible – en plus et non à la place du bilan somatique – à une évaluation des attitudes et croyances, des attentes, des comportements, des facteurs émotionnels et relationnels, du contexte social, culturel et professionnel. Quant aux stratégies thérapeutiques envisagées, elles comprendront, outre les modalités «traditionnelles» visant à modifier des paramètres physiologiques, divers moyens permettant d'agir sur les facteurs psychosociaux perçus comme participant au problème de santé ».

Ce modèle est essentiel pour la prise en charge des patients lombalgiques chroniques et de leurs facteurs psychosociaux participant à la chronicisation de leur douleur.

L'ostéopathie elle, se définit souvent comme une médecine holistique prenant en charge la globalité du patient afin de déterminer les restrictions de mobilité et pouvoir améliorer l'état

de santé du corps et de l'esprit en levant ces restrictions. Il serait nécessaire de définir quels autres éléments entrent dans cette prise en charge « centrée sur le patient », notamment pour savoir si les facteurs psychosociaux en font partie. En effet, comment les deux approches médicales et ostéopathiques pourraient-elles se rapprocher dans une démarche globale autour du patient si les ostéopathes ne prennent pas en compte les facteurs psychologiques et sociaux des patients lombalgiques chroniques ? [18]

J-Y. Maigne, [5] précisait que sur le plan médical «Les trois axes de traitement sont les exercices, qui mobilisent le dos et renforcent activement les muscles, l'intervention sur le lieu de travail et le soutien psychologique, réunis sous le nom de programme multidisciplinaire». Certains entretiens ont mis en évidence que quelques ostéopathes axaient une partie de leur prise en charge sur la reprise de l'activité, une certaine forme d'éducation thérapeutique. Ces éléments sont cohérents avec les objectifs recherchés dans la prise en charge du lombalgique chronique [9 ; 19 ; 21] et allaient dans le sens du Back Book [21] et des recommandations médicales. L'objectif recherché était l'autonomisation pour une meilleure gestion de la douleur chronique : certains patients ont pu se passer progressivement d'antalgiques, et d'arrêt de travail. Cependant la description par certains patients de séances à répétition semblait contradictoire avec la notion d'autonomisation du patient.

.Une efficacité ressentie sans disparition de la douleur : hypothèses explicatives.

Un certain nombre d'éléments pouvant favoriser l'efficacité de la prise en charge ostéopathique en dehors de la manipulation elle-même ont été repérés.

Puisque la douleur était décrite comme persistante, la satisfaction du patient pouvait être favorisée par d'autres éléments. Le temps consacré au patient jouait manifestement un rôle. Tous les patients ont pu bénéficier de consultations d'une durée moyenne supérieure à 30 minutes. Cette notion était essentielle et constituait pour les patients une possibilité de relâchement lors d'un moment privilégié d'apaisement.

L'association des phases verbales et non verbales de la communication avec des gestes doux, calmes, et un contact prolongé, en opposition à la médecine où chaque geste a un but diagnostic, souvent avec un instrument interposé (stéthoscope, otoscope, tensiomètre...) était un élément clé. Le patient pouvait être impressionné du savoir-faire de l'ostéopathe qui n'utilisait que ses mains pour agir mécaniquement sur son corps.

Un sentiment d'apaisement était souvent retrouvé, pouvant évoquer la relaxation «La relaxation a montré son efficacité dans la prise en charge de la douleur chronique. (...) Elle aide à rompre le cercle vicieux qui s'installe souvent entre douleur et tensions musculaires, (...) La relaxation a un effet «distracteur», elle permet momentanément de réduire l'attention qui est accordée à la douleur.» [24]

La relation instaurée pouvait avoir une composante transférentielle : le patient trouvant chez l'ostéopathe les qualités attendues du soin, à savoir apaisement et douceur, un maternage, et «qu'il prenne soin de lui». [25] Comme l'explique L. Velluet « Il ne faut pas négliger non plus l'importance particulière de l'effet placebo [...] lié lui-même pour une grande part à l'effet sécurisant du transfert ». [26]

L'a priori positif, le coût financier et l'investissement personnel lié aux consultations d'ostéopathie peuvent également être considérés comme des facteurs influençant le résultat attendu par le patient, avant même la réalisation de la séance.

CHALEAT-VALAYER, médecin rééducateur résumait les trois croyances spécifiques à la douleur chronique [6 ; 27] : le catastrophisme «je vais avoir de plus en plus mal», le handicap «la douleur m'empêche de vivre normalement» et le mystère «il n'y a pas d'explication...». L'ostéopathe dans son approche, répondait à ces trois questions en proposant un soulagement, parfois de courte durée, des douleurs, avec une modification de l'image que le patient avait de lui-même (il retrouvait une certaine mobilité), et une réponse à son questionnement sur ses douleurs (modèle mécanique proposé par l'ostéopathe).

L'efficacité ressentie pouvait ainsi passer par autre chose que la manipulation elle-même. Les patients avaient quasiment tous encore mal, mais ne ressentaient plus leur douleur de la même façon, à la fois rassurés par une explication accessible à leur compréhension, qu'on ne leur avait jamais proposée auparavant, et par le fait de pouvoir reconsulter rapidement leur ostéopathe si la douleur s'accroissait. Cela semblait leur permettre d'accepter leur douleur. Le patient avait ainsi trouvé un soignant dont le modèle thérapeutique pouvait correspondre à ses attentes spécifiques.

CONCLUSION

Les patients lombalgiques chroniques recherchent des soignants disponibles qui puissent être attentifs à leurs demandes. Les médecins ont à leur disposition le modèle biopsychosocial pour prendre en compte le patient dans sa globalité mais il nécessite une participation active du patient et son adhésion à cette démarche. Parfois, le patient préfère faire le choix de se tourner vers des alternatives comme l'ostéopathie. Elle peut être un plus par le temps disponible en séance, la facilité du dialogue amené par la proximité physique et le relâchement. Elle peut être un lieu privilégié d'expression de facteurs psychosociaux. Cependant, la réponse que le patient obtient est principalement mécanique avec les manipulations, et ne semble pas permettre au patient d'utiliser l'évocation des FPS pour faire le lien avec sa douleur chronique.

Si le patient trouve satisfaction dans sa prise en charge ostéopathique, cela peut éclairer le médecin sur ses attentes envers son soignant. Mais il semble indispensable que le recours à l'ostéopathe ni-ni soit accompagné sur le plan médical, pour éviter l'enkystement du patient lombalgique chronique dans un modèle uniquement mécanique et l'orienter vers un modèle biopsychosocial plus complet.

Une exploration de l'opinion des ostéopathes sur les facteurs psycho-sociaux, leur rôle dans la chronicisation de la plainte lombalgique et leur éventuelle prise en considération pourrait être informative.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Hadler N-M. Poignardé dans le dos, affronter le mal de dos dans une société surmédicalisée. Canada : Les presses de l'université de laval ; 2011.
- [2] INRS. Les lombalgies. 2010.
<http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=DW%2030>
- [3] Ngyen C, Poirauveau S, Revel M & al. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. *Revue du Rhumatisme* 2009 ; 76 : 537–542.
- [4] HAS. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Décembre 2008.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf
- [5] Maigne J-Y. Le mal de dos pour une prise en charge efficace. Paris : Elsevier Masson ; 2009.
- [6] Bernard, Chaleat-Valayer, Le Blay, Roussouly. Facteurs de chronicisation des lombalgies. Montpellier : Sauramps Médical ; 2012.
- [7] Valat J-P. Factors involved in progression to chronicity of mechanical low back pain. *Revue du Rhumatisme* 2005; 72 : 373-375.
- [8] Trouchon M, Fillion L. Les déterminants biopsychosociaux de l'incapacité chronique liée aux lombalgies. Une recension systématique des écrits. <http://www.irsst.qc.ca/-publication-irsst-les-determinants-biopsychosociaux-de-l-incapacite-chronique-liee-aux-lombalgies-une-recension-des-ecrits-r-253.html>
- [9] Rossignol M & al. Clinique des Lombalgies interdisciplinaires en première ligne.
http://www.csst.qc.ca/nos_partenaires/medecins/Documents/CLIPLombalgiesGuide2006.pdf
- [10] Javerliat P. Réflexion sur le diagnostic. *Apostill* 2004 ; 14.
- [11] Vautravers P, Isner-Horobeti M-E, Maigne J-Y. Manipulation vertébrale – Ostéopathie – Evidences / ignorances. *Revue du Rhumatisme* 2009 ; 76 : 405-409.
- [12] Haas M, Vavrek D, Peterson D & al. Dose-response and efficacy of spinal manipulation for care of chronic low back pain : a randomized controlled trial. *The Spine Journal* 2013 ; 1106-16.
- [13] Andersson G.B.J., Lucente T & al. A Comparison of Osteopathic Spinal Manipulation with Standard Care for Patients with Low Back Pain. *N Engl J Med* 1999; 341:1426-1431.
- [14] Rubinstein SM, Terwee CB & al. Spinal manipulative therapy for acute low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; Issue 9. Art. No.: CD008880. DOI:10.1002/14651858.CD008880.pub2.
- [15] Koyama T & al. The subjective experience of pain: Where expectations become reality. *PNAS* 2005 ; 102(36): 12950-5.
- [16] Villemure C, Bushnell C. Mood influences supra-spinal pain processing separately from attention. *J Neurosci.* 2009 January 21; 29(3): 705–715.
- [17] Registre des ostéopathes de France. Newsletter n° 6 : Démographie 2014, vers une stabilisation de la croissance... ?
http://www.osteopathie.org/documents.php?url=newsletter-n-6---demographie-2014---vers-une-stabilisation-de-la-croissance-2_142.pdf

- [18] Thomson O, Petty N & al. Reconsidering the patient-centeredness of osteopathy. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 2013 ; Volume 16 ; Issue 1: 25-32.
- [19] ANAES. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. 2000. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lombalgie_dec2000_recos.pdf
- [20] Berquin A. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue médicale suisse* 2010 ; 6 : 1511-3.
- [21] Rolant M, Waddel G & al. *The Back Book*. Royaume-Unis : The Stationery Office ; 2002.
- [22] Rubinstein S.M., Middelkoop M., Assendelft W.J. & al. Spinal manipulative therapy for chronic low back pain : an update of a Cochrane review. *Spine* 2011 ; 36(13) : 825-846.
- [23] Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science* 1977; 196(4286):129–36.
- [24] Scaillet N. Approche pluridisciplinaire de la douleur chronique. *Education du patient et enjeux de santé* 2008 ; 26 (3) : 62-67.
- [25] Bioy A, Fouques D. *Manuel de Psychologie du Soins*. Breal ; 2002.
- [26] Velluet L, Catu-Pinaul A. À propos de l'anxiété et de la dépression en médecine générale. http://sist.education.gov.mg/UMVFmiroir/campus-medecine-generale/materiel/Anxiete_depression.pdf
- [27] Tison P, Hautekeete M, Bardiaux C, Roussez A. Croyances dans la douleur chronique. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* 2009 ; 19 (2) : 67-71.
- [28] Lardry J-M. Les professionnels de santé et l'ostéopathie complémentarité, déviance ou expédiant ? book-e-book ; 2011.
- [29] Chambre nationale des ostéopathes. www.cnosteo.com
- [30] Duraffourg M, Vernerey M. Inspection générale des affaires sociales. Le dispositif de formation à l'ostéopathie 2010. http://www.osteopathie.org/documents.php?url=igas_formation_osteopathie_89.pdf
- [31] Ramond-Roquin A, Bouton C, Gobin-Tempereau AS, Huez JF & al. Interventions focusing on psychosocial risk factors for patients with non-chronic low back pain in primary care – a systematic review. *Fam Pract* 2014 ; 31 (4) : 379-388.
- [32] Deloisy C. Prise en charge des facteurs de risque psychosociaux impliqués dans la chronicisation de la lombalgie chronique par les médecins généralistes. Thèse de médecine générale. Université d'Angers, 2013 ANGE 016M.
- [33] Verrier P. Docteur, ce n'est pas dans ma tête, j'ai vraiment mal. *Le médecin du Québec* 2003 ; 38 (6) : 53-60.
- [34] Masquelier E. Le modèle biopsychosocial et la douleur chronique. *Education du patient et enjeux de santé* 2008 ; 26 (3) : 62-67.
- [35] Salmochi J-F, Maigne S. Protocole d'évaluation du lombalgie en pratique quotidienne. *Résonances européennes du rachis* 2005 ; 13 (40) : 1634-1638.
- [36] Deriennic F. Actions de réinsertion des lombalgiques chroniques. INSERM 2000. <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/186/?sequence=12>
- [37] Maigne JY. *Traiter le mal de dos*. Masson. Paris 2001.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE	3
COMPOSITION DU JURY	6
SIGLES ET ABREVIATIONS	7
PLAN	8
RESUME / ABSTRACT	9
INTRODUCTION	11
MATERIEL ET METHODE	13
.Constitution de l'échantillon	13
.Les entretiens et les thèmes abordés	13
RESULTATS	15
.Population.....	15
I/ Le parcours de soin ostéopathique.....	16
II/ La séance d'ostéopathie.....	17
.Un prise en charge centré autour de la manipulation et de la parole	17
.Le ressenti du patient vis à vis de sa prise en charge ostéopathique	19
.Les réponses proposées au patient par l'ostéopathe	21
III/ Le patient et sa lombalgie chronique	21
.Le modèle explicatif évoqué par le patient au sujet de sa douleur	21
.Le retentissement de la lombalgie chronique au quotidien	22
.Des problématiques individuelles liées à son travail et à la vie personnelle	22
DISCUSSION.....	24
.Principaux résultats.....	24
.Forces et faiblesses de l'étude.....	24
.Peu d'éléments pour évoquer une prise en charge des facteurs psychosociaux de chronicité par l'ostéopathe	25
.Un constat paradoxal : des patients lombalgiques chroniques satisfaits.....	26
.Des similitudes apparentes entre l'ostéopathie et la démarche médicale mais des différences à ne pas négliger	27
.Un efficacité ressentie sans disparition de la douleur: hypothèses explicatives	28
CONCLUSION.....	30
BIBLIOGRAPHIE.....	31
TABLE DES MATIERES	33
ANNEXES.....	34
.L'ostéopathie	34
-Définition.....	34
-Historique.....	34
-Exercice de l'ostéopathie en France.....	36
.Les facteurs psychosociaux et le concept biopsychosocial	39
-Définition	39
-Le modèle biomédical classique	39
-Une remise en question nécessaire	39
-L'émergence du modèle biopsychosocial dans les années 1980	39
-Discussion autour du modèle biopsychosocial	41
-Les facteurs de chronicisation de la lombalgie	42
.Grille d'entretien.....	45
.Verbatim.....	46
.Extraits de verbatim intégrés au plan des résultats.....	58

ANNEXES

ANNEXE 1 : L'ostéopathie.

I/Définition :

La définition de l'ostéopathie a évolué au fil du temps.

En 1987, les ostéopathes définissent leur activité lors de la « Convention Européenne d'Ostéopathie » :

« La médecine ostéopathique est une science, un art et une philosophie des soins de santé, étayée par des connaissances scientifiques en évolution. Sa philosophie englobe le concept de l'unité de structure de l'organisme vivant dans ses fonctions. Sa spécificité consiste à utiliser un mode thérapeutique qui vise à réharmoniser les rapports de mobilité et de fluctuation des structures anatomiques. Son art consiste en l'application de ces concepts à la pratique médicale dans toutes ses branches et spécialités. Sa science comprend notamment les connaissances comportementales, chimiques, physiques et biologiques relatives au rétablissement et à la protection de la santé, ainsi qu'à la prévention de la maladie et au soulagement du malade. »

La chambre nationale des ostéopathes (CNO) définit l'ostéopathie comme suit :
« L'ostéopathie est une science et un art de la santé qui repose sur la recherche des déséquilibres et des pertes de mobilités des diverses parties du corps humain et leur normalisation par des techniques manuelles spécifiques. Celles-ci peuvent se résumer en trois volets : techniques structurelles ostéo-articulaires, techniques tissulaires organiques et viscérales, et techniques crâniennes ou crânio-sacrées ». [28 ; 29]

II/Historique.

.La naissance de l'ostéopathie.

A la fin du XXe siècle, Andrew Taylor Still (1828-1917), développe sa théorie de « globalité de l'Homme ». Fils d'un pasteur méthodiste, il est médecin chirurgien pendant la guerre de Sécession. Plusieurs drames dans sa vie l'amènent à se questionner sur l'impuissance de la médecine. Il travaille dans une nouvelle direction pendant des années et pose les bases de l'ostéopathie.

Sa théorie est la suivante : le corps humain serait constitué de « pièces articulées » où toutes les parties sont en relation par l'intermédiaire des articulations. Ainsi, il est impossible qu'une pièce soit atteinte sans qu'il n'y ait de répercussion dans les structures environnantes, qui entraîneront à leur tour des répercussions à d'autres niveaux, jusqu'à ce que toute la machine adopte un fonctionnement différent à cause de la modification originelle d'une seule de ces pièces. Les remèdes permettant de restaurer la santé se trouvent dans le corps même de chaque individu : « Pour guérir, il faut, avec l'aide de Dieu, ajuster les différentes parties du corps qui se trouvent mal alignées afin de permettre une circulation harmonieuse des fluides. »

Les grands principes développés par Still sont :

- La structure gouverne la fonction

La maladie est le résultat de désordres physiologiques ayant pour cause des anomalies anatomiques. Ainsi, un déséquilibre structurel entraînera une souffrance fonctionnelle.

- La loi de l'artère

Le fluide sanguin est l'élément qui maintient en état le corps en réparant son usure. La thérapeutique consiste donc à libérer le flux sanguin afin de permettre au corps de guérir de lui-même.

- L'unité fonctionnelle du corps humain

Par les fascias, tous les éléments du corps sont en continuité les uns avec les autres. Les fascias permettent, en suivant leur tension de remonter au lieu de la cause osseuse du conflit.

- L'information nerveuse

Pour finir, la force vitale est la force unificatrice permettant le fonctionnement harmonieux du vivant.

Il fonde la première école d'ostéopathie « l'American School of osteopathy » en 1892, créant ainsi un diplôme de médecine ostéopathie (M.O.) différent du diplôme médical classique [28] Sa définition est « l'ostéopathie est la loi de l'esprit, de la matière et du mouvement », et il insiste sur l'interrelation des structures et sur les organes de communication qui relient ces structures entre elles. Cette globalité est évoquée par Still sous le terme « unité », qui évoque la tripartition de l'homme entre corps, âme et esprit, ou esprit, matière et mouvement.

.Les successeurs de Still.

Différents courants ostéopathiques émergent à la suite de Still.

Vers 1899, John Martin Littlejohn (1865-1947) devient l'élève de Still mais rapidement des divergences apparaissent, car Littlejohn -qui a fait des études de physiologie à Glasgow- souhaite relier la science médicale et l'ostéopathie. Il revient en Angleterre et fonde la British School of Osteopathy en 1917, permettant ainsi à l'ostéopathie de s'implanter en Europe. Il apporte des bases en physiologie en s'intéressant à la biomécanique, notamment du rachis. Il s'intéresse aussi aux tissus mous et développe le concept d'ostéopathie somato-viscérale. [28] Différentes techniques peuvent-être utilisées comme pas exemple le thrust qui réalise une manipulation à haute vitesse et basse amplitude.

Aux Etats-Unis, un autre élève de Still, William Garner Sutherland (1872-1954), développe l'ostéopathie crânienne centrée sur la mobilité des os du crâne et des fascias s'apparentant à un mécanisme respiratoire. La théorie repose sur la mobilité des os du crâne, la tension réciproque des membranes, la fluctuation du liquide céphalo-rachidien, le mouvement involontaire du sacrum entre les iliaques et la motilité respiratoire du système nerveux central. [28]

En Suède, Thure Brandt (1819-1895) met au point une méthode centrée sur les organes de l'abdomen, l'ostéopathie viscérale. [28]

En France, Robert Maigne, rhumatologue, propose en 1964 une approche différente en cherchant à rapprocher l'ostéopathie de théories plus médicales. Cette approche structurée est nommée « médecine manuelle-ostéopathie », axée sur l'ostéo-articulaire avec des fondements anatomiques et physiologiques. Elle s'oppose aux autres pratiques ostéopathiques fonctionnelles qui recherchent une restriction de mobilité comme l'a décrit Still.

Axée sur la recherche d'une douleur segmentaire provoquée et non de troubles de la mobilité, l'idée de base est que si un segment vertébral est responsable d'une douleur (locale ou irradiée), il doit être douloureux en réponse à certaines manœuvres d'examen. Pour lui la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'ostéopathie repose sur plusieurs éléments :

. Les quatre manœuvres : la pression sur les articulaires postérieures, sur l'épineuse, sur le ligament inter épineux et la pression latérale sur l'épineuse. Leur positivité sur un segment vertébral témoigne d'une souffrance segmentaire.

.La notion de dérangement intervertébral mineur (DIM) : dysfonction douloureuse réflexe et auto entretenue du segment mobile, de nature bénigne, mécanique et réversible sans traduction radiologique.

.La présence d'un DIM constitue une indication au traitement manipulatif, la disparition de la douleur après manipulation constituant une preuve rétrospective de ce diagnostic.

.La loi de la non-douleur et du mouvement contraire : cela consiste à forcer le mouvement passif libre et indolore opposé au mouvement passif douloureux. [5]

.De nos jours.

Il existe actuellement plusieurs courants ostéopathiques mais qui se séparent en deux tendances :

-Une première, où le lien veut être fait vers la médecine (médecine manuelle ostéopathique). Elle veut pour cela avoir des bases solides, des concepts scientifiquement prouvés, et acquérir des techniques et méthodologies qui tendent à reproduire la méthodologie des études médicales avec sa notion de « médecine fondée sur les preuves ». Les concepts qui ne sont pas basés sur des éléments scientifiques reconnus doivent être délaissés.

-Une seconde, où l'ostéopathie repose au contraire sur des concepts découlant de la théorie vitaliste de Still ou de ses successeurs avec l'ostéopathie viscérale ou crânienne. D'autres ostéopathes revendiquent parfois leur propre approche, avec des concepts qui peuvent sembler loin des connaissances médicales que nous avons. Mais pour eux, il n'existe pas à l'heure actuelle, la possibilité de prouver scientifiquement leurs théories, car elles se situent dans une autre sphère que la sphère médicale.

III/L'exercice de l'ostéopathie en France.

.Se former à l'ostéopathie.

Actuellement, il existe toujours en France plusieurs approches ostéopathiques, enseignées dans des écoles très hétérogènes au niveau de leur formation. On peut nommer l'approche structurée et les approches fonctionnelles : viscérale et crânienne mais aussi d'autres comme

l'approche bioénergétique, somato-émotionnelle. D'autres éléments peuvent être inclus dans la pratique comme par exemple la posturologie, la diététique, la phytothérapie etc..

Réservée aux seuls médecins jusqu'à la loi de 2002, pratiquée largement par des masseurs-kinésithérapeutes qui avaient choisi de devenir ostéopathes, cette pratique manuelle fait l'objet d'un engouement tel que plus d'une quarantaine d'écoles privées ont profité de la procédure offerte pour obtenir, parfois dans des conditions contestables, un agrément leur permettant d'accueillir des élèves. [30]

La formation se fait par la voie des diplômes interuniversitaires de « médecine manuelle – ostéopathie » pour les médecins, ou par la voie des écoles privées agréées, pour les professionnels de santé et pour les simples bacheliers.

En 2010, 45 écoles sont agréées (24 écoles dispensant une formation ouverte à tous et 21 écoles étant réservées aux professionnels de santé). [30]

L'augmentation du nombre d'écoles, et donc du nombre d'ostéopathes chaque année, risque d'entraîner un quasi-doublement de leur nombre en cinq ans en France, déjà recensé à 11 608 au 11 décembre 2009. Du coup l'activité économique moyenne par praticien risque de connaître un ralentissement rapide.

.Le cadre légal.

Tout change avec la Loi du 4 mars 2002 qui officialise la pratique de l'ostéopathie. Les ostéopathes doivent être diplômés d'un établissement de formation agréé par le ministère chargé de la santé dans des conditions fixées par décret. Avec cette disposition législative, l'ostéopathie se voit reconnaître une identité propre.

Avant cette Loi, l'ostéopathie était réservée aux médecins.

En 2007, deux décrets réglementent respectivement les actes pratiqués et les conditions d'agrément des écoles de formation (les décrets n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie et n° 2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation).

Les décrets de mars 2007 sont en train de modifier considérablement le paysage de l'ostéopathie en France.

.Le décret n°2007- 437 du 25 mars 2007 règle la question du programme en trois articles :

=> l'article 1er fixe le principe du partage entre enseignements pratiques et théoriques et pose la règle de l'absence d'enseignements relatifs à la pratique des actes non autorisés au titre des dispositions de l'article 3 du décret n° 2007-435 ;

=> l'article 2 fixe la durée minimale de formation à 2 660 heures et détermine la part respective des enseignements théoriques des sciences fondamentale et de biologie (1 425

heures réparties en 6 unités de formation) et celle applicable aux enseignements théoriques et pratiques de l'ostéopathie fixés à 1 225 heures sans donner la moindre définition du contenu ;
=> l'article 3 pose le principe des dispenses auxquelles peuvent prétendre les professionnels de santé.

L'arrêté du 25 mars 2007 décompose le programme là encore en trois articles :
=> l'article 1er répète essentiellement les dispositions de l'article 2 du décret n° 2007-437 ;
=> l'article 2 fixe les heures applicables à chacune des six unités de formation de la phase d'enseignement des fondamentaux et en précise les contenus ;
=> l'article 3 décompose sommairement la phase d'enseignements théoriques et pratiques de l'ostéopathie en trois unités de formation A, B et C, sans en détailler les contenus.

Mais ces textes ne définissent ni la nature des actes pratiqués ni le contenu précis de la formation aux concepts et à la pratique de l'ostéopathie.

Certaines manipulations sont interdites (les manipulations gynéco-obstétricales et les touchers pelviens) suite aux positions exprimées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français et par l'OMS ; d'autres manipulations (les manipulations chez le nourrisson de moins de 6 mois et les manipulations du rachis cervical) ne sont réalisables qu'après un diagnostic médical attestant de l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie.

L'Académie de médecine dans un rapport du 10 janvier 2006 émet un avis critique sur l'ostéopathie et la chiropraxie qui « *s'appuient sur des a priori conceptuels dénués de tout fondement scientifique* » et soutient la vision d'une ostéopathie confiée aux médecins et aux masseurs-kinésithérapeutes sur prescription médicale. Le rapport de l'académie est clairement opposé à l'attribution d'un titre d'ostéopathe aux personnes n'exerçant pas une profession de santé.

Aucune autre indication sur le contenu exact de la formation à l'ostéopathie n'est donnée si ce n'est au dernier alinéa de l'article 3, la référence, en rapport avec le décret n° 435 sur les actes, au fait que « *Tout enseignement relatif à une approche viscérale ou crânio-sacrée, à des pratiques se rapportant à la sphère urogénitale ainsi qu'à une pratique de l'ostéopathie chez la femme enceinte est strictement exclu de la formation* ».

ANNEXE 2 : Les facteurs psychosociaux et le concept biopsychosocial.

I/ Définition.

Les facteurs psychosociaux sont un certain nombre de facteurs qui ont été identifiés comme jouant un rôle potentiel dans la chronicisation de certaines douleurs. [3 ; 6 ; 31]

« Dans le domaine de la lombalgie, les facteurs psychosociaux sont de meilleurs prédicteurs du risque de passage à la chronicité que les facteurs biologiques ou biomécaniques. » [20]

Un très grand nombre d'éléments ont été identifiés comme étant des FPS.

Ils constituent un ensemble de signes d'alerte devant aiguiller le médecin généraliste sur la possible évolution vers une lombalgie chronique. [32]

« Toute douleur a une composante psychologique, affective et comportementale (IASP) [33]

II/ Le modèle biomédical classique.

Le modèle biomédical définit la maladie uniquement en paramètre somatiques, les facteurs psychosociaux ne sont pas pris en compte. Il part du principe que toutes les maladies, y compris les maladies mentales, doivent être conceptualisées en termes de perturbation des mécanismes physico-chimiques. Les problèmes de santé qui ne peuvent être expliqués sont exclus du champ de la maladie. [34]

Dans le cadre de la lombalgie -considérée comme une maladie- la douleur est l'expression d'une lésion tissulaire qu'il convient de rechercher et de réparer. C'est le rôle du médecin qui est responsable du diagnostic et du traitement face à un patient passif [35]

III/ Une remise en question nécessaire.

En 1977, le Professeur George L. Engel, professeur de psychiatrie et de médecine à l'Université de Rochester, fut l'un des premiers à remettre en question le modèle biomédical et sa conception réductrice de la maladie biologique [23]

Au niveau de la lombalgie, l'expérience clinique met rapidement en échec ce modèle : « la cause exacte de la douleur est impossible à prouver; la même lésion apparente n'aura pas les mêmes conséquences selon les individus; la douleur chronique devient chronologiquement indépendante de toute lésion tissulaire » [35]

IV/ L'émergence du modèle biopsychosocial dans les années 1980.

Dans le modèle du Professeur Engel, le modèle biopsychosocial est une « représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie. » [20]

C'est un élargissement du modèle biomédical où les facteurs biologiques sont présents mais aussi les facteurs psychologiques et sociaux liés au patient et à son environnement.

« Il ne s'agit pas d'une conception psychologique ou psychiatisante – ni sociologisante – de la maladie. De plus, il faut souligner que le terme «psychologique» réfère essentiellement à des processus cognitifs, émotionnels et comportementaux normaux, relevant entre autres de l'interprétation des symptômes par le sujet, et non à des aspects psychopathologiques. » [20]

« La pratique clinique aura deux caractéristiques essentielles : un élargissement des perspectives et la participation active du patient. L'élargissement des perspectives traduit le fait que le soignant conserve en permanence à l'esprit la notion que les déterminants de la santé et de la maladie sont multiples et divers. Au cours de l'évaluation, il sera particulièrement sensible – en plus et non à la place du bilan somatique – à une évaluation des attitudes et croyances, des attentes, des comportements, des facteurs émotionnels et relationnels, du contexte social, culturel et professionnel. Quant aux stratégies thérapeutiques envisagées, elles comprendront, outre les modalités «traditionnelles» visant à modifier des paramètres physiologiques, divers moyens permettant d'agir sur les facteurs psychosociaux perçus comme participant au problème de santé. » [20]

Dans le cadre de la lombalgie chronique, le Professeur Gordon Waddell, chirurgien orthopédiste écossais, développe aussi un modèle biopsychosocial en 1993 qui met au second plan l'aspect lésionnel vertébral de départ. C'est l'apparition d'une hypersensibilité périphérique –par des modifications du fonctionnement du système nerveux secondaires aux douleurs- associée à l'influence de la structure mentale du patient et certains facteurs sociaux qui sont prépondérants dans la chronicisation des lombalgies. [35]

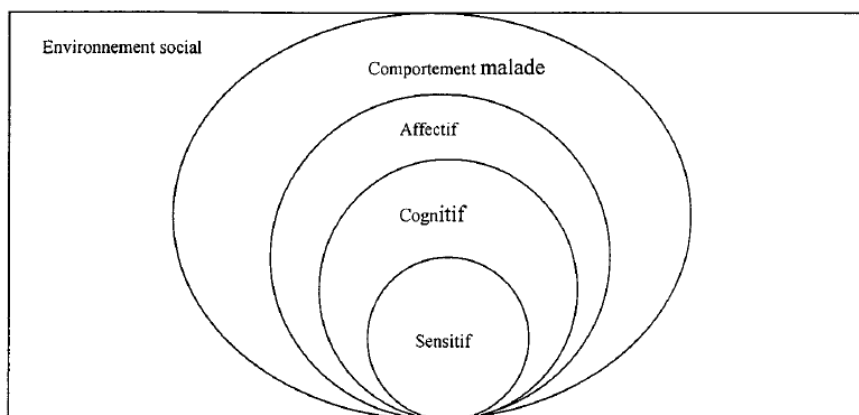


Fig. 7-3 Modèle biopsychosocial de la douleur chronique et de l'incapacité d'après Waddell et coll. (1993).

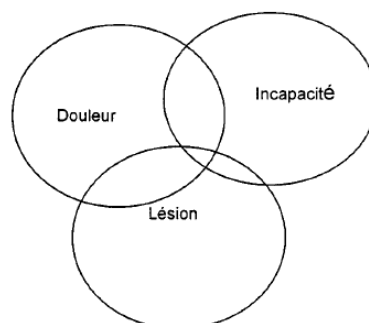


Fig. 7-1 Relations entre incapacité, douleur et lésion d'après Waddell et coll. (1993).

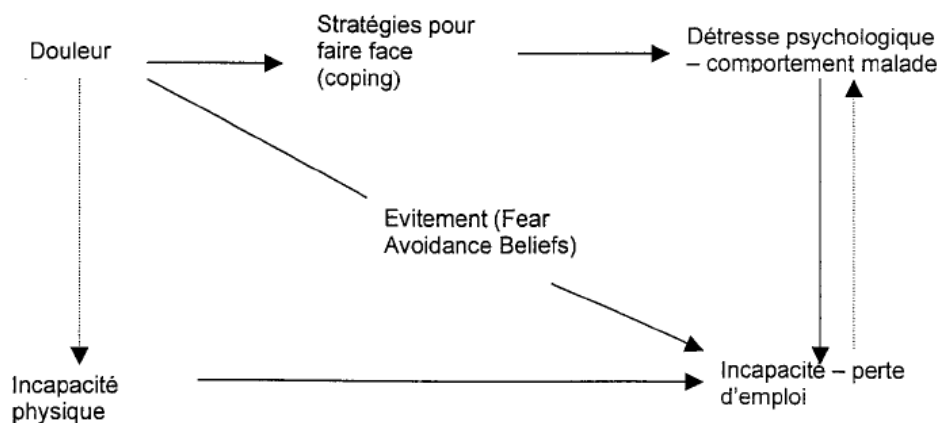


Fig. 7-2 Principaux circuits cognitifs, comportementaux et affectifs possibles entre lombalgie et incapacité d'après Waddell et coll. (1993).

(Source figure [36])

V/ Discussion autour du modèle biopsychosocial.

A ce jour, le modèle biopsychosocial reste mal compris et peu utilisé. [34]

Le risque est de le réduire à un « supplément d'empathie, à ces petites attentions destinées à « humaniser les soins »... et dont on peut à la rigueur se passer lorsque le temps est compté. Nombreux également sont les soignants qui le considèrent comme synonyme de «psy», comme signifiant que certaines maladies résulteraient uniquement d'une problématique émotionnelle. D'autres enfin l'assimilent à une démarche «holistique» aux relents alternatifs, voire mystiques, suspects et incompatibles avec une démarche scientifique rigoureuse. » [20]

Il est difficile d'intégrer les éléments psychologiques et sociaux dans la prise en charge du patient. Une grande part de subjectivité intervient dans la reconnaissance des facteurs psychosociaux. Et régulièrement, le praticien se trouve confronté à un patient réticent à l'idée que les émotions pourraient influencer sur sa douleur. Il perçoit ses réactions émotionnelles comme la conséquence de sa douleur chronique (détresse psychologique). [33]

Le modèle du professeur Waddell comporte aussi des limites. Minimisant l'atteinte lésionnelle de départ, il le réduit à un simple « dysfonctionnement » des tissus mous au risque d'ignorer les répercussions potentielles de certaines atteintes (discales notamment). [35]

« Jean-Yves MAIGNE propose donc un modèle considérant la lombalgie comme un processus intégrant successivement trois éléments (cercles) [37]

1) Le premier cercle : la lésion vertébrale.

Le patient désigne une localisation douloureuse qui rentre dans un cadre nosologique connu : il existe un facteur positionnel influant la douleur (assis ou debout prolongé : origine discale, marche : facteurs sténosants, rotations du tronc : origine thoracolombaire, fin de nuit : composante inflammatoire); il existe une possibilité (théorique) de visualisation à l'imagerie; enfin les traitements spécifiques doivent avoir une certaine efficacité.

2) Le deuxième cercle : l'atteinte neurogène.

les douleurs ont deux caractéristiques : elles sont diffuses et permanentes; il y a une absence de réponse aux traitements habituels, l'imagerie n'est pas concordante; le type de douleur est particulier : brûlure ou sensation de froid douloureux, décharge électrique, il existe des symptômes associés (fourmillements, picotements, engourdissement, démangeaison), une hypoesthésie au tact ou à la piqûre contraste avec l'exacerbation au simple frottement; la cause de ce type de douleur est à rechercher dans un dysfonctionnement des voies de la douleur, tel qu'on le trouve dans la fibromyalgie, les dépressions masquées ou certains troubles d'allure névrotique (anxiété, situation de stress)

3) Le troisième cercle : l'atteinte psychogène.

Ce modèle insiste sur le fait que la douleur chronique doit être analysée en termes d'incapacité (l'incapacité lombalgique) plus que de douleur et sur le rôle des facteurs psychosociaux dans le passage à l'état chronique.

Il montre également qu'au-delà de 3 mois, les chances de guérison diminuent et le coût médical et social augmente, justifiant l'importance d'être sensibilisé aux modes de chronicisation.

Il développe une modélisation de la lombalgie fondée sur la séparation aigu-chronique et montrant qu'il s'agit de maladies potentiellement différentes.

D'autres modèles existent pour appréhender la douleur chronique dans le cadre biopsychosocial. Par exemple le modèle de Chapman modélisant la perspective biopsychosociale de la douleur chronique et le modèle de Gatchel permettant de comprendre la transition de la douleur aiguë à la douleur chronique et la persistance de la détresse psychosociale qui l'accompagne. [33]

VI/ Les facteurs de chronicisation de la lombalgie.

« Dans le domaine de la lombalgie, les facteurs psychosociaux sont de meilleurs prédicteurs du risque de passage à la chronicité que les facteurs biologiques ou biomécaniques. » [20]

Ces facteurs de risque de passage à la chronicité et d'entretien de la lombalgie ont été identifiés sous le nom de Yellow Flags (drapeaux jaunes). [3]

Leur présence exige une prise en charge renforcée.

1) Facteurs liés à l'examen clinico-radiologique.

Certains éléments de l'examen clinique ou des examens radiologiques sont statistiquement associés à une chronicisation plus fréquente des lombalgies comme :

- la positivité au test de Lasègue, on note ainsi une association positive entre la présence d'un Lasègue et le nombre de jour d'absence au travail
- une sensation de déficit fonctionnel mesuré par le questionnaire de Roland Morris (mesure l'atteinte fonctionnelle en incluant le travail)
- les anomalies radiologiques dégénératives
- une atteinte de la flexion latérale, de l'extension sagittale, de la flexion sagittale

- on observe une durée d'absence supérieure pour les patients dont la douleur irradie [7]

La durée d'incapacité est souvent liée au nombre, à la durée et à la gravité des épisodes de lombalgie antérieurs. Plus les antécédents sont lourds, plus on augmente les chances que l'information donnée au patient sur sa lombalgie soit incomplète, ce qui favorise la pensée que c'est plus grave que prévu.

2) Facteurs biomécaniques.

Certains facteurs de l'environnement jouent un rôle dans l'évolution de la lombalgie

- un travail nécessitant une posture prolongée,
- un soulèvement de charge lourde
- un haut degré de précision,
- des vibrations

Au contraire, l'ergonomie au travail semble être un facteur protecteur.

3) Facteurs psychosociaux : Yellow flags.

Ils constituent un ensemble de FPS à repérer pour prévenir la chronicisation de la douleur. On peut les regrouper en plusieurs catégories : [2]

.Les facteurs émotionnels.

Il regroupent par exemple, l'état anxio-dépressif voire la détresse psychologique, la sensation d'être toujours en mauvaise santé, de ne « pas avoir de chance dans la vie », l'augmentation des sensations corporelles, un retrait des activités sociales ou un rôle surprotecteur du conjoint, toujours nocif. La passivité face à la maladie, le refus de s'impliquer personnellement et activement dans le traitement sont presque toujours présents.

On peut parfois retrouver des éléments familiaux particuliers : deuil, rupture affective, hyper sollicitation professionnelle, difficultés familiales...

.Les facteurs professionnels.

On y trouve les éléments suivants : l'inadaptation physique, l'insatisfaction professionnelle, une faible qualification professionnelle, un travail jugé monotone, ennuyeux ou non satisfaisant, de mauvaises relations avec les collègues de travail ou la hiérarchie, stress, la perception d'un environnement hostile, l'impossibilité de modifier le travail. Très loin derrière viennent les contraintes physiques liées au travail (comme le port de charge, les tâches physiques lourdes).

.Les fausses croyances.

Les fausses croyances sont d'abord celles du patient lui-même sur le mal de dos, vu comme un handicap sévère dont on ne guérit jamais et que seuls peuvent soulager le repos et l'immobilité. Il s'ensuit une réduction de l'activité et des comportements d'évitement qui ne font que majorer l'incapacité. Ces fausses croyances sont évaluées par le questionnaire FAQB (Fear Avoidance Belief Questionnaire).

Mais il existe aussi des croyances du médecin lui-même vis-à-vis du mal de dos, qu'il va transmettre à son patient. [5 ; 6]

Par exemple : les contraintes physiques du travail sont la cause des lombalgies, il ne faut pas bouger à cause de la douleur, le repos est bénéfique.

On connaît aussi le rôle nocif de l'imagerie lorsqu'elle est mal maîtrisée et mal commentée.

Enfin, de fausses croyances en santé publique ont guidé les politiques. La notion d'accident de travail s'avère plus nocive qu'utile. Le patient, appelé « le blessé » dans les formulaires de sécurité sociale, passe du statut d'imprudent à celui de victime. Grâce à sa douleur, il jouit de privilèges que n'ont pas les autres. L'accident de travail est une vraie garantie de chronicité. »

.Les facteurs personnels.

Ils sont intimement liés au patient, comme un bas niveau d'éducation et de ressource, le manque de confiance en ses propres capacités (comme retourner au travail par exemple).

Chez certains patients, on peut observer une absence de réponse à toute thérapeutique quelle qu'elle soit, voire réaction négative ou intolérance à certaines thérapeutiques, une réticence globale aux soins, des attentes de « guérisons magiques », sans grand investissement du patient dans les soins, l'aggravation du tableau clinique et du retentissement fonctionnel face à tout essai.

.Les éléments en lien avec la clinique.

Chez ces patients à risque de chronicisation, on retrouve également des antécédents de lombalgie, un ressenti majoré de l'intensité de la douleur, un impact fonctionnel important de la douleur, longue période d'absence pour maladie (lombalgie ou autre), irradiation radiculaire de la douleur.

Parfois, la description de la douleur montre un caractère luxuriant, polymorphe, atypique, discordant entre intensité et comportement, son importante variabilité descriptive dans le temps, caractère diffus souvent envahissant, souvent sans relation organique et aussi avec de nombreux symptômes associés. Il semble parfois y'avoir une absence de relation directe entre la douleur, son retentissement fonctionnel et les lésions organiques qui ont pu être mise en évidence.

.Les facteurs liés à la prise en charge initiale.

Comme l'importance du handicap ressenti, la durée de l'arrêt de travail initial, l'importance de la médicalisation et précision du diagnostic lésionnel.

ANNEXE 3 : Grille d'entretien.

-Modulable en fonction du déroulement. Idées de relances.

Objectif : favoriser les associations d'idées, faire des relances.

S'introduire : Bonjour, je travaille avec le Pr Huez sur la lombalgie chronique. Nous avons cependant peu d'information sur la prise en charge proposée par les ostéopathes. C'est pour cette raison que nous nous rencontrons aujourd'hui, pour parler de vous, et de l'ostéopathie !

Pour les besoins de l'anonymat, si ça ne vous dérange pas, je ne vous appellerai jamais pas votre nom au cours de l'entretien puisque avec votre accord, celui-ci est enregistré.

Début de l'entretien

1) Avant d'aller voir un ostéopathe pour la première fois, aviez-vous un avis sur l'ostéopathie ? Des a priori ?

2) Pouvez-vous me raconter le déroulement de la consultation chez l'ostéopathe ? Comment ça se passe ?

-qu'est-ce qu'il vous a fait ? Vous a-t-il examiné ? Quels gestes a-t-il fait ?

-qu'avez-vous ressenti au niveau du dos ? Le soir même ? Les jours suivants ?

que votre dos ? - de quoi avez-vous parlé ? il vous a interrogé ? Avez-vous abordé d'autres sujets -et vous comment vous vous êtes senti après la consultation ? Les jours suivants ?

-Avez-vous déjà vu d'autres ostéopathes ? C'était différent ?

3) l'ostéopathe

-comment vous l'avez connu ? Vous le voyez à quelle fréquence ? il a un avis sur votre douleur ?

-il connaît un peu votre vie ? Lui avez raconté des choses personnelles ? De quelles natures ? Pensez-vous que c'était important qu'il sache ces choses-là ?

4) décrivez moi votre douleur

- A quel endroit ?

- A quel moment ?

-Certaines périodes plus qu'à d'autres ?

-Eléments déclencheur/aggravant/soulageant ?

5) vous diriez que cette douleur a un retentissement important sur votre vie ?

- Cela vous empêche-t-il de faire des activités ? (*au fait, quel est votre métier ?*)

- Comment votre entourage perçoit-il cette douleur ? (travail et famille)

-D'ailleurs, je ne vous ai pas demandé, quelle est votre situation familiale ?

-Vous pensez qu'il peut y avoir un lien entre des évènements de vie particuliers et les douleurs ?

6) Pour vous qu'est-ce qui a été le plus bénéfique au cours de la séance avec l'ostéopathe ?

-Qu'est-ce qui vous a le plus marqué ?

ANNEXE 4 : Verbatim.

Entretien N°4.

Est-ce qu'on pourrait commencer d'abord par parler de comment se déroule une séance d'ostéopathie ?

Oui, fin, telle qu'elle se pratique actuellement ?

Telle que vous, vous l'avez vécue ?

Ça dépend, parce que telle que je la vis, telles que je les vis actuellement, puisque j'y vais depuis le mois de septembre, chez l'ostéopathe que j'ai rencontré là, chez lui, ce que j'ai beaucoup apprécié, c'est que la toute première séance, il prend le temps.

Donc, on y va avec ce qu'on a déjà de radios antérieures, il n'est pas obligé que les radios soient très récentes. Au contraire, parce que comme ça il voit l'évolution, et il prend bien le temps de les observer, et il vous dit vraiment techniquement ce qu'il voit, ce qu'il observe.

Bon pour ma part, il m'a dit des choses que je savais déjà, mais il m'a dit aussi appris des choses que je ne savais pas et qui auraient du être interprétées en temps et en heure par les généralistes, ou le généraliste qui m'avait envoyé faire des radios à cette époque-là, et qui n'ont pas été interprétées. Or c'est très important pour après, faire des soins.

Alors tel que c'est là, ça me convient. Dans le passé donc heu... dans d'autres villes enfin bon bref, j'ai eu à faire aussi à des ostéopathes, y'a 20 ans, même 30 ans on peut dire, mais il y a 30 ans c'était encore une profession balbutiante, heu, parce que heu, fin je pense qu'il y avait pas vraiment d'école ostéopathe, ou très très peu, c'était vraiment des kiné qui se formaient heu, qui bon....y'avait pas un regard je pense, des autorités médicales sur cette profession vraiment pointue. Y'a 30 ans je parle, des années 80, c'est vrai que c'était pas encore heu... fin je dirai une discipline reconnue comme étant performante, donc voilà.

Et puis y'a toujours le frein à la Française, qui est que tout ce qui est nouveau de toute façon...

Mais je vois, ce qu'il y a de bien actuellement chez celui chez qui je vais c'est que la 1ere séance, il prend son temps.

Après ça, les autres séances, même toutes les séances, il chauffe les muscles autour des vertèbres, quand il y a à faire manipuler les vertèbres, et donc par des massages, et aussi avec des lampes chauffantes, et ça c'est très bien. Et ça j'avoue que selon mes expériences antérieures, c'est rare. Souvent les ostéopathes que j'ai connus dans n'importe quelle ville de France, que ce soit Nantes, Paris etc...heu, ou les rhumatologues qui font de l'ostéopathie aussi, c'est que souvent, on vous fait une manipulation de la colonne vertébrale je dirais à froid, entre guillemets, ce qui fait que heu... D'une part il y a une angoisse de la part du patient, fin moi c'est ce que j'ai ressenti et je suis pas la seule, y'a une angoisse, parce que d'une part, c'est douloureux, et puis on appréhende ce côté craquement un peu, alors que là, heu les muscles sont chauffés, les tissus sont bien ramollis etc ... y'a une manipulation qui est beaucoup plus douce. Fin je veux dire, on sort de la séance heu réconforté, fin je veux dire remis d'aplomb.

Combien de temps dure une consultation ?

Alors une consultation actuellement avec celui que j'ai donc c'est la 1ere séance comme je le disais 1h, et les autres, c'est de 30 à 40 minutes, mais c'est quand même je trouve bien, parce que d'autre concurrents à lui que j'ai pu effectivement, voir dans le passé aussi, dans la

région, heu, je vais être très claire, font carrément de l'abatage. C'est à dire que on arrive, on se connaît pas ni d'Eve ni d'Adam, on regarde à peine les radios qu'on apporte... Quand même quand on a des radios, qu'on connaît pas quelqu'un, et pis ça y est crac boum, vous êtes sur la table de manipulation et on commence et heu, heu, le gars prend un thé, prend même pas le temps de déjeuner.....Fin ça c'est important, si le praticien lui-même se met en position de stress pour ce genre de pratique, je trouve que c'est pas bon pour le patient parce qu'on peut le ressentir. Et effectivement ce jour-là, je ne connaissais pas, on m'avait recommandé quelqu'un, qui ne me connaissait pas non plus, qui a regardé mais bon, à peine pris le temps de, de je veux dire d'analyser les radios et puis de me poser des questions quoi, et en plus comme il était en retard, je pense qu'il voulait rattraper... ça m'a paru être quelque chose à la chaîne, et ça je trouve que c'est très dommage... D'abord, ça porte un discrédit sur la profession, et on n'a pas la sensation que le patient heu, ben heu, finalement on a pris le temps et le soin de le sortir d'une situation douloureuse, parce que si on vient chez l'ostéopathe, c'est par ce qu'on a mal. C'est un peu comme le dentiste. Le dentiste, on y va que si on a mal, alors que le dentiste, on devrait y aller aussi 1 fois par an par examen. Mais voilà, si on a mal, si on est en situation inflammatoire, faut pas brusquer encore en plus le patient. Ça c'est mon avis.

Alors, avec votre ostéopathe actuellement, combien de temps dure la manipulation sur la consultation ?

Ca dépend des fois. Heu je dirai peut être 50%. Je ne sais pas trop donner de pourcentage, parce que ya aussi le fait que il est un peu enseignant, fin je veux dire par là, il donne des conseils également d'exercices à faire par soi-même. Oui y'a tout un côté de sa part soignant, pédagogue, donc heu voilà, la manipulation en elle-même je sais pas dire, peut-être la moitié.

D'accord, donc ya quand même la moitié du temps qui est consacrée à autre chose que la manipulation ?

Qui est consacrée d'abord à la préparation de la manipulation ce que je vous disais, avec les massages, et les massages représentent une part importante avec les huiles essentielles, et puis a le côté pédagogie, faire en sorte que bon, heu on continue un peu l'action qu'il a menée dans son cabinet chez soi.

En quoi consistent les manipulations qu'il effectue sur vous ?

Alors les manipulations heu, sur moi, personnellement, donc heu, visent à... comment pourrais-je expliquer, à déverrouiller, enfin je sais pas si le terme est très médical, plutôt des endroits de la colonne vertébrale qui sont je dirai tendus... Fin si on regarde le côté osseux, il apparaît sur les radios, d'ailleurs j'en ai fait faire de très très récentes à Noël dernier qui confirment ce qui avait été vu il y a 6 ou 7 ans, à savoir donc un problème de cervicales, une raideur, et ce qui existe depuis mon adolescence, c'est-à-dire ça fait 40 ans non ? Ben heu une scoliose, et puis heu un problème L4 L5 c'est à dire les lombaires avec une hémisacralisation, et sont apparus, ce pour quoi j'y vais, sont apparus depuis plusieurs années là, avec des, des moments plus ou moins douloureux, heu, un problème de sciatique qui avait été mal diagnostiqué là où j'habitais avant, comme étant plutôt un problème d'ischio jambiers alors que c'est pas du tout les ischio jambiers, c'est un problème de sciatique, et là, l'ostéopathe m'a bien confirmé que j'avais une naissance de bec de perroquet c'est pas le terme médical, je suis désolée...

Si c'est tout à fait le terme médical.

Non, c'est ostéopathie non je crois ?

Ostéophyte.

Ostéophyte merci, et heu, parce que depuis je suis aussi allée me renseigner sur internet, qui est un complément pour moi et pas une fin en soi je le précise parce que le problème d'internet, petite parenthèse que je me permets, ya des gens qui comme on faisait autrefois pour le dictionnaire médical Larousse, s'imaginent qu'ils ont toutes les maladies une fois qu'ils ont consulté. Non je crois que c'est plutôt une façon de visualiser les choses. Et donc le bec de perroquet est très mal placé là du côté de L4 L5, c'est-à-dire s'il appuyait de l'autre côté ça serait très bien, mais il appuie sur le nerf sciatique qui sort entre les 2 vertèbres, évidemment fallait qu'il soit placé là, ce qui rend mes mouvements je vais dire, heu, de se baisser, douloureux, fin bon bref, c'est de la sciatique chronique. Donc je ne peux pas rester comme ça, y'a des moments où c'est extrêmement douloureux ou je peux plus me baisser, je peux plus faire de mouvement, je ne peux pas rester comme ça.

Alors j'ai appris que le bec de perroquet grâce à mon ostéopathe actuel, c'est effectivement une calcification, qu'en fait ya pas grand-chose à faire parait-il, hormis peut-être une chirurgie, et j'en suis très loin, je veux pas parler de chirurgie ni en entendre parler pour le moment, et je fais tout actuellement, je veux dire pour prendre des exercices avec un coach sportif en mars, je vais refaire de la piscine etc, de l'aquagym aussi, et ça c'est apparu, que je maigrisse. Parce que la surcharge que j'ai prise, pondérale, depuis plusieurs années, pondérale, fait que effectivement, c'est le radiologue qui l'a déterminé, ça appui, et c'est mauvais.

Donc là actuellement, c'est pas une question d'esthétisme seulement, c'est une question vitale, donc je l'ai compris. Malheureusement, heu perdre 10 kilos, 15 kilos, 20 kilos en claquant des doigts, c'est très dur, mais ça c'est un autre sujet. Déjà, refaire des exercices, la piscine, c'est très bon parce que j'adore l'eau, et on sait que tout corps un peu, un peu, je veux dire lourd, dans l'eau, de toute façon, flotte. Les exercices sont plus faciles.

Donc c'est cet ostéophyte là ce bec de perroquet que l'ostéopathe a vu sur les radios qui n'avait pas été vu avant ?

Qui avait pas été vu par, du moins qui n'avait pas été analysé, parce que j'ai une bonne mémoire, pas analysé et je dirai, pas soigné, mais dont on aurait pu à l'époque, parce que les radios précédentes que j'avais fait en 2006, je trouve que là où j'habitais avant, le généraliste que je voyais aurait pu certainement par prévention me faire faire déjà de l'ostéopathie, donc là je vais pas dire j'ai un retard de 7 ans... Mieux vaut tard que jamais, mais je suis quand même arrivé à un point où ça aurait pu être non pas prévenu, mais traité, soulagé on va dire.

Depuis combien de temps vous avez mal au dos ?

Pff, mal au dos... Tel que j'ai là en ce moment, ça fait, quand on est allé sur le mauvais diagnostic, c'était quand même 2006, ça fait quand même 6-7 ans... Avec quand même des, des périodes de pointes, pas de pointes, et si on m'a orienté sur les ischio-jambiers et en fait c'est pas les ischio jambier, on est mal parti quoi voyez, donc heu... Voilà, et puis, heu, bon ben ça fait plusieurs années. Maintenant, ça c'est pour les becs de perroquet. Pour la scoliose, elle s'est mise en place à l'adolescence, j'en ai pas eu tout de suite tout de suite connaissance, bien que ma mère à l'époque m'avait fait faire le plus d'examen possible comme on le faisait

à l'époque c'est à dire dans les années 70-80... Ceci dit bon, il est vrai que la scoliose, beaucoup d'adolescent en ont donc je dirais que les médecins de l'époque s'en préoccupaient pas plus que ça, mais j'ai eu un métier très physique, heu, à partir de l'âge de 20 ans jusqu'à 39 ans, j'ai dû porter beaucoup de paquets de valise, et surtout voyager beaucoup avec tous ces paquets-là, avec toutes ces charges, avec en plus des fois bon, être assise dans des moyens de locomotions pas toujours très confortable suivant les destinations, et je pense que ça entre 20 et 40 ans ça a accentué beaucoup les problèmes de dos qui se fragilise.

Et à cette époque-là vous aviez déjà mal au dos ?

Oui, oui, moins que maintenant parce que j'avais aussi moins de surcharge pondérale, mais tout est un peu lié.

Qu'est ce que vous faisiez comme métier ?

Alors j'étais guide interprète, et accompagnatrice de voyage, c'est-à-dire 6 mois par an partir avec les valises etc, dans des pays ou on était, on avait pas toujours des moyens de transports très confortable, tel que les autocars locaux qui pouvaient être heu... Plutôt des caisses qu'autre chose, pas toujours, mais bon en général, les couchages aussi on pouvait avoir de petites surprise... Mais bon la plupart du temps on était dans des endroits où les matelas étaient bons... ça aussi le couchage c'est très important, parce que quand on a déjà une destination ou on a fait 12 h d'avion, on a eu je sais pas combien d'heure de décalage horaire et si en plus on a des couchages affreux, non, on a eu cette chance d'avoir des couchages même souvent beaucoup plus dur que chez moi.

Ceci dit, là on parle du coté mécanique, mais je vois que le coté stress, et je m'en suis rendu compte au cours de ces années, est très important pour le mal de dos, parce que dès qu'on a, je me suis rendu compte de ça, dès qu'on a une petite douleur quelque part, un souci ou un stress, forcément, la douleur est décuplée, c'est à dire les cervicales, les trapèzes, le rachis lombaire. On sent que si quelque chose ne va pas, ben c'est décuplé, on a encore plus mal.

Et du coup, vous avez fait ce métier jusqu'à 39 ans ?

Oui, j'ai fait presque 20 ans de guide accompagnatrice, et donc voilà.

Et après ?

Après j'ai eu une autre activité, surtout un déménagement sur la région parisienne, donc un mode de vie très stressant, très heu, très heu saccadé, très heu, brutal on va dire puisque dans les transports en commun, je pense que vous connaissez, on est serré comme des sardines, on n'a pas forcément de place assise, pour le corps c'est heu, c'est du délire quoi je veux dire des conditions comme ça, mais on peut pas faire autrement. Donc 10 ans ou j'ai fait une 2eme vie professionnelle faite d'intérim, beaucoup bougé en Ile de France.

Vous êtes resté guide ?

Non je ne suis pas resté guide, j'ai fait des métiers de bureau, et c'est là par intérim ou je me suis rendu compte que la position assise derrière un ordinateur, ce que je n'avais pas connu pendant les 20 premières années de ma vie, heu, c'était tout aussi fatiguant pour le dos, et je me rend compte maintenant que effectivement si je suis plus de 2h à un ordinateur, pour peu que je sois mal assise ou que je me positionne mal, ce sont les douleurs cervicales qui

repreignent, avec des migraines, parce que on s'est fait une névralgie de Arnold c'est ce qui est arrivé y'a 2 jours (rires), donc c'est toujours des soucis de dos finalement, qui s'ajoutent, heu, donc finalement être assise derrière un bureau n'est pas forcément non plus une solution comment dirai-je de confort pour le dos, même si on prend de très bons coussins adaptés, ergonomiques, même si on prend une chaise de bureau adéquate même si c'était pas toujours le cas dans les missions d'intérim que j'ai effectué, et je regrette que chez les français d'ailleurs on fait pas assez attention à ce genre de choses, fin pas tous les français, mais quand j'ai travaillé chez les allemands par contre on avait du très bon matériel, parce que ce sont des gens qui aiment la prévention. C'est-à-dire qu'on va prévenir plutôt que guérir, et ça c'est tout l'inverse de la mentalité française, et que se soigner par prévention chez eux c'est pas du luxe, c'est normal, donc voilà.

Donc vous avez parlé des différents ostéopathes que vous avez rencontrés

Oui, depuis 30 ans, oui, fin c'était pas par exemple en continu, c'était dans la période de 30 ans, y'a eu des années...

Si vous deviez citer des différences entre ceux qui vous ont apporté du mieux-être et ceux qui ne vous ont pas apporté de mieux, qu'est-ce que vous pourriez donner comme caractéristiques ?

(souffle) Mieux être, heu... qu'est-ce que vous voulez dire par caractéristiques ? A quoi vous pensez ?

Ben par exemple, vous avez parlé de la durée de la consultation, est-ce que pour vous une consultation plus longue, où on prend plus le temps...

Moi à mon sens, c'est primordial. Avoir la sensation de passer entre 2 portes, c'est une expression évidemment je mets entre guillemets, heu, c'est quelque chose heu, fin à la limite que je trouve pas très sérieuse quoi, c'est pas très sérieux ; c'est important qu'on ait bien la sensation du temps, mais comme j'ai dit, si la 1ere est longue parce que y'a nécessité, si les autres, parce qu'en fait le praticien prend aussi des notes suites aux éléments que vous lui apportez, il est normal que... Après quand il a ses notes, il sait parfaitement comment votre corps fait comment votre corps réagit, il est tout à fait normal que bon, il prenne moins de temps. Mais encore une fois heu, il est vrai que la méthode actuelle que je connais, c'est une méthode que je n'avais pas connue chez les autres praticiens, heu, les autres praticiens, ça remonte à on va dire par exemple lorsque j'habitais Nantes, qui est un ancien kiné entre 2000 et 2003, j'étais allé le voir après un accident d'auto, 2001, 2003 jusqu'à 2004, et c'est vrai que les derniers temps que je l'ai vu il n'avait pas la même méthode que l'actuel ici à Angers, où il prépare le corps, ce qui permet et je le redis encore une fois, d'une part mettre en confiance la personne et si on est resté comme moi sur des a priori, mais des a priori tangibles, c'est parce que j'en ai ressenti vraiment un mal être d'avoir ces craquements un peu forcés quoi sans préparation qui font que j'apprécie beaucoup mieux et que je le vis beaucoup mieux. C'est évident, aussi pour le praticien, si il a un patient ou une patiente qui se recroqueville ou qui se raidit parce que la personne angoisse, a peur, ne se détend pas, c'est pas en lui disant « détendez-vous détendez-vous » que ça va pas faire mal, si ça peut faire mal justement, parce qu'on reste avec cette manipulation de la colonne vertébrale qui est quand même pas une petite affaire, et qui doit se faire justement sur un organisme détendu. Voilà.

Et là, avec les manipulations avec votre ostéopathe actuel, quel type de soulagement est ce que vous observez ? Combien de temps ça dure ? Est ce que....

Alors c'est variable pour la durée, faut dire que des fois heu, malheureusement c'est le calendrier qui est comme ça, c'est vrai que on dit que faudrait derrière un passage chez l'ostéopathe, disons rester un peu tranquille, heu 48h, 3 jours, c'est ce qui est conseillé... Heu moi malheureusement je peux pas rester tranquille, pour la bonne et simple raison que je suis toujours en réaménagement ici dans la région fallait, heu, ben soit porter de choses, bon, pour ces activités-là qui sont pas très bonnes pour le dos, je porte une ceinture, mais c'est vrai que des fois je suis allé le voir et j'avais pas réalisé que le lendemain, le surlendemain, j'avais des choses que je pouvais pas...

Ceci dit, la durée c'est un peu variable, je crois c'est variable pour chaque personne. Moi normalement j'essaye d'y aller toutes les 3 semaines, à peu près, des fois c'est 1 mois, heu, sauf quand il y a urgence, comme par exemple quand je me suis fait cette névralgie d'Arnold. Je ris mais c'est pas très drôle, ça peut revenir fréquemment, étant donné qu'on se coince un nerf vers les cervicales parce qu'on a mis la tête en arrière, pendant trop longtemps parce qu'on voulait regarder quelque chose et c'était le cas, ou alors on est mal positionné à l'ordinateur et ça ça peut revenir très très fréquemment, et là il est clair que lorsque ça déclenche heu une migraine comme ça a été le cas pendant ces 3 jours, 3 jours de migraine ininterrompue ou presque, il est évident que la médication ne fait rien, je veux dire les analgésiques ne font plus rien, c'est pas la peine de dépasser la dose parce qu'on est en overdose il ne font plus rien tous les paracétamol, les ibuprofène de toute sorte, donc c'est là que j'ai fait appel à lui parce que j'avais une migraine, je sais pas si elle est olfactive ou si elle vient des cervicales, mais je pense qu'elle vient de ma nuque, et donc là, c'est lui qui a déterminé, il m'a expliqué sur un livre que c'était une névralgie d'Arnold et donc que mécaniquement ça peut se traiter par l'ostéopathie. Ce qui réduit la prise de médicaments qui sont pas toujours à effet désirable quoi.

Et entre 2 manipulations pour votre douleur habituelle, est ce que votre douleur disparaît ?

Alors heu, elle disparaît pas vraiment mais elle est atténuée, mais c'est à moi aussi de faire attention à ce que je m'assoie correctement si je suis à l'ordinateur ou que je fasse attention à faire les exercices ou certains exercices qu'il m'a recommandé de faire, et ce n'est pas toujours facile, parce que ça n'a pas été ancré. Maintenant ça commence à s'ancrer parce que de toute façon je me dis c'est une complémentarité par rapport à ce qu'il me fait. C'est-à-dire en fait, une manipulation, c'est pas une fin en soi, moi je le reçois comme ça, j'ai compris que il fallait qu'on s'aide aussi par soi-même chez soi. Alors c'est vrai que jusqu'à présent, me lever plus vite le matin pour faire de la gymnastique ou le faire le soir en se couchant, c'était pas trop dans ma culture, mais je reconnais que c'est une nécessité maintenant. Faut le faire, faut le faire. C'est complémentaire et faut le faire. Mais c'est un soulagement quand même, heureusement. Si on est courbé en 2, on peut pas tourner la tête, on sort de chez lui on peut tourner la tête... Bon faut faire très attention aussi aux différences de météo, parce que par exemple même si on a eu 13 degrés aujourd'hui, y'a des coins à A. où j'étais, peut-être par exemple sur des hauteurs, ou des endroits de campagne où y'avait un vent énorme qui soufflait et ça par exemple je sais qu'attraper froid aux cervicales quand déjà on a une fragilité, ça c'est rédhibitoire, en tout cas chez moi. Quand on a une fragilité, attraper froid, pareil aux trapèzes, sur les lombaires...

Vous le ressentez tout de suite ?

Ah toute de suite, par exemple, même en été, quand je travaillais à Paris, quand je prenais le métro, je prenais toujours le métro à Paris, il pouvait faire 30 degrés, y'avait des méchants courants d'air, je sais que j'avais toujours une écharpe, même en été, au cas où... Parce que vous pouvez être coincé avec uniquement un... c'est pas seulement après avoir fait un mauvais mouvement. Souvent on dit voilà on a fait un mauvais mouvement on s'est coincé quelque chose. Les conditions météo peuvent être aussi importantes.

Et donc tout à l'heure on a parlé de la partie de la consultation ou vous échangez, qui ne fait pas forcément partie de la manipulation, de quoi êtes-vous amenée à parler ?

Ben on est amené à parler autour de ce qui m'amène. Là par exemple, y'a 2 jour, 3 jours, c'était autour de la névralgie d'Arnold, heu et comme je ne savais pas ce que c'était, je savais bien que ça répondait plus ou moins à la névralgie, parce que je connais quand même mon organisme, mais heu, ce que j'aime bien c'est qu'il a pris aussi le temps avec un livre de me faire voir ou c'était, de me montrer que c'était finalement le nerf...

De vous montrer le mécanisme.....

Effectivement, et ça c'est important, parce que justement le nerf c'était coincé par le muscle pourquoi, parce qu'on avait fait faire finalement une tension par la nuque qui est inhabituelle. De marcher tout le temps la nuque en l'air, le nez en l'air, la nuque coincée comme si on avait un coup du lapin. Donc ça c'est une position inhabituelle, et pas recommandable (rires) mais c'est vrai que voilà, ça permet de se dire que voilà, faut pas que je prenne de mauvaises habitudes de positionnement pour qu'il ne se renouvelle pas ce cas-là. Ceci dit, ça peut se renouveler aussi.

On parle de ça, on parle de ce que ça entraîne, hein, parce que être coincé au niveau des cervicales, des trapèzes etc, ce qui chez moi a engendré, et en en parlant à d'autres personnes je me suis aperçu que je ne suis pas la seule, ça a entraîné des migraines, et ces migraines, c'est pas du psychosomatique, elles sont réellement là, c'est désagréable, c'est un marteau dans la tête, ça monte à l'oreille, après à l'œil, ça vous enlève une énergie, moi chez moi par exemple, j'ai plus d'énergie à travailler. Je peux même plus faire de l'ordinateur, c'est, c'est, ça peut être au niveau conséquence sur la santé, sur l'action quotidienne de travail et autre, ça peut être un peu handicapant.

Pareil, prévention. On parle autour du cas quoi.

Et est-ce que vous êtes parfois amenée à parler des choses de votre vie privée qui pour vous pourraient avoir un impact sur votre douleur ? Par exemple, on parlait du stress tout à l'heure...

Oui, alors sur ce plan là, le stress peut être heu... Oui, oui, oui, vie privée, je ne sais pas ce qu'on peut entendre par là... Le stress, oui on peut être amené à parler, pas à toutes les séances, mais ça peut déboucher... C'est vrai que si ce n'est pas seulement mécanique le mal que j'ai, fin comme je vous ai dit, on sent que le stress se met, là où évidemment on a une faiblesse, et on peut démarrer « je suis complètement coqué parce que j'ai aussi ce souci que je ressasse etc... ». Mais bon ce n'est pas à toutes les séances d'évoquer le stress.

C'était un exemple

Oui. La vie privée, heu. Ca dépend. Ca dépend des fois, oui, elle peut être appelée. C'est vrai qu'on est seul avec le praticien, dans un cabinet qui est fermé, confidentiel, lui-même étant soumis au secret professionnel de la profession.

Ouais, ceci dit, heu... Parler, fin je ne sais pas. Parler à un ostéopathe de certains sujets, je ne sais pas. Fin ça peut, ça dépend. Mai en général, si j'ai continué d'aller le voir, c'est que je suis en confiance. Et si je n'ai pas continué d'aller voir un précédent, c'est qu'effectivement, j'avais senti dans sa méthode que y'avait quelque chose qui me déplaisait, et ce qui me déplait, c'est cette première séance ou on se connaît pas du tout et ou j'ai eu très honnêtement la sensation de pas être écouté, d'être mal examinée, alors que j'avais attendu 3 semaines, 3 semaines, avec des douleurs, des douleurs des douleurs, et puis bien finalement de rester un peu sur ma faim et en plus avec des douleurs qui se sont accumulées sur plusieurs semaines après, donc effectivement je me suis posé un peu des questions.

Alors ça n'a rien à voir avec le côté humain, c'est-à-dire que la personne peut être parfaitement accueillante, parfaitement en connivence, mais moi je fais très bien la distinction entre le coté on va dire humain, humaniste, et le coté compétences professionnelles. Mais dans une autre remarque en plus, je crois que la confiance est un plus. C'est-à-dire que même si l'actuel kiné que je vais voir, fin je veux dire ostéopathe, était heu, d'une compétence extrême comme il est là, mais que y'avait pas ce rapport humain, je ne sais pas si je continuerai aussi. Parce que c'est quand même une profession... Bon, déjà d'une part, on se déshabille. Alors heu quand on est en surcharge pondérale, avec 20 kilos de trop, qu'on est arrivé à 55 ans, on n'est pas très à l'aise de se déshabiller. Donc voilà, y'a aussi ce côté pudeur qu'il faut respecter, et qui que ce soir je veux dire, c'est un homme c'est une femme, je m'en fiche. A partir du moment où on touche au médical, le coté sexe n'a aucune importance, heu...

Mais y'a une aisance à avoir, y'a besoin d'avoir une confiance...

Ah ouais, complètement.

Y'a une communication verbale et non verbale qui vous permet de...

Exactement. Ah oui, c'est complètement vrai, parce que ce climat de confiance fait que comme je disais précédemment, le patient aura plus tendance à se détendre, dans un climat qui fait que la séance va mieux se passer. (pause)

Ce sont pas des séances anodines, l'ostéopathie, ce n'est pas un petit massage thaïlandais, pardonnez-moi l'expression. Fin je veux dire on voit tellement de choses fleurir maintenant, massage californien, thaïlandais, j'ai même vu dans une thalasso sur la côte atlantique des massages dont je n'avais même pas entendu parler qui me semblent être du business quoi... Y'a pas d'autre terme. Fin moi j'ai beaucoup voyagé, je sais faire la part des choses, et heu, personnellement je n'irai pas dépenser autant d'argent dans ce genre de choses qui m'apparaissent un peu fantaisistes. Alors entre ayurvédique, californien, suédois, thaïlandais, fin je veux dire le public s'y perd complètement, je ne suis pas persuadée que le nombre décuplant de ce type de massage qui a fleuri depuis quelques années, ça aide le consommateur et le client à s'y retrouver. Au contraire, je ne crois pas.

Et vous, comment en êtes-vous venue à consulter un ostéopathe, au départ ?

Oula, y'a plus de 30 ans à N., fin je pense, les années 80. Fin encore une fois c'était aussi souvent, puisqu'y'avait pas tellement d'école d'ostéopathie, c'était déjà des kinés qui optaient pour cette voie-là. Comment j'en suis arrivé là ? Parce que là, je dois rendre hommage à ma

mère qui est décédée y'a 2 ans, dans cette maison, dans cet appartement, heu... Ma mère était assez ouverte je dois dire à tout ce qui était un peu médecine ou soins parallèles on va dire ça comme ça. Alors c'est vrai qu'elle avait énormément de livres, alors l'homéopathie, c'était acquis, et puis après y'avait toutes ces nouvelles méthodes à partir des années 80, heu, il faut dire que on en parlait dans ces journaux féminins etc, y'a eu toutes ces méthodes nouvelles, et comme de toute façon ma mère est née avec un handicap, puisqu'elle est née avec une coxarthrose, et donc heu, elle avait un problème déjà, heu, si vous voulez à la naissance, et elle a été opérée au moins 3 fois dans sa vie, alors imaginez-vous une opération de la hanche en 1927 quand elle avait 2 ou 3 ans, 1950 après la guerre, fin on avait pas encore des méthodes aussi extraordinaires que les opérations de la hanche de nos jours, et ça a du être, elle en parlait pas, mais ça a du être vraiment des chocs. C'était pour un mieux-être. Y'avais pas de sécurité sociale en 27 hein, mes grands-parents ont, l'ont pas laissée si vous voulez avec ce handicap qui pouvait la paralyser pour toute sa vie. Et elle s'est paralysée carrément puisqu'elle s'est par la suite, elle avait une claudication quoi voilà (émotion). Et je pense qu'elle était sensibilisée par ça, elle était née avec ce handicap, c'était résorbé grâce à ses 3 ou 4 opérations dans sa vie dont la dernière en 2000, elle n'était pas très jeune puisqu'elle était née en 25. La dernière d'ailleurs qui avait pas très bien fonctionnée, puisque, non pas la chirurgie en elle-même, puisque la pose de prothèse, bon voilà, mais c'est la rééducation qui n'a pas fonctionné. Qui n'a pas fonctionné, mais c'était pas de l'ostéopathie, c'était de la kinésithérapie post opératoire. Et on parlait de la confiance, elle a eut plusieurs kiné, dont celui qui l'a prise toute de suite après son opération, et le courant passait pas, et là, moi je lui avait dit « maman, tu aurais dû demander à changer », et comme toutes les personnes de cette génération, ils n'osaient pas, parce que ça allait engendrer si vous voulez un mal être, hors je crois que, quand y'a quelque chose qui va pas, faut pas hésiter à le dire, mais en le disant simplement. Si la personne le prend mal c'est que je crois elle n'a pas assez de recul. Et c'est pour ça que moi, je suis très germanophile, très germaniste, depuis 40 ans, et je m'entends bien avec les peuples du nord parce que quelque chose ne va pas, on le dit, on reste professionnel. Quelque chose va, on le dit aussi. Or le coté latin du français, c'est que rien ne va jamais de toute façon, c'est clair, et on y met trop d'affect. Et là c'est dommage qu'une rééducation qui aurait du être bien faite s'est transformée en quelque chose de raté, elle s'est ankylosée, et après elle est devenue grabataire. Ma mère avait un esprit qui a fonctionné jusqu'aux dernières heures de sa vie, mais dans un corps qu'elle ne pouvait plus bouger. Et là quand j'ai vu que je m'ankylosais, j'ai dit « ou lala, j'ai 30 ans de moins qu'elle, faut absolument réagir » (émotion).

(Demande de couper le magnétophone car pleurs +++ pendant un quinzaine de minutes. Parle de sa mère, et de ses difficultés à faire le deuil et à vivre dans sa maison. Parle de l'HAD, de l'accompagnement vers la mort)

Donc vous m'avez demandé de préciser, je suis revenue sur A., et depuis la mort de ma mère, ça fait maintenant 27 mois, mes maux de dos se sont considérablement accentués. Alors ce n'est pas une cause à effet. Quoi que, moi je me pose des questions, parce que, je dirai pas que c'est du psychosomatique, mais j'ai eu beaucoup de souci, heu donc la perte de ma mère qui s'est résulté en 3 mois, puisque comme je dis toujours je suis arrivée ici en tongs en juillet 2011 pour passer l'été avec elle, lui tenir compagnie, pour pas qu'elle soit seule, puisque dans la copropriété tout le monde partait et elle était toute seule, et au 21 octobre je l'enterrais. Donc voilà, je suis venue avec mes vêtements d'été, mes tongs, et je ne suis jamais repartie. Il a fallu que je démissionne de mon travail, et je dirai que donc après j'ai voulu me plonger si vous voulez dans le réaménagement de son appartement, j'ai vidé tous les placards, fin j'ai eu un boulot d'enfer, et pendant 2 ans, je me suis littéralement enfermée et j'ai travaillé comme

une brute et heu, je pense effectivement que maux de dos se sont majorés, et ça c'est pas psychosomatique ou par stress, pas que, mais que j'ai continué à avoir une surcharge pondérale puisque effectivement, moi j'appelle ça des dommages collatéraux au deuil. D'abord ma vue déjà, ça n'a rien à voir avec l'ostéopathie, mais on a constaté que les ophtalmo m'ont dit qu'un choc psychologique peut entraîner une baisse importante de la vue, et mon dos, je remarque moi depuis 2011, on est en 2014, mon dos, fin le côté ankylosé et douleur du dos et le rachis lombaire, et le côté bec de perroquet, ben ça s'est accentué en 2013, donc c'est-à-dire à peine 2 ans après sa mort, dans les 18 mois. Et c'est là, ou j'ai, maintenant je vois que, ben ça y'est je commence à réagir, parce que j'ai des avis qui se complètent. Aussi bien l'avis de l'ostéopathe que l'avis du radiologue, qui m'a fait les clichés à Noël et qui a commencé, mais alors il y est allé franco, il m'a dit « madame, c'est simple, il faut maigrir ». J'ai dit je sais Dr, si vous saviez, j'ai énormément de mal parce que c'est vrai que l'état de surcharge pondérale quelque part, c'est aussi un refuge hein, donc voilà. Et heu, c'est vrai que c'est très difficile, et c'est vrai que y'a 6 mois je disais « jamais je pourrai reprendre le sport », mais là, ça va être vital. Comme ça va être vital, heu que le printemps va venir j'espère un jour, ça va m'inciter aussi.

Vous ferez le marathon de New York pour dans 7 ans

(rires), Non non, peut-être pas, même pas le cross du 11 novembre. Le cross du 11 novembre, je suis allé voir dans quelles conditions ils peuvent courir, c'est une horreur dans la boue et tout ça. Non mais bon on n'en est pas là encore. Mais déjà le fait de remarquer alors qu'avant je prenais la voiture pour un oui ou pour un non, heu, de remarquer, de, heu, fin voilà, ne serait-ce que ça, de remarquer de me dire tien maintenant aquavita est ouvert, je vais pouvoir retourner à la piscine, ça c'est important, déjà l'envie d'y aller et puis heu de toute façon, envie ou pas, c'est une nécessité, donc je peux pas me laisser aller là. Et puis évidemment, j'ai en spectre la fin de vie de ma maman qui s'est trouvée emprisonnée dans son corps et qui heu, depuis 10 ans, ne se déplaçait plus qu'avec un déambulateur quand même. Moi je l'ai vue décliner d'année en année. Donc j'ai dit, « ça, jamais ». Jamais. Je, cette perspective, alors je dis pas que je serais pas obligée de passer par la chirurgie, s'il le faut, parce que ça peut quand même aider, bon, comme maintenant on vit quand même de plus en plus vieux, donc si je dois vivre jusqu'à au-delà de 86 ans, j'ose même pas l'imaginer (*N.B. sa maman est morte à 86 ans, et elle avait dit qu'elle ne voulait pas vivre plus vieille que son défunt mari, lui-même décédé à 86 ans et pense qu'il s'agit d'un lien probable avec la numérologie*), va falloir qu'en plus du sport je passe peut être par la case chirurgie si ça doit être une nécessité, mais je veux me dire que quand même j'ai d'autre possibilité pour me soulager.

Guérir un bec de perroquet, on sait qu'on peut pas guérir, mais on peut faire en sorte de soulager, et ça c'est très important.

Et vos maux de dos comme ça qui durent depuis longtemps, est ce qu'ils ont eu une influence sur vos rapport avec votre entourage ? Dans votre travail par exemple, est ce que vous avez eu des arrêts de travail prolongés, est ce que ça vous a entraîné des difficultés avec des gens ?

Arrêt de travail prolongé non. Parce que les arrêts de travail que j'ai eu dans les 5 dernières années quand je travaillais chez les allemands, c'était des accidents, par exemple je suis tombé d'un tabouret, je me suis fait un coup du lapin, 3 semaines de minerve, déplacement de la mâchoire, fin c'est pas rien, heu, bon. Ou des heu, par exemple effectivement, à Paris comme les gens circulent à une vitesse folle aussi bien sur les trottoirs, on loupe une marche, et pouf on tombe et on se fait des chutes... Dont j'ai trouvé quand même une origine, parce

que pourquoi on fait un chute à un moment donné, j'ai découvert qu'on peut faire des chutes de fatigue, et effectivement, comme je travaillais beaucoup dans un environnement qui était pas du tout relaxant, fin en tout cas, moins détendu qu'en province, fin qu'ici, en tout cas, il est vrai que, y'a des chutes de fatigue, oui à un moment donné, on a tellement tiré sur la corde que le corps dit stop. Donc y'a eu dans les 5 ans, entorse de cheville, entorse de poignet...

D'accord, mais finalement ça n'avait rien à voir avec vos douleurs ?

Non, ça a été, des ajouts on va dire, un peu malheureux, mais bon réparés quoi. Ça n'a rien à voir avec les maux de dos dont je souffrais depuis l'âge de mes 20 ans, 25 ans, voilà. Et j'avais pourtant fait de la danse classique pendant 10 ans, j'ai arrêté à 21 ans, un peu de danse moderne, mais bon après la vie active vous prend, et heu, et heu... Pfff, faire, fin je veux dire à un moment donné, vous avez plus le temps.

Alors j'avais reprise y'a quelques années en région parisienne de l'aquagym, mais bon c'est pareil à un moment donné vous avez plus le temps. Parce que vous avez des problèmes de transport, parce qu'on vous a gardé au bureau plus longtemps, c'est infernal. C'est pour ça là je pense que je suis redevenue réceptive au fait que j'entends aussi. Aujourd'hui paraît-il aujourd'hui y'avait une journée sur la retraite. Alors c'est vrai aujourd'hui j'en suis à 8 ans hein, de la retraite, 8-10 ans mais heu, c'est vrai qu'on dit que même après 50 ans, même si on a pas fait de sport depuis longtemps, il faut reprendre une activité physique, même en douceur, on va pas aller faire le JO, mais il faut reprendre une activité physique, ne serait-ce que la marche ou la natation. La natation c'est un truc que j'adore, au moins ça, ne serait-ce qu'entretenir les muscles, les articulations. Bon encore une fois, heu je veux pas me mettre à faire de la planche à voile à 55 ans. Mais je vous dis ça parce que y'a un laboratoire dont je ne dirais pas le nom qui soi-disant promet heu aux gens qui heu, qui ont de l'arthrose qu'ils prennent ça et hop, et de repartir sur la planche.

Donc moi j'ai dit à la pharmacienne que moi je veux bien faire une cure de ce complément alimentaire, puisqu'il paraît que c'est pas un médicament, à condition que le laboratoire signe qu'il donne la planche avec. Fin ça c'est une boutade. Fin c'est pour dire que y'a pas que des publicités qui sont un peu parfois débiles, faut quand même le dire, la fille qui le présente d'abord fait pas son quinquennat, et puis c'est sûrement une ancienne championne, qui a fait ça pendant 30 ou 40 ans de sa vie, et on se met pas à la planche à voile comme ça, comme on se met pas sur des ski comme ça, on est bien d'accord.

Donc vous avez 55 ans, c'est ça ?

Oui.

Avez-vous des enfants ?

Non je n'ai pas d'enfant.

Vous êtes célibataire ou en couple ?

Je vis officiellement seule ... Avec un chat qui fait 8 kg.

C'est une vraie personne alors.

Oui c'est une vraie personne, je sais pas s'il a de l'arthrose, mais faut parfois le soulever pour heu, parce que Monsieur veut boire au robinet, ne veut pas boire en lapant donc faut le

soulever, parce qu'il commence aussi à avoir de la surcharge pondérale le vétérinaire m'a dit, mais il sait redescendre seul du lavabo. Fin disons que oui, je vis seule officiellement, je n'ai pas de famille ni de petits enfants quoi voilà.

Est-ce que vous verriez des choses qui vous paraissent importante de rajouter ?

Non je crois qu'on a assez insisté sur le relationnel, parce que c'est vrai que ça fait un tout. Le relationnel avec le côté compétence. Encore une fois, même si certains ostéopathes que j'ai pu voir dans le passé y'a 20 ans ou même avant de rencontrer celui heu, fin disons qui vous envoie chez moi, même si humainement tout le monde était très gentil, y'avait pas le déclic mais surtout y'avait des méthodes qui pour moi étaient à rebrousse-poil. Donc c'est pas la peine d'aller payer des séances chez quelqu'un qui ... Fin je veux dire, ça paraît un non-sens d'essayer d'aller se soulager chez quelqu'un et qui va faire quelque chose sur votre corps pour lequel vous avez un a priori, alors que là, c'est la 1ère fois en 20 ans, 25 ans que j'ai beaucoup moins d'a priori. Dire que j'en ai pas, non, mais maintenant je suis passé au-delà de la 3ème ou 5ème séance, j'en suis peut être à la 7ème ou la 8ème, et la maintenant je vois à qui j'ai affaire, je vais pas lui dire « j'ai peur » (rires)

Les a priori que vous aviez, c'était sur la teneur de la manipulation ? Vous aviez peur par exemple qu'il vous fasse craquer ou qu'il vous fasse mal ?

Oui par exemple déjà ça, parce que je l'avais subit antérieurement dans le passé, donc heu, c'est pas anodin, ça vous reste dans le cerveau. Le cerveau enregistre ce genre de chose.

Et pourtant, vous avez quand même, malgré vos mauvaises expériences antérieures essayé de revoir un ostéopathe ?

Parce que, heu, il m'avait expliqué oui que effectivement que cette première séance était longue, je crois qu'il m'avait dit qu'il procédait par un massage avant, et effectivement, ça, ça me mettait en bon apriori, en apriori positif. Alors je ne sais pas si d'autres font ça dans la région, fin heu, vu le nombre assez impressionnant que y'a dans les pages jaunes, fin bon courage si vous les interrogez tous.

Moi dans la région je n'ai que 2 expériences, à Nantes j'en ai eu d'autres puisque j'ai habité 20 ans Nantes, c'est vrai que celles des années 80-90 on était encore dans les années où cette profession commençait à être connue mais c'était pas tout à fait entré dans les mœurs. Mais pour moi c'est une profession médicale à part entière, ça n'a rien à voir avec des massages de confort, ce que j'appelle d'esthéticienne. Je jette pas la pierre aux esthéticiennes, y'a des gens qui sont très bien formés, aussi bien dans les centres de thalasso que dans des instituts, ceci dit, on n'est pas sur le même registre. L'esthéticienne peut faire un très bon massage, mais ça restera musculaire...

ANNEXE 5 : Extraits de verbatim intégrés au plan des résultats.

I/ Le parcours de soin ostéopathique.

***Le patient est déçu de la prise en charge médicale.**

- E5 « aller voir un rhumatologue, je vous dis, à part vous donner des médicaments et des séances de kiné à n'en plus finir, ça donne rien »
- E5 « mais le problème des rhumatologues, c'est qu'à part vous donner des médicaments et vous arrêter 15 jours 3 semaines, le mal est pas soigné quoi »
- E6 « J'ai fait plusieurs rhumato aussi. Avec manipulations, séances de kiné... Il n'y a jamais eu du mieux ni avec l'un ni avec l'autre »
- E7 « personne n'a su me soulager, vraiment soulager »
- E8 « les circuits traditionnels n'ont jamais donné de résultats probants »
- E10 « j'ai fait des séances de kiné en fait qui n'ont pas vraiment fonctionné et qui m'ont même rendue plutôt mécontente (...) Par rapport au fait de la non disponibilité du kiné »
- E11 « est ce que ça sert à quelque chose ou pas ces médicaments ? »
- E12 « le docteur m'avait proposé de la kiné, mais la kiné, ça soigne, mais le lendemain, c'est à peu près pareil »
- E12 « ben mon médecin, la dernière fois j'y suis allé, j'étais en arrêt de travail, j'ai dit « qu'est-ce qu'on peut faire ? » «on peut rien faire » alors j'y ai dit « tu me remets en circulation, puisqu'y a rien à faire. ». »
- E13 « les médecins ben les médicaments ca soulagent mais ça ne résout pas le problème »
- E14 « je ne prends plus les médicaments prescrit par mon médecin, je n'y crois pas, et de toute façon, ça marche pas »
- E16 « chose que personne n'avait vu avant, même pas les médecins. »
- E16 « Les autres je sais pas ce qu'ils avaient regardé, mais manifestement pas la bonne chose radio et une IRM »

***Le patient cherche une nouvelle solution.**

- E3 « il fallait que je vois quelqu'un de toute façon, ne serait-ce que pour me libérer des médicaments, parce que bon c'était pas vivable »
- E3 « je trouvais aucune solution pour la régler, aucune solution »
- E4 « il m'a dit des choses que je savais déjà, mais il m'a dit aussi appris des choses que je ne savais pas et qui auraient dû être interprétées en temps et en heure par les généralistes »
- E6 « je recherche toujours où je pourrais aller pour être mieux »
- E8 « c'est dans un de mes objectifs de consulter un spécialiste qui voudra bien m'écouter »
- E14 « on a jamais rien trouvé, mais il doit bien y avoir un truc qui cloche pour que j'ai tout le temps mal comme ça »

***Ostéopathe recommandé.**

- E1 « ma femme y est allée »
- E2 « par ma fille qui y avait été »
- E6 « par les voisins »
- E10 « ma voisine est venue me voir en me disant « tu sais il y a un ostéopathe à T. » et elle, elle n'avait pas été la voir mais elle me dit apparemment elle est vraiment très bien donc faudrait que tu ailles la voir »
- E12 « c'est pas connaissance, quelqu'un qui avait été le voir m'a dit « va le voir çuila, il est bien » »

E13 « mon fils (...) je l'avais envoyé lui en premier chez l'ostéopathe (...) lui c'est senti bien aussi »

E14 « mon médecin traitant fait un peu d'ostéopathie (...) elle m'avait proposé d'aller voir un ostéopathe qu'elle connaît qui était plus compétent qu'elle »

E15 « des amis qui y'avaient été »

E16 « j'ai de la famille très proche qui est justement ostéopathe. »

***Ostéopathe à proximité.**

E1 « parce qu'elle est installée ou j'habite »

E6 « là je suis bien et là c'est près. (...) Y'a le côté pratique aussi. Voilà quoi. Ça m'arrange et puis le tarif.

E7 « ben le kiné que j'allais voir il était quand même à 25 km de chez moi. (...) c'était l'ostéopathe qui était à trois kilomètres de chez moi »

E8 « parce qu'il n'y a pas longtemps qu'il est installé ici »

E8 « d'abord il n'y en avait pas à ici. Puis d'un seul coup il y en a quatre. C'est un marché qui se développe (rire) faut croire. Et il faut dire aussi que de plus en plus de mutuelles prennent en charge parfois les actes d'ostéopathie donc ça facilite sans doute l'implantation de ceux-ci »

E10 « elle me dit « ben t'embête pas c'est à T. c'est juste à côté de la maison »

E16 « je me suis rabattu sur des ostéo de proximité »

***Une participation financière du patient l'impliquant personnellement dans la réussite de la démarche.**

E1 « si on sort d'une séance d'ostéopathie et qu'on sent pas un minimum de bien c'est ... c'est un petit peu embêtant quoi »

E2 « ça aurait pas été efficace, je sais pas ce que j'aurais fait »

E4 « je veux dire on voit tellement de choses fleurir maintenant, (...) des massages dont j'avais même pas entendu parler qui me semblent être du business (...) personnellement j'irai pas dépenser autant d'argent dans ce genre de choses qui m'apparaissent un peu fantaisistes »

E10 « c'est un cout financier (...) Et du coup j'ai pris une mutuelle qui ne remboursait pas à 100% mais qui remboursait oui en tout un bon 50% »

E16 « quand on met 50 euros dans une consultation, on attend un résultat, [...] quelque chose qui marche »

E17 « après si vraiment je vois que pour lui y'a plus de blocage vraiment... comme la dernière fois il m'a dit que c'était mieux selon lui... bon des fois il me dit ça et puis la semaine d'après c'est une catastrophe. »

II/ La séance d'ostéopathie.

.Une prise en charge centrée autour de la manipulation et de la parole.

***Abords des FPS au cours de la consultation ostéopathique.**

E3 «on parle à la fois de ce qu'on ressent, de ce qu'on a ressenti, (...) on parle aussi d'autre chose, de la vie tout court (...) ça peut servir d'ailleurs à comprendre ce qui vous arrive, de parler de ce que vous faites, »

E4 « le stress, oui on peut être amené à parler (...) on peut démarrer « je suis complètement coqué parce que j'ai aussi ce souci que je ressasse et... »

E5 « il m'a dit « bon c'était la conjoncture aussi, avec votre licenciement, vous étiez tellement comprimé aussi que.....ptêtre que vous étiez pas complètement débloqué »

E6 « sur ma façon de vivre, sur les problèmes de... sur ma santé, le travail »

E6 « je pars en voyage je suis tendue comme une folle. (...) Je partais en voyage en famille. (...)Alors forcément ça ne m'a pas arrangé. Je suis allée, coup sur coup à une semaine d'intervalle la voir avant de prendre le vol. (...) Parce qu'elle m'a dit « je veux vous revoir avant votre départ »

E9 « toujours un temps de discussion, voir où les gens en sont, professionnellement, personnellement, voir émotionnellement suivant voilà les situations, le stress... »

E10 « s'il y avait eu des incidents psychologiques qui auraient pu jouer »

E10 « elle me dit « est-ce que vous êtes un peu stressée en ce moment ? » oui...oui ben je crois que c'est là que j'ai dû parler de ma fille »

E10 « c'est ce que je lui ai expliqué- des charges lourdes, de la voiture, les va et viens, rentrer sortir »

E11 « je raconte ma vie du moment »

E11 « je dis clairement ce que je ressens sur toute chose »

E13 « on discute de ce qui nous amène (...) vraiment pour voir l'environnement global de la personne je pense »

E13 « c'était sur l'âge, les antécédents, le travail, les habitudes de vie en fait savoir comment effectivement on peut être »

E14 « on discute un peu de tout. Il me demande comment je vais, ce que j'ai fait récemment, comment ça se passe au travail »

E14 « je râle que mon employeur va encore râler que je suis en arrêt des choses comme ça »

E14 « disons qu'avec mon mari on aimerait un 4eme enfant et que ça marche pas trop. Ça aussi ça me cause du souci (...) l'ostéopathe a raison, j'aurai moins mal quand je serai enceinte »

E14 « il me demande des nouvelles, on parle des enfants, des traitements pour être enceinte, du travail »

E15 « je lui ai expliqué les longues journées, et puis l'état de santé de mon mari »

E 16 « le stress notamment, mais elle sait très bien déceler quand je suis dans ces phases-là »

E16 « le stress au travail : combien de fois elle me dit : « je sens que vous êtes tendus, vous avez une surcharge actuellement ? », oui oui, y'a un peu de ça, et bon ben, elle le sent, elle le voit et on en parle »

→Contre exemple.

E17 « vu que je travaillais dans le cabinet où il travaille, c'est des discussions qu'on avait eu autour d'une pause déjeuner pas forcément dans la consultation... il savait le contexte »

*Une méthode décrite comme efficace et méthodique.

E1 « ça c'est leur boulot... c'est de connaître toutes les ramifications qu'on doit avoir un petit peu dans ce genre de choses »

E3 « j'ai tout de suite senti un mieux-être »

E3 « je pense que quand même que ça a été flagrant. »

E3 « on sent un toubib à l'écoute (...) j'ai senti qu'il avait une -c'est ce qui m'a rassuré d'ailleurs- une approche méthodique »

E4 « compétence extrême »

E4 « cette profession vraiment pointue »

E5 « il me soulage énormément »

E5 « il sait exactement et il se trompe pas »

E7 « c'était un changement radical »

E7 « depuis que je vais voir l'ostéopathe, j'y vais moins souvent. J'ai moins de problème de dos »

E9 « je l'ai trouvé très professionnel »
E10 « l'ostéopathie pour moi a été salvateur »
E10 « c'est bénéfique dans la douleur »
E13 « je trouve qu'il y a un résultat aussi. Il n'y aurait pas eu de résultat je n'y serais pas retournée »
E15 « c'est un professionnel de santé, il a appris son métier...donc... donc ce n'est pas du hasard...y'a leur technique »
E16 « elle ne s'est jamais trompé »
E16 « y'a une sensibilité à avoir »

***Efficacité- aspect fonctionnel-effet mesurable.**

E5 « quand il vous débloque, vous le sentez quand même tout de suite quoi, si je vous dis vous êtes endolori, mais vous le sentez quoi, votre façon de marcher est différente, vous pouvez mieux bouger la tête sur le côté, vous sentez d'jà un vrai soulagement dès qu'il vous fait craquer »
E7 « j'ai diminué en anti-inflammatoire » => élément retrouvé également dans E3

***Radiographie.**

E1 « elle m'a demandé si j'avais des radios » => élément retrouvé également dans E3 E4 E6 E8
E3 « j'ai été complètement satisfait qu'il regarde les radio, le scan, qu'il y ait une approche scientifique quoi »
E4 « on y va avec ce qu'on a déjà de radios antérieures, il n'est pas obligé que les radio soient très récentes. Au contraire, parce que comme ça il voit l'évolution, et il prend bien le temps de les observer, et il vous dit vraiment techniquement ce qu'il voit ce qu'il observe »
E6 « j'avais amené mes radios »
E8 « c'est là qu'au deuxième rdv je lui avais ramené le disque du scanner »

→Contre-exemple.

E6 « Je suis en confiance avec elle mais au bout du compte les douleurs elles sont toujours là. Je ne ressens pas un mieux après la séance »
E17 « Là je le vois peut-être ça fait 3-4 séances, un bon mois qu'il commence à dire « je ne sais plus trop quoi faire, ça tient pas »... »

***Un soulagement ressenti malgré la persistance des douleurs.**

E1 « la douleur lancinante elle est toujours à peu près au même endroit mais un peu moins marquée quoi... C'est tout quoi. Je fatigue euh ... pratiquement ... enfin ... toujours autant mais bon voilà c'est pas »
E3 « je sens toujours quelque chose mais bon voilà. Ça m'a changé la vie »
E3 « je dis pas que je ne ressens plus rien du tout, loin de là, heu, d'abord je me passe de médicament, ce qui est déjà bien »
E4 « elle disparaît pas vraiment mais elle est atténuée »
E5 « même sans parler du fait qu'il nous débloque, y'a quand même la douleur au quotidien »
E5« ça va mieux, mais je continue à me bloquer quand même »
E7 « alors c'est marrant parce que j'expliquais à l'ostéopathe c'est que j'ai plus de problème la nuit (...) je suis plus gêné (...) Soit j'ai mal dans le bas du dos, dans les jambes ce que je n'avais pas avant »
E8 « c'est par pour autant que l'ostéopathie dans mon cas a été aussi la panacée »

E10 « donc j'étais soulagée au niveau des reins parce que le départ c'était vraiment... enfin je parle des reins mais c'était vraiment le bas du dos...heu...mais j'avais mal dans le haut du dos, j'avais mal à l'épaule etc... »

E12 « parce que la douleur elle s'était pas enlevée. Ça m'avait fait du bien, mais elle était encore là » E16 « je me porte beaucoup mieux quand même ; même si je sais qu'il reste quelque chose »

***Une efficacité d'une durée limitée et pourtant pas toujours remise en cause.**

E4 « j'essaye d'y aller toutes les 3 semaines, à peu près, des fois c'est 1 mois »

E5 « l'année dernière, j'ai dû aller le voir 7 fois »

E5 « faut que je trouve une solution, je vais pas aller voir l'ostéopathe tout le temps »

E6 « au moins la voir, peut-être pas régulièrement mais au moins deux fois par an »

E8 « mais c'est du mieux qui ne dure pas parce que parce qu'encore une fois je pense qu'il y a trop de dégâts »

E10 « c'était bien, ça m'a fait du bien euh... par contre dans le temps j'ai pas l'impression que ce soit suffisant »

E14 « et quelques jours après, ça va mieux, pendant un temps, puis ça revient »

E15 « elles disparaissent et puis au bout d'un moment ça revient quoi »

E16 « Mais je la vois tous les mois à tous les trimestres. »

E17 « toutes les semaines »

.Le ressenti du patient vis à vis de sa prise en charge ostéopathique.

***L'ostéopathe propose écoute et disponibilité.**

E1 « connaître toutes les ramifications qu'on doit avoir »

E3 « il a prêté attention à tout »

E3 « c'est un gars charmant avec qui on peut discuter aisément »

E3 « en prenant le temps quoi, on sent pas quelqu'un à la presse »

E4 « il prend le temps »

E4 « je crois que la confiance est un plus »

E5 « très gentil en plus, très humain, vraiment quelqu'un d'adorable, qui écoute beaucoup ses patients »

E5 « c'est quelqu'un avec qui on peut discuter, et ça fait du bien en même temps »

E5 « il laisse des plages entre deux consultations et souvent on discute »

E7 « le kiné il prend trop de monde en même temps. Donc il passe, il s'occupe de vous mais après il s'en va après il revient... C'est ça. Que là par contre vous êtes seul avec l'ostéopathe et elle a le temps de s'occuper de vous... C'est au moins une demi-heure, un kiné c'est un quart d'heure »

E9 « A la fois il y a un très bon contact, et à la fois il y a vraiment la distance professionnelle »

E10 « c'est un moment, on va dire que j'estime privilégié »

E10 « en ostéopathie c'est juste ce temps qui est imparti à une seule personne »

E16 « j'ai une totale confiance. Je me laisse faire ; La 1ere fois que je l'ai vue elle m'a dit « laissez-vous faire », alors maintenant c'est bon ; Je m'abandonne complètement »

***Connaissance du patient.**

E4 « après quand il a ses notes, il sait parfaitement comment votre corps fait comment votre corps réagit »

E7 « elle voulait me connaître, elle me connaissait pas donc il fallait absolument qu'elle sache mon parcours quoi »

E8 « il a rempli une fiche, pour connaître un peu mieux son patient »

E9 « le premier entretien c'est un entretien généraliste avec des antécédents médicaux. Il fait attention à tout ça. Et puis il s'intéresse »

E14 « j'ai vraiment l'impression qu'il s'occupe de moi, il se souvient de ce qu'on dit d'une fois sur l'autre »

***Durée de consultation.**

E3 « la 1ere consultation, elle dure 1 h, fin ¾ d'heure »

E6 « le premier au moins 45 min, la première fois je suis restée au moins 1h »

E12 « ça dure 45 minutes quand même, voire 1h quand même »

E16 « 30 minutes minimum. Et je passe au moins 45minutes à 1h avec elle »

→Contre exemple des rencontres avec des ostéopathes antérieurs.

E4 « on m'avait recommandé quelqu'un (...) qui a regardé mais bon, à peine pris le temps de, de je veux dire d'analyser les radios et puis de me poser des questions quoi, et en plus comme il était en retard, je pense qu'il voulait rattraper... ça m'a paru être quelque chose à la chaîne, et ça je trouve que c'est très dommage »

E4 « ce qui me déplait, c'est cette première séance ou on se connaît pas du tout et ou j'ai eu très honnêtement la sensation de pas être écouté, d'être mal examinée »

E8 « c'est une séance de silence »

E10 « j'ai pas du tout eu l'impression que ça me convenait en fait par rapport aux maux de dos que j'avais »

E10 « dans la relation à l'autre et même physiquement ça n'a pas été efficace »

E12 « ils sont pressés ces gens-là... Ils discutent en faisant leur boulot »

E13 « je n'avais pas aimé. Je crois qu'il parlait presque pas »

***Une méthode douce.**

E1 « méthode douce »

E4 « y'a une manipulation qui est beaucoup plus douce »

E8 « c'est clair une méthode douce »

E8 « on va parler de manipulation mais douce »

E10 « une manipulation très douce et très relaxante »

E10 « le fait que ce soit quand même moins violent on va dire... moins violent dans les gestes et dans la façon de prendre »

E16 « elle a une approche très très rassurante, très en douceur »

→Contre-exemple.

E4 « c'est parce que j'en ai ressenti vraiment un mal être d'avoir ces craquements un peu forcés quoi sans préparation »

E7 « qu'un kiné ne procède pas pareil. Même si il vous manipule, c'est pas pareil. Je trouve que c'est plus brusque que l'ostéopathe j'ai trouvé ça plus doux »

E8 « j'avais consulté une kiné (...) Elle m'a alors massé un peu violemment employons les termes et le lendemain matin euh je ne pouvais plus me lever (...)le kiné je crois que c'est fini, je ne pense pas que j'y retournerais, au moins chez celle-ci »

E16 « j'ai le souvenir d'un qui m'avait fait atrocement mal »

E16 « si elle l'avait fait du moins elle n'aurait pas fait comme ça »

***Les mains de l'ostéopathe, lien physique et émotionnel avec le patient.**

E1 « plus de relaxation »

E2 « il m'a soigné tout en me décontractant »

E3 « je le faisais avec sérénité »

E3 « je pense que j'étais tendu comme un arc quoi, qu'il a détendu »

E4 « on sort de la séance heu réconforté »

E8 « le matériel... le kiné utilise des poids, des barres... euh ses lampes et puis les palpeurs qui envoient... les électrodes alors que l'ostéopathe c'est manuel »

E9 « puis le fait d'aller travailler dans des endroits aussi... dans des endroits que les autres ne touchent jamais »

E10 « ce moment de plénitude enfin de tranquillité d'esprit que je recherche aussi dans cet endroit »

E10 « ça m'a fait du bien même psychologiquement c'est –à dire que j'arrivais presque à m'endormir lors de la manipulation »

E10 « la première fois c'était vraiment euh ça a été physique dans... c'était le toucher, une espèce de chaleur... euh... plus ... comment expliquer... c'était plus dans la chaleur et dans une manipulation très douce et très relaxante »

E11 « une espèce d'osmose, de communion »

E13 « c'est plus rassurant d'aller voir une personne qu'on connaît déjà »

E15 « ben sur le coup pareil... mais détendue quand même »

E16 « c'est vrai que du coup, je n'ai aucune appréhension avec elle, on pourrait être tendu en se disant « je vais avoir mal », et bien non. Je passe un excellent moment »

E16 « je m'abandonne complètement parce que j'ai une entière confiance en elle »

→Contre-exemple.

E6 « je lui fais confiance mais en même temps je n'arrive pas à être détendue quoi donc ça bloque »

E 8 « j'ai sûrement pas de prime de fidélité chez un ostéopathe c'est-à-dire que voilà c'est au hasard quoi »

***Ostéopathe homme/ femme.**

E1 « bon il y a peut-être aussi que c'est la première fois que j'ai une ostéopathe femme »

E7 « et ma femme qui a la même... c'est un couple d'ostéopathe, et donc un coup... moi j'ai toujours eu elle, ma femme elle a eu les deux »

E9 « a priori j'aime pas les hommes. Je suis toujours mal à l'aise avec les hommes, j'évite(...). Et en fait ce que j'ai aimé, c'est qu'il était jeune, donc déjà il y avait une différence d'âge qui faisait qu'a priori il n'y avait pas d'ambiguïté possible »

E14 « puis l'ostéopathe chez qui elle m'a envoyé. C'est un homme »

***Un mécanisme mystérieux.**

E6 « je ne ressens pas moins de douleurs mais elle débloque quand même des choses donc est ce qu'il ne faut pas continuer »

E6 « c'était le pouce comme ça elle était derrière moi, elle mettait là (...) puis elle reste en appui pendant un bon moment quoi ... puis après elle sent que ça circule mieux... chez moi ça m'épate ça »

E8 « il maintient les pieds oui, il regarde si (...) si le courant passe bien »
 E9 « c'était les temps de concentration et d'attente je me souviens avec la main dans la nuque, la main sur le... sur le thorax voilà puis ... uniquement bouger puis... poser puis il se passait rien (...) il met sa main sous le sacrum éventuellement pour voir j'imagine les résonnances du sacrum »
 E9 « justement ces temps de travail invisibles, (...) On sent qu'il y a autre chose. Et c'est ça qui est mystérieux quand même »
 E9 « donc là je suis un peu excitée et un petit peu frustrée de ne pas savoir tout leur tour de passe-passe. Ça fait un peu magicien quand même »
 E9 « ca fait presque un peu gourou, magnétisme »
 E12 « ça fait comme si, dans le temps, les rebouteux, avec plus de connaissances »
 E13 « l'ostéopathie je ne sais pas si ça peut résoudre tous les maux tous les problèmes, je pense qu'il faut y croire aussi »
 E15 « puis des moments où il pose les mains ... Il fait ses trucs quoi »
 E15 « des fois il pose les mains sur la tête presque comme le magnétiseur. Il les mets de chaque côté et... je sais pas... il se concentre »
 E16 « au niveau du nombril. Et ça je l'ai pas oublié, parce qu'elle me dit « vous allez voir c'est pas très agréable ». Je m'en souviens encore. Et je me suis senti mieux. Pour qui ? Pourquoi ? »
 E17 « Il pose juste ses deux mains, il ferme ses yeux et il écoute. Alors il m'a expliqué qu'il écoutait que même quand on ne bouge pas on a un mouvement du bassin qui se fait. Je trouve ça assez impressionnant comme métier. »

.Les réponses proposées au patient par l'ostéopathe.

E1 « elle a quand même trouvé que j'avais une jambe plus courte que l'autre. Alors que jusqu'à présent personne ne me l'avait signalé » => élément également retrouvé dans E5
 E3 « je me rappelle que les toubibs avaient mis un certain temps à s'apercevoir que j'avais le péroné cassé (...) il en a déduit que j'avais peut être compensé »
 E4 « alors j'ai appris que le bec de perroquet grâce à mon ostéopathe actuel, c'est effectivement une calcification, qu'en fait y'a pas grand-chose à faire parait-il »
Contradiction du patient E4 « le généraliste que je voyais aurait pu certainement par prévention me faire faire déjà de l'ostéopathie »
 E5 « c'est lui qui a trouvé mon problème de sacrum »
 E8 « il me dit vous avez le bassin déplacé »
 E10 « j'ai des vertèbres qui sont déplacées en permanence, apparemment mon bassin qui part un peu dans tous les sens... »
 E10 « si elle m'a expliqué que j'avais le bassin qui se ... alors j'ai eu le bassin qui partait en vrille du côté droit la première fois donc ça c'est pareil elle m'a remis, c'était suite à mon lumbago et là elle me dit « ben il a vrillé de l'autre côté »
 E12 « il a dit « vous avez des vertèbres qui sont pas mal usées »
 E13 « que mon bassin était décalé et que effectivement il y avait un coté qui était plus décalé que l'autre »
 E13 « pour lui après examen et après réévaluation c'est vraiment flagrant que c'est le bassin qui repart vers l'avant »
 E14 « il m'a dit que j'ai une jambe plus courte que l'autre »
 E15 « il y a je sais pas quoi qui est décalé... le bassin je crois »
 E16 « elle a décelé une petite différence de longueur de jambe »

***L'ostéopathe trouve conflit dont le patient n'avait pas conscience.**

E16 « je me souviens une fois elle avait décelé un problème à l'épaule, moi je ne ressentais rien, mais voilà »

***Un étonnant lien avec la podologie.**

E1 porteur de semelles

E5 « il a trouvé un décalage, d'où le sacrum qui se décalait toujours du même côté. Et effectivement, depuis que j'ai des semelles orthopédiques, c'est beaucoup mieux »

E6 « depuis septembre, je ne vois pas de mieux, avec ou sans les semelles »

E8 « j'ai une semelle de compensation dans une... chaussure gauche (...) ça fait ...deux ans (...) c'est quand même une petite amélioration »

E14 « j'ai quand même mal au dos, même avec les semelles »

E16 « je porte des semelles depuis 1 an, chose que je ne faisais pas avant. (...) C'est pas parfait, mais mieux (...) Si je passe une journée sans, c'est clair et net le mal de dos revient immédiatement

***La pédagogie.**

E4 « il est un peu enseignant »

E4 « j'aime bien c'est qu'il a pris aussi le temps avec un livre de me faire voir ou c'était, de me montrer que c'était finalement le nerf »

E6 « elle explique pourquoi on a mal là, les tensions là »

E13 « il explique ce qu'il fait... Comment ça interagi, comment les organes peuvent interagir après avec les muscles, tout ce qui peut être lié, pourquoi effectivement on peut avoir mal »

E15 « il parle doucement, il explique...j'aime bien »

E16 « la pédagogie qu'elle adopte avec le patient est bien différente »

E16 « il y a toujours un fond douloureux, parce que elle m'explique, l'inflammation, l'irritation qui a pu se créer à différents endroits, donc il faut un temps aussi pour que ça disparaisse »

***L'éducation thérapeutique.**

E2 « je continue à faire les mouvements qu'il m'a dit »

E3 « il m'a aussi conseillé de continuer à travailler chez moi dans les soirées qui ont suivi »

E4 « il donne des conseils également d'exercice à faire par soi-même »

E10 « si elle m'a donné des exercices à faire à la maison (...) Des étirements au niveau des fessiers (...)des étirements de jambes, des étirements debout »

E11 « y'a aussi des conseils, des conseils de vie qui sont important »

E13 « y'a des étirements à faire »

→Contre exemple.

E6 « l'ostéopathe elle m'a donné des exercices et ben je ne les fais pas »

III/ Le patient et sa lombalgie chronique.

.Le modèle explicatif évoqué par le patient au sujet de sa douleur.

E1 « quand j'étais jeune (...) pendant les vacances on travaillait(...) je pense que la partie ergonomique du travail n'était pas très développée »

- E4 « il est vrai que la scoliose, beaucoup d'adolescent en ont donc je dirai que les médecins de l'époque s'en préoccupaient pas plus que ça, mais j'ai eu un métier très physique, heu, à partir de l'âge de 20 ans jusqu'à 39 ans, j'ai dû porter beaucoup de paquets de valise, et surtout voyager beaucoup avec tous ces paquets-là »
- E6 « l'arthrose... l'usure... le travail... les années... »
- E7 « tous mes problèmes viennent du côté droit »
- E7 « je pensais qu'elles venaient d'un problème de hanche »
- E8 « j'ai mal au dos depuis l'âge de 12 ans, c'est un problème de croissance »
- E8 « je sais que j'ai une hernie discale »
- E9 « ce problème de douleur c'est vraiment la charnière lombo-sacrée c'est très bas. J'ai ça depuis que je suis petite »
- E15 « ben l'usure, le travail surtout... on fait un travail physique à la ferme »
- E15 « le travail, l'usure, être longtemps debout, pas avoir le temps de se poser... le manque de vacances et les soucis ça doit jouer aussi »
- E16 « depuis l'adolescence déjà. Parce que j'ai fait beaucoup de cyclisme, et j'avais des douleurs chroniques de dos. Alors est ce que c'était lié à la posture, parce que je faisais de la course sur route, ou est-ce que c'était déjà ma jambe plus courte qui me donnait une posture qui faisait que j'avais des douleurs dorsales, je ne sais pas »
- E17 « je mettais ça sur le compte de la grossesse »

.Le retentissement de la lombalgie chronique au quotidien.

***Entourage familial ou amical.**

- E1 « on se moquait de moi oui. Ben vous savez avec les potaches, « hey, le petit vieux qui se balade »
- E3 « d'avoir mal, forcément, vous embêtez le monde »
- E6 « c'est arrivé qu'on me dise « tu es toujours en train de te plaindre »
- E8 « on a tendance à envoyer les gens balader »
- E8 « des fois ça fout les gens dans un goût de chien... on ne peut pas être en permanence... à dire à l'entourage « ben rappelle-toi que j'ai mal au dos » donc euh... mais ça a des retentissements certainement, probablement sur l'humeur donc l'entourage en prend un coup parfois »
- E10 « ma sœur qui m'a dit « c'est peut-être un peu psychologique »
- E10 « ils sont même plutôt dans l'attitude « est-ce que tu veux que je te masse », « est-ce que tu as besoin de quelque chose »
- E14 « mon mari, des fois il me dit que je me plains tout le temps »
- E17 « le soir je vais être un peu plus râleuse... vis à vis de mon conjoint. Lui me dit « je sais, tu me le dis tout le temps » »
- E17 « Je me plains à mon ostéo, mon conjoint, les enfants souvent « vous pouvez un peu m'aider, j'ai un peu mal au dos, vous pouvez m'aider à débarrasser »

***Au travail.**

- E1 « mes camarades quand ils travaillaient avec moi ... bon il n'y a pas qu'au sens physique qu'il est carré »
- E8 « quand vous avez mal et puis que vous avez un hiérarchique qui le sait et puis qui vous balance pas spécialement à vous mais à une équipe... qui vous balance pas forcément des choses qui font plaisir... euh... des fois le retour de balle est un peu sévère »
- E14 « je pense qu'il y croit pas trop que j'ai mal au dos. Il a l'air de dire que je fais pas trop d'effort et que je suis la seule à me mettre en arrêt comme ça dans l'entreprise »

E14 « mes collègues me font des réflexions (...) Aucun ne me demande si je vais bien, par contre ils critiquent tout le temps quand ça va pas »

***Personnel.**

E3 « ça avait une tendance à me rendre un peu déprimé »

E3 « on peut pas avoir les même activités, dès qu'on a un handicap »

E6 « ça m'est arrivé plusieurs fois de partir au boulot en pleurant »

E7 « je me déplaçais comme un vieillard tellement ça me faisait mal »

E9 « ça m'est arrivé d'arriver coincée au boulot »

E10 « c'est vraiment le dos et puis une sciatique pratiquement permanente »

E12 « je suis allongé, je fais rien de la journée (...) j'ai l'impression de plus exister »

E12 « je vis avec la douleur, je suis tellement habitué que je m'en rends pas compte »

E13 « ça va s'installer, ça va être insidieux. Je vais commencer à avoir mal au dos. C'est pas une douleur aigue, c'est vraiment une petite gêne... qui traîne et qui a un moment ben rien ne va le soulager »

E14 « j'ai eu des arrêts de travail à cause de ça »

E14 « ben je suis grognon. Je fais la gueule quoi »

E17 « j'ai vraiment cette impression d'avoir pris 40 ans d'âge en plus de mon âge initial »

.Des problématiques individuelles liées au travail et à la vie personnelle.

E1 « je sentais quand la fatigue.... Euh... s'accumulant, je savais que ça allait coincer à un moment ou à un autre »

E1 « ça faisait partie des caractéristiques du bonhomme voilà... pas souple, et puis avec quelques réserves dans le dos qui font que voilà »

E1 « la douleur qui n'est pas extraordinaire mais qui est là et (...) l'aspect... euh... subconscient qui intervient plus que la partie douleur »

E3 « je me suis même dit tiens, heu, t'as mal au dos, parce que t'en as plein le dos »

E3 « la douleur c'est un truc assez subjectif »

E3 « je suis en retraite depuis 6- 7 bons mois aussi, ça m'a fait mal avant de quitter le boulot (...) c'est que je me suis occupé effectivement dans un même temps avant de quitter mon boulot des affaires de ma mère qui avait fait une chute (...) et qui a énormément perdu au niveau du cognitif, et j'ai été obligé de m'occuper d'elle, bon heu...d'un peu de tout quoi. Je suis fils unique, mon père est décédé »

E3 « si vous avez un problème parce que vous avez pris une mauvaise position et que vous étiez un peu bancal, et qu'en plus vous avez pas le moral, et qu'en plus vous avez tous les emmerdements du diable, vous faites de la bagnole à n'en plus pouvoir, vous faites le déménagement, tout ça, ça se cumule, et c'est la petite goutte d'eau qui fait déborder le vase »

E4 « depuis la mort de ma mère, ça fait maintenant 27 mois, mes maux de dos se sont considérablement accentués »

E4 « j'ai en spectre la fin de vie de ma maman qui s'est trouvée emprisonnée dans son corps »

E4 « dès qu'on a une petite douleur quelque part, un souci ou un stress, forcément, la douleur est décuplée »

E4 « un mode de vie très stressant, très heu, très heu saccadé, très heu, brutal »

E4 « je vis seule officiellement, je n'ai pas de famille ni de petits enfants »

E5 « Je vais finir en fauteuil roulant si je continue »

E5 « je suis quelqu'un d'assez nerveux »

E5 « c'est la conséquence d'une politique mise en place dans l'entreprise »

E5 « je viens d'être licencié économique »

E5 « quand vous vous arrêtez, une entreprise n'est jamais contente »

E6 « si je fais le bilan de ma vie euh voilà quoi... je suis arrivée à la retraite, je suis célibataire. C'est pas marrant tout le temps »

E7 « j'avais une maison sur le dos à l'époque »

E7 « y'a le côté psychologique qui joue un peu »

E7 « j'ai eu du stress à une époque parce que je faisais mon poste et magasinier en même temps »

E8 « c'était très vrai au travail car c'est du stress imposé »

E8 « une volonté de ma part de sortir du circuit euh... commercial hyper stressant à cause des objectifs et compagnie complètement débiles »

E8 « il y a eu une mutation sur Angers qui ne s'est pas très bien passée.... Une mutation c'est-à-dire une modification unilatérale du contrat de travail »

E9 « dans les couples, y'en a toujours un qui prend quelque chose de plus »

E9 « ma mère a le même problème »

E9 « de ce côté-là aussi je peux avoir à porter encore quelques petites valises ou quelques petites contrariétés »

E10 « une fatigue peut-être accumulée parce que c'est vrai que j'ai pas mal bossé »

E10 « j'ai toujours eu l'impression d'avoir le monde à porter sur mes épaules »

E10 « je crois quand même pas mal à ça au bout d'un moment donné le corps s'exprime autrement que par la parole »

E10 « on peut expliquer les maux de l'âme avec les maux du corps »

E10 « ben financièrement non, y'a un manque à gagner donc puis j'étais arrêtée deux semaines »

E10 « il y a eu pas mal de décès dans ma famille aussi en fin d'année (...) j'exorcise quoi en fait »

E12 « on a toujours des problèmes. Tout le temps, tout le temps tout le temps. Les moments de bonheur, heureusement y'en a, mais quand on compte tous les malheurs de la vie...on en a pas beaucoup finalement. (...) les gens rigolent plus. Comme dans le temps. Et, rire, c'est manger un beefsteak »

E12 « mon ex-femme déjà, elle a fait une rupture d'anévrisme, elle était enceinte. (...) après, comme elle avait frôlé la mort, elle a décidé de divorcer. Pour vivre. Mieux »

E12 « mon directeur me dit « quand t'es pas là, on est embêté ». Lui c'est plus les finances »

E13 « je crois que je me suis refusé le droit d'être malade »

E13 « je pense que tout s'enchaîne, plus de travaux, plus de stress, plus soulagée physiquement à ce niveau-là, mon fils est grand, il y a toujours des choses mais physiquement ça fait des choses de moins à porter »

E14 « j'avoue que des fois je pique des crises parce que finalement, je me rend compte que si je fais pas les choses, personne fait rien »

E15 « mon mari n'arrivait plus à faire le travail tout seul. Il a eu des ennuis de santé (...) donc j'ai dû arrêter de travailler pour pouvoir l'aider et garder l'exploitation »

E15 « la tête elle doit supporter les soucis et le stress... donc le dos ne suit plus »

E15 « on porte l'exploitation à nous deux et moi je porte un peu les séquelles physiques de mon mari... il peine aussi...c'est dur... mais... on se débrouille... mais des fois c'est sur on en a plein le dos tous les deux »

E16 « et je pense que certains n'ont pas compris que quand on fait un temps partiel, on peut pas faire plus que ce que le temps nous permet de faire. Ou alors sinon, vous faites ce que je faisais, c'est-à-dire que je ramenaient du travail à la maison. (...) Et à un moment y'a saturation »

E16 « j'ai passé des nuits blanches, (...) des moments très difficiles, et là, le dos a pas du tout aimé, c'est clair. Mais c'est vraiment lié au stress »

E17 « après il y a eu la séparation avec le papa de mes trois garçons »

E17 « quand il y a quatre enfants il y a toujours du linge, il y a toujours du ménage, il y a toujours des choses et moi je ne veux pas en laisser non plus... je sais que je suis têtue, j'en fais quand même un minimum. »

E17 « c'est vrai que dans ma famille ils ont tous des problèmes de dos mais c'est tellement tous différent les uns des autres que ça peut pas être je pense héréditaire »

E17 « c'était horrible, une situation où j'ai mis beaucoup de temps à m'en remettre »

→ Contre-exemple : le patient ne met pas en lien les FPS et la douleur.

E3 «*Alors il s'est attardé plus sur ce qui m'était arrivé en tant que foulure, puis heu, bon, heu, ce qui m'était arrivé, le péroné qui avait été cassé Il s'est attardé plus à ça qu'au reste. [...]lui en a déduit que ça pouvait venir de ça [...]Bon ça peut être le hasard bien sûr, n'importe quelle approche scientifique peu nous amener à penser qu'il s'agit peut-être du hasard, mais là je pense que quand même que ça a été flagrant. [...] c'est vachement subjectif de se dire, c'est à cause de ci, c'est à cause de.... Bon oui, quand le moral est pas là, il est pas là quoi. Mais je pense que avoir recherché pourquoi j'avais trop compensé etc, c'était une très bonne analyse, c'était une très bonne approche.*»