

SIGLES ET ABREVIATIONS

OP = Ostéopathe

FPS = Facteurs psychosociaux

HAS = Haute Autorité de Santé

D.O. = « diplômé en ostéopathie »

UFOF = Union Fédérale des Ostéopathes de France

IWGS = Institut William Garner Sutherland

COE = Collège Ostéopathique Européen

IdHEO = Institut des Hautes Etudes d'Ostéopathie

CSOF = Conservatoire Supérieur d'Ostéopathie Française

COS = Collège ostéopathique de Sutherland

ITO = Institut Toulousain d'Ostéopathie

ORI = Osteopathic Research Institute

CEO = Collège d'Etudes Ostéopathiques

HVBA = Haute Vitesse et Basse Amplitude

TOG = Techniques Ostéopathiques Générales

PLAN

INTRODUCTION

METHODE

RESULTATS

I/ Les ostéopathes abordent la lombalgie chronique avec des concepts du corps qui leur sont propres.

II/ Le raisonnement des ostéopathes face aux patients lombalgiques chroniques.

III/ Les représentations de la lombalgie chronique par les ostéopathes.

IV/ Les mots porteurs de sens pour les ostéopathes.

V/ La place des ostéopathes dans le système de soins.

DISCUSSION

La plainte lombalgique n'est pas un élément déterminant dans le raisonnement ostéopathique.

Les ostéopathes incorporent certains facteurs psychosociaux dans leurs concepts biomécaniques du corps.

Des difficultés de compréhension entre les discours médical et ostéopathique.

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

La lombalgie est un motif de consultation auxquels sont couramment confrontés les médecins généralistes. On estime qu'environ 60 à 90% de la population souffrira au moins une fois dans sa vie d'un accès de lombalgie [1].

La lombalgie est dite commune lorsqu'elle n'est pas symptomatique d'une pathologie organique (traumatique, infectieuse, inflammatoire ou tumorale). Dans la majorité des cas (90%), l'évolution sera rapidement favorable en moins de 6 semaines.

Cependant, une faible proportion des lombalgies communes va perdurer. Les lombalgies chroniques sont définies par l'HAS comme « une douleur de la région lombaire évoluant depuis plus de 3 mois ». En pratique, on évoque également les épisodes récurrents ou persistants. Elles ont un lourd retentissement sur la vie personnelle et professionnelle des patients affectés, et constituent un problème majeur de santé publique. En effet, si elles ne représentent que 6 à 8 % des cas de lombalgies communes, elles seraient responsables de 85% des coûts médicaux totaux relatifs aux lombalgies. De nombreuses études épidémiologiques ont cherché à identifier précisément les facteurs de risque de passage à la chronicité de la lombalgie. Parmi eux, les facteurs psychosociaux (FPS), liés soit à la profession soit à l'individu, tiennent une place importante. Leur intégration dans la prise en charge constitue un enjeu pronostique et thérapeutique majeur, mais difficile [2-3].

Les lombalgies chroniques représentent une situation thérapeutique complexe pour la médecine dite « conventionnelle », et les patients peuvent se tourner à un moment ou un autre de l'évolution de leur symptomatologie vers des médecines dites « alternatives » pour tenter de répondre à leurs attentes.

Parmi elles, l'ostéopathie a connu récemment un essor considérable en France. Cette discipline, originaire des Etats-Unis au milieu du XIXème siècle, s'est beaucoup développée dans les pays anglo-saxons, où les praticiens « diplômés en ostéopathie » (D.O.) disposent actuellement de prérogatives similaires à celles des autres professions médicales [4].

En France, la profession d'ostéopathe est reconnue depuis la loi du 4 mars 2002, suivie de 2 décrets d'application parus au journal officiel en mars 2007 [5]. Elle peut être pratiquée par des professionnels de santé (médecins, kinésithérapeutes) ayant suivi une formation spécifique, mais elle est majoritairement représentée par des ostéopathes « ni-ni » (ni médecin, ni kinésithérapeutes). Début janvier 2015, on recensait en France 22 318 praticiens autorisés à porter le titre d'ostéopathe : 1 249 médecins (soit 5,6%), 8 151 kinésithérapeutes (soit 36,52%) et 12 497 ostéopathes ni-ni (soit 56%). Ces derniers sont donc les plus couramment consultés par la population, d'autant que de plus en plus de mutuelles se proposent de rembourser les soins ostéopathiques. Cependant, leur pratique est peu connue du monde médical.

Selon l'Union Fédérale des Ostéopathes de France (UFOF), l'ostéopathie est une méthode de soins qui s'emploie à déterminer et à traiter les restrictions de mobilité qui peuvent affecter l'ensemble des structures composant le corps humain [6]. Il

s'agit d'une discipline exclusivement manuelle. Son exercice nécessiterait une bonne formation, de l'expérience et une pratique régulière [7].

Cependant, le dispositif officiel d'agrément des écoles d'ostéopathie proposé initialement était constitué de critères insuffisamment exigeants. Par conséquent, le nombre des écoles d'ostéopathie françaises a explosé ces 10 dernières années, formant trop d'ostéopathes par rapport aux besoins de la population [8], d'une grande hétérogénéité de formations. Un nouveau décret est donc paru en septembre 2014 afin d'améliorer ces conditions d'agrément et garantir la qualité des ostéopathes formés [9].

Cette nouvelle offre de soins peut amener les médecins généralistes à discuter avec leurs patients lombalgiques de l'intérêt de consulter un ostéopathe. Elle amène aussi de nombreux patients à consulter des soignants dont les concepts disciplinaires paraissent plus ou moins éloignés des conceptions médicales. Comment les ostéopathes « ni-ni » conçoivent-ils la problématique que pose la chronicisation de certains patients lombalgiques? Dans quelle place se positionnent-ils vis à vis de leur prise en charge? Y a-t-il dans leur approche une prise en compte des facteurs psychosociaux?

Quelle démarche clinique et décisionnelle utilisent les ostéopathes ni médecins ni kinésithérapeutes face aux patients lombalgiques chroniques venus les consulter?

METHODE

Choix de la méthode qualitative

Les recherches bibliographiques n'apportaient pas d'élément satisfaisant pour répondre à la question. L'objectif était d'obtenir des informations sur les représentations, le ressenti et l'expérience des ostéopathes dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques. Comme cette thématique a été peu explorée dans la littérature médicale française, le choix s'est porté sur la réalisation d'une étude qualitative.

Choix de la technique d'entretien

Il s'agissait d'une enquête par entretiens individuels semi-directifs menée par un médecin généraliste.

Il était important que chaque ostéopathe interrogé puisse s'exprimer librement, c'est pourquoi les interviews ont été réalisées individuellement, sous conditions d'anonymat, dans le lieu de leur choix.

Chaque entretien a été réalisé en suivant un guide préétabli constitué de questions semi ouvertes. Il a été élaboré à partir des recherches bibliographiques. Les thèmes explorés étaient : l'approche diagnostique ostéopathique des lombalgies, les modèles physiopathologiques ostéopathiques, l'approche thérapeutique ostéopathique, le ressenti des ostéopathes face aux facteurs de risque de passage à la chronicité, la relation ostéopathe/patient.

Deux entretiens tests ont été effectués permettant l'évolution du guide d'entretien.

Constitution de l'échantillon

Concernant le choix des professionnels à inclure dans cette enquête, la difficulté venait de la très grande diversité de formations et de pratiques ostéopathiques. Il semblait trop vaste et complexe d'interroger et d'analyser toutes les populations ostéopathiques en même temps.

Le critère d'inclusion a donc été la pratique exclusive de l'ostéopathie dans le département de la Loire-Atlantique, département choisi pour des commodités d'accès de l'enquêteur.

L'étude ayant pour objectif d'explorer le raisonnement ostéopathique, les professionnels de santé médecins ou kinésithérapeutes pratiquant simultanément des soins ostéopathiques et des soins médicaux ont été exclus.

Les variables de l'échantillon étaient : âge, sexe, cursus de formation, année d'installation, mode d'exercice, particularités d'exercice, techniques utilisées.

Le recrutement a été effectué à partir de la consultation des pages jaunes de l'annuaire, dans l'ordre alphabétique. Les ostéopathes ont été contactés par un mail leur décrivant les objectifs de la recherche et leur proposant d'y participer. Les ostéopathes interrogés ont été choisis parmi les répondants, en tenant compte des critères d'échantillonnage. La taille de l'échantillon n'a pas été fixée initialement, le recrutement devant se prolonger jusqu'à saturation des données.

Méthode de recueil des données

Les entretiens ont été réalisés par un seul enquêteur. Le lieu était choisi par l'enquêté. Les entretiens ont été enregistrés au moyen d'un dictaphone numérique après leur avoir expliqué les objectifs de l'étude et obtenu leur accord. Les enregistrements audio ont par la suite été retranscrits par l'enquêteur sur un logiciel de traitement de texte, en respectant littéralement les propos enregistrés et en y incluant les éléments non verbaux (gestes effectués, émotions ressenties). Le verbatim retranscrit a été proposé à la relecture à chacun des enquêtés.

Méthode d'analyse des données

L'ensemble des propos retranscrits a constitué le verbatim de l'étude. Un codage en unités de sens a été réalisé au fur et à mesure des entretiens. Une double lecture des entretiens, ainsi que de leur codage, a été effectuée tout au long de leur retranscription par l'enquêteur et son directeur de thèse, permettant une triangulation partielle de l'analyse. Ensuite l'enquêteur a élaboré un relevé thématique pour chaque entretien, puis une analyse transversale des données de l'ensemble du corpus.

RESULTATS

Population

Au total, 66 ostéopathes ont été contactés par mail. 52 n'ont pas répondu à la proposition, 12 ont manifesté leur intérêt pour le sujet, 1 personne a refusé car n'exerçant plus l'ostéopathie, 1 autre a décliné la proposition car récemment installée et pensant ne pas avoir assez d'expérience sur le sujet. Sur les 12 ostéopathes ayant accepté de participer, 11 ont été interrogés, la dernière personne n'ayant pu participer faute de disponibilité.

Les 11 entretiens ont été réalisés sur une période de 6 mois allant du 12 décembre 2014 au 26 mai 2015, dans le département de Loire-Atlantique. Les entretiens ont eu lieu pour 9 ostéopathes dans leur cabinet, pour l'un d'entre eux à son école d'enseignement, et pour une autre à son domicile. La durée moyenne de chaque entretien a été de 41 minutes, avec une variation allant de 31 à 52 minutes.

Des ostéopathes provenant de 8 écoles différentes ont ainsi été recrutés (tableau 1). 5 d'entre eux avaient initialement obtenu un diplôme dans une profession de santé : 4 en kinésithérapie et 1 en soins infirmiers. Il s'agissait des personnes les plus âgées pour 4 d'entre elles.

Tableau 1

Ostéopathe	Cursus de formation
OP 1	- Etudes de kinésithérapie - Ecole d'ostéopathie: IWGS Paris, 5 années d'étude
OP 2	- Ecole d'ostéopathie: COE à Cergy-Pontoise, 5 années d'étude
OP 3	- Ecole d'ostéopathie: IDHEO, 5 années d'étude
OP 4	- Etude de kinésithérapie - Etudes d'ostéopathie: 2 ans au CSOF puis 3 ans au COS
OP 5	- DE kinésithérapie 3 ans - Médecine chinoise 3 ans - Ecole d'ostéopathie: Maidstone (Grande-Bretagne), 5 ans d'étude
OP 6	- Licence STAPS - Ecole d'ostéopathie: IdHEO, 5 années d'études
OP 7	- Ecole d'ostéopathie: 4 ans à ITO (Institut Toulousain d'Ostéopathie) puis 2 ans à IdHEO
OP 8	- Ecole d'ostéopathie: COS, 5 années d'étude
OP 9	- Ecole d'ostéopathie: Ecole Maidstone (Grande-Bretagne), 4 années d'études
OP 10	- Etudes de kinésithérapie - Diplôme d'ostéopathie à L'ORI - Paris, 4 années d'études
OP 11	- DE infirmière - CEO de Montréal, 5 années d'études

Les ostéopathes interrogés exerçaient exclusivement l'ostéopathie en libéral; toutefois l'un d'entre eux avait gardé une activité de kinésithérapie dans centre de soins de suite et de réadaptation. 6 parmi eux avaient une activité d'enseignement associée. 6 ostéopathes sur les 11 étaient âgés de moins de 35 ans, 4 exerçant depuis moins de 5 ans. 3 ostéopathes avaient plus de 50 ans (tableau 2).

Tableau 2

Ostéo pathe	Âge	Sexe	Année de début d'exercice	Lieu d'installation	Mode d'exercice	Seul/Groupe
OP 1	55-60 ans	M	1989	Urbain	- Libéral, ostéopathie exclusive - Ostéopathie animale - Enseignant dans une école d'ostéopathie	Groupe de 2 ostéopathes
OP 2	25-30 ans	F	2010	Rural	Libéral, ostéopathie exclusive	Complexe paramédical
OP 3	30-35 ans	F	2011	Semi-rural	- Libéral, ostéopathie exclusive - Enseignant dans une école d'ostéopathie	Maison de santé pluridisciplinaire
OP 4	30-35 ans	M	2012	Urbain et semi-rural	- Libéral, ostéopathie exclusive dans 2 cabinets, dont un en clinique - Activité de kinésithérapie dans un centre de soins de suite et réadaptation	Groupe de 2 ostéopathes
OP 5	60-65 ans	M	1983	Urbain	- Libéral, ostéopathie exclusive - Enseignant l'ostéopathie dans 4 écoles en France	Seul
OP 6	30-35 ans	M	2010	Semi-rural	- Libéral, ostéopathie exclusive - Enseignant l'ostéopathie à Nantes	Maison de santé pluridisciplinaire
OP 7	25-30 ans	F	2012	Urbain	Libéral, ostéopathie exclusive	Groupe de 2 ostéopathes
OP 8	25-30 ans	M	2012	Rural	Libéral, ostéopathie exclusive	Seul
OP 9	35-40 ans	F	2000	Semi-rural	- Libéral, ostéopathie exclusive - Enseignant l'ostéopathie à Nantes	Seule
OP 10	45-50 ans	M	1995	Semi-rural	- Libéral, ostéopathie exclusive - Enseignant l'ostéopathie à Nantes	Seul
OP 11	50-55 ans	F	1997	Rural	- Libéral, ostéopathie exclusive - travaille au CHU de Nantes pour une étude ostéopathique	Seule

I/ Les ostéopathes abordent la lombalgie chronique avec des concepts du corps qui leur sont propres.

+ La globalité du corps.

Au cours des entretiens, les praticiens ont insisté sur le fait qu'ils utilisaient « *un concept de base en ostéo : c'est voir le corps dans la globalité* ». Cette notion pouvait être décrite comme « *l'inter relation (...) des différentes zones du corps, la globalité* ». Elle consistait à ne « *pas insister sur un symptôme qui va être lombalgique, alors qu'on a un décalage très très fort à admettre en dessous. Qu'il*

faut corriger ». « Donc la globalité, c'est (...) ne pas s'arrêter sur ces 10 centimètres carré de douleur,(...). Il faut peut être prendre du recul avec ça ».

Le corps humain était donc considéré par les ostéopathes comme une unité fonctionnelle indissociable : *« on part sur le principe que dans le corps humain tout est relié », « la personne, elle est une et entière »*. Cela se manifestait par des liens de réciprocité d'action entre des structures voisines : *« Toujours (...) Cette notion de vice-versa, en fait. L'un influence l'autre et l'autre vient influencer l'un »*. L'un des interrogés expliquait que ces interactions, notamment entre la région lombaire et les viscères, pouvaient également se réaliser par le biais du système nerveux : *« une bonne part des viscères, en tous cas en sous-mésocolique, ça va être (...) innervé au niveau lombaire... et du coup, en lien direct, soit de cause, soit d'effet »*. La bonne santé d'un individu passait donc pour eux par la nécessité d'une harmonie de fonctionnement entre les composants de l'organisme : *« si vous redonnez une harmonie de mobilité de toutes les structures, il y aura une harmonie de fonction de toutes les fonctions qui dépendent de ces restrictions, de cette mobilité là. Que ça soit viscéral, articulaire ou musculaire »*. *« Et quand il y a une harmonie de mobilité, il n'y a plus de contraintes sur la zone en lésion. Et la zone en lésion va être libérée parce que on a rétabli l'harmonie de la mobilité sus-jacente et sous jacente »*.

+ La santé est liée à la mobilité.

Pour tous les ostéopathes interrogés, la mobilité des tissus était considérée comme le paramètre déterminant dans l'évaluation de l'état de santé de la personne : *« parce que tout doit bien bouger dans le corps humain »*; *« ce qu'on cherche, (...) Ce qui est important pour nous c'est le mouvement »*. Cette notion s'appliquait à tous les tissus : *« Le mouvement des structures, que ce soit les structures osseuses, fasciales, toutes les structures »*. Cette importance s'expliquait par le fait que *« si la mobilité est respectée, le corps humain fonctionne mieux »*. Un élément du corps repéré comme présentant un manque de mobilité était donc considéré pathologique : *« le but pour toutes les structures, c'est... Si tout bouge bien tout marche bien, si tout bouge mal tout marche mal »*. Inversement, une structure bien mobile n'était pas en mauvais état de santé ostéopathique : *« Moi je ne vais pas aller traiter quelque chose qui bouge bien »*.

+ La nécessité pour les structures d'assurer leur fonction.

Certains ostéopathes estimaient également que c'était une nécessité pour le corps humain d'assurer ses fonctions : *« Le corps, il doit assurer ses fonctions vitales, il doit assurer ses fonctions digestives et urinaires, il doit assurer le mouvement. Vous devez vous lever le matin, vous devez réussir à digérer, vous devez marcher, conduire votre voiture, etc.... »*. C'est pourquoi selon eux l'organisme avait parfois recours à des stratégies d'adaptations nécessaires pour préserver son fonctionnement : *« C'est pas vraiment des complications puisqu'au contraire, c'est des adaptations, (...) des choses auxquelles son corps a eu recours, pour lui éviter de trop souffrir »*; *« Pour maintenir une homogénéité dans la machine et pour continuer le quotidien, pour continuer à vivre et à bien fonctionner, le corps va compenser parce que, à un endroit, ça ne bouge pas bien »*.

+ Les symptômes résultent d'un déséquilibre.

La bonne équilibration du corps était une notion fondamentale pour les ostéopathes qui le percevaient comme un moyen de préservation de l'état de santé de l'individu. « *Si le corps est aligné, si le corps est équilibré, il y a moins de chances (...) pour la personne, en faisant un faux-mouvement, que ça parte en vrille tout de suite! Et puis qu'elle se fasse une lombalgie!* ». Une perturbation de cet équilibre pouvait par conséquent provoquer l'apparition de la symptomatologie : « *le corps, il gère à peu près, il reste à peu près en équilibre, jusqu'au moment où il ne peut plus compenser dans cette direction parce que il y a autre chose qui coince, cela gêne autre chose donc il va compenser ailleurs. Et encore ailleurs et encore ailleurs. Mais au bout de la chaîne, (...) il n'a plus l'outil en mains pour pouvoir gérer la situation. Et là souvent, il y a le symptôme qui apparaît* ».

Les ostéopathes expliquaient donc que d'autres régions du corps étaient susceptibles d'être sollicitées afin de palier à ces déséquilibres : « *si il y a une articulation qui est moins libre, qui bouge moins bien, il n'y aura pas forcément de symptômes tout de suite. Le corps va s'arranger pour que le mouvement se fasse quand même, mais en sollicitant peut-être plus cette chaîne musculaire là plutôt que telle autre. Du coup il y a des structures qui vont être sollicitées de façon plus importante par rapport à d'habitude* ». Ces mécanismes de compensation permettaient d'assurer la continuité du fonctionnement de l'organisme : « *Quand la rotation cervicale se fait mal et que vous êtes par exemple debout, vous allez compenser en faisant tourner les lombaires pour compenser ce qui ne peut pas marcher dans les cervicales* ». Et c'était donc ces zones compensatoires qui selon les ostéopathes pouvaient souffrir et être susceptibles d'exprimer le symptôme : « *Ca peut être une coxo-fémorale qui entraîne des douleurs lombaires, parce que lorsque l'articulation de la hanche fonctionne mal, il y a compensation lombaire* ».

Ainsi, des adaptations dans le corps pouvaient se mettre progressivement en place, selon eux, selon une certaine logique, pouvant générer des chaînes mécaniques de déséquilibres : « *lorsque vous vous tordez la cheville, ça va tirer sur les muscles fibulaires, donc ça va tirer sur la fibula, qui va elle-même tirer sur le long biceps, (...) qui va tirer sur l'iliaque. Donc vous voyez on a déjà un bassin déséquilibré parce qu'on s'est tordu la cheville... Si le bassin est déséquilibré, on va forcément faire des compensations, puisque le regard est horizontal. Et, donc, on a des tensions au niveau de la base du cou. Et donc, des maux de tête* ». L'installation de ces chaînes mécaniques pouvait parfois être identifiée par l'analyse chronologique des événements : « *un footballeur qui s'est tordu la cheville (...) qui me dit: « voilà, ça fait 3 mois que j'ai mal dans le bas du dos, (...) il y a 4 mois, j'ai eu une entorse de cheville, ensuite j'ai eu mal au genou, j'ai eu mal au niveau de la hanche et, maintenant j'ai mal dans le bas du dos » (...) là, effectivement, la chaîne lésionnelle elle est assez simple à trouver* ».

L'un des ostéopathe précisait que certaines de ces compensations, anciennes, pouvaient être à respecter car utiles au bon équilibre du corps : « *le patient peut avoir développé des compensations anciennes (...) Qui font partie de son équilibre aussi à lui* ».

+ La lésion ostéopathique.

Les ostéopathes expliquaient que des lésions spécifiques ostéopathiques étaient impliquées dans ces déséquilibres et ces compensations. Il s'agissait d'une altération de la mobilité des tissus : *« des zones qui ne vont pas bouger de manière harmonieuse, qui ne vont pas avoir toute leur souplesse, toute leur mobilité », « des noeuds, en quelque sorte, des points de rétention! », « des points qui vont sembler plus durs, plus sensibles, plus douloureux... Plus fixes »*. L'un d'eux expliquait que pour une articulation il était question d'une modification de son positionnement optimal : *« Il peut arriver qu'une coxo-fémorale soit mal centrée dans sa cavité »*.

Ces restrictions de mobilité pouvaient selon eux potentiellement affecter n'importe quelle structure anatomique : *« des structures articulaires, viscérales, fasciales ou respiratoires comme le diaphragme ou comme les piliers du diaphragme », « un problème musculaire, (...) des para vertébraux, des carrés des lombes, des psoas », « une tension ligamentaire », « un problème de capsule articulaire », « une conformation osseuse, structurelle, qui fait qu'on est bloqué au niveau osseux directement », « une anomalie, une dysfonction viscérale », « un problème neurologique aussi, avec des lombosciatiques, des lombo-cruralgies », « une zone cicatricielle au niveau (...) d'une césarienne »*.

Ces dysfonctions ostéopathiques pouvaient s'installer selon différents mécanismes. Elles avaient souvent pour origine un traumatisme ayant un impact immédiat sur la structure touchée : *« Ces blocages peuvent être traumatiques. Se tordre le pied, rater un trottoir, ou même tout simplement une entorse de cheville »*. Ces traumatismes responsables pouvaient être violents ou minimes : *« des petits chocs qu'on peut prendre sans s'en rendre compte (...) ils restent en mémoire dans le corps, et toutes ces choses là s'accumulent »*. Elles pouvaient aussi se mettre en place par un mécanisme secondaire adaptatif : *« un genou (...), un bassin qui va se mettre en antériorité, du côté de la cheville en entorse, parce que il y a moins d'appui de ce côté là (...) le traumatisme était (...) au niveau de la cheville ... Mais la dysfonction elle se met en place au niveau du bassin... En adaptation à la posture »*. Cela pouvait concerner certains actes chirurgicaux comme *« une occlusion intestinale, avec des brides... d'adhérences qui vont se situer au niveau du colon droit ou du colon gauche, et qui vont donner des perturbations à la fois des angles du colon et de la racine du mésentère »*. Ainsi que les accouchements : *« des blocages de la mobilité des 2 reins, principalement après des accouchements chez les femmes »*. Les atteintes ostéo-articulaires pouvaient être associées à des dysfonctions viscérales : *« souvent quand on trouve des tensions au niveau des sacro-iliaques, on retrouve les viscères (...) en dysfonction »*. Quelques pathologies médicales également risquaient d'amener ces contraintes au corps : *« l'arthrose une fois développée provoque des manques de mobilité, vu qu'il y a une création d'os en plus. Ça limite finalement la mobilité d'une articulation »*. Enfin, les émotions et le stress ressenties par le patient pouvaient avoir un impact sur les tissus et engendrer des dysfonctions ostéopathiques : *« le stress, je pense que ça (...) amène des dysfonctions », « Il y a des (...) points de rétention au niveau tissulaire où (...) clairement ça va être une cause (...) psychique »*.

Les ostéopathes expliquaient que les dysfonctions ostéopathiques étaient souvent asymptomatiques sur le plan médical : *« la zone à traiter n'est pas forcément la zone douloureuse. C'est là que l'on se détache un petit peu de la médecine »*.

traditionnelle, (...) où l'on a ce devoir de recul par rapport au symptôme (...). Parce que le problème peut très bien être ailleurs ». Elles pouvaient ne pas déclencher de gêne fonctionnelle : « Si vous avez une cheville « bloquée » au niveau ostéopathique, cela ne va pas vous empêcher de marcher, cela ne va pas vous donner de douleur, à la marche ou à la course forcément ». Les patients ne pouvaient donc pas les détecter : « cela va être tellement subtile que le patient peut ne pas le sentir ». A l'inverse les zones douloureuses ne semblaient pas toujours pathologiques sur le plan ostéopathique : « parfois, il va me dire : j'ai mal là. Moi je vais tester là ... C'est pas plus bloqué que ça ».

Cette appréciation des tissus par les ostéopathes se voulait distincte du raisonnement médical : *« il n'y a vraiment pas de règles. C'est là qu'est la difficulté en ostéopathie. Au niveau expression, au niveau scientifique, au niveau référencement, c'est là que c'est difficile à expliquer ».* Il s'agissait d'une évaluation qualitative des tissus : *« Ce n'est pas une question d'amplitude, on fait le mouvement, et est-ce que le mouvement est qualitativement bien réalisé », « c'est en terme de densité », « ça fait aussi référence au principe selon qu'on croit en ostéopathie (...) que les tissus ont leurs mouvements propres et internes ».* Cela ne pouvait être recherché qu'à la palpation : *« c'est ça qui pose la difficulté de l'ostéo. C'est qu'en fait, c'est subjectif, puisque c'est palpatoire ».* Cela n'était pas détectable à l'imagerie : *« ça peut ne pas être visible, médicalement, par une radio ou par quelque chose comme ça ».* D'où l'importance soulignée par certains de développer le sens du toucher : *« Le sens haptique ».* Cette analyse pouvait être comparative : *« on compare cuisse droite/cuisse gauche ».* L'âge était un paramètre à prendre en compte : *« La qualité du mouvement d'un tissu, voilà d'une personne de 20 ans, ça ne va pas être la même que une personne de 70 ans ».*

II/ Le raisonnement des ostéopathes face aux patients lombalgiques chroniques.

+ Une démarche qui se veut détachée du symptôme.

Beaucoup d'ostéopathes expliquaient que le motif de consultation n'était pas un élément prépondérant dans la prise en charge de leurs patients : *« Dans la philosophie ostéopathique, finalement le motif de consultation, c'est juste une information en plus sur le déséquilibre de la personne en général (...) on va pas vraiment se focaliser que sur le motif ».* En effet, le symptôme ne devait pas prendre plus d'importance pour l'ostéopathe que son souci d'avoir une approche globale du corps : *« Quelque part, qu'il vienne pour une lombalgie chronique ou pour cervicalgie ou... des aigreurs d'estomac (...), ce sera, toujours le prendre en charge de manière globale, identifier sa posture. Et, ce qui peut causer ses troubles... ».* C'est pourquoi, les consultations ostéopathiques suivaient un raisonnement le plus souvent similaire quelque soit la plainte : *« Un tableau de lombalgies chroniques? ... De toute façon, toutes les consultations commencent de la même manière quelque soit le motif »;* *« la lombalgie chronique, en terme d'anamnèse... Je la traite comme toute douleur pour laquelle le patient vient ».*

+ Le bilan d'exclusion.

La plupart des ostéopathes vérifiaient avant tout que la plainte lombalgique du patient soit bien de leur ressort : *« dans un premier temps, même s'il s'agit de lombalgie chronique, même si ce sont des patients envoyés par des fois des professionnels de santé, comme des rhumatologues ou des médecins, il nous faut (...) identifier si l'ostéopathie est possible chez ce patient là ou pas »*. Leur démarche commençait donc par la réalisation d'un bilan d'exclusion : *« Impérativement, on fait un diagnostic d'exclusion (...) c'est-à-dire on élimine la possibilité de fracture, de cancers, enfin de tumeurs, de hernie discale engagée, et ainsi de suite (...) tout ça c'est pas de notre ressort, on ne peut pas, et on peut être dangereux, donc il ne faut surtout pas toucher »*.

Pour cela, ils pouvaient avoir recours à de tests cliniques semblables à ceux de l'examen médical : *« Bien entendu, si jamais on a un doute sur la prise en charge, on effectue avant des tests médicaux (...) qu'on appelle des tests d'exclusion, qui nous permettent de dire : non, là je ne vais pas prendre en charge le patient »*. On retrouvait surtout un examen neurologique approfondi : *« les tests neuro, à savoir ROT, forces, sensibilités »*. Cela pouvait également comporter des tests cliniques rhumatologiques : *« Lassègue et Léri »*, un examen vasculaire : *« faire une prise de tension, palpation des pouls et palpation et/ou écoute au niveau de l'aorte abdominale »* et digestif : *« viscéral également »*.

Les examens complémentaires aidaient les ostéopathes à éliminer une pathologie médicale : *« tous les examens complémentaires au niveau examens sanguins, examens neurologiques, etc. Pour être bien sûr qu'il ne se cachait pas une pathologie importante, qu'elle soit tumorale ou etc »*; *« (...) s'assurer qu'il n'y a pas d'autres choses à faire auprès d'un rhumatologue ou auprès de son médecin généraliste »*. Cela leur permettait aussi de justifier l'absence de contre-indications aux manipulations. *« J'utilise les examens complémentaires dans le but de pouvoir mettre en évidence une possible contre-indication à la pratique de l'ostéopathie »*.

S'ils le jugeaient nécessaires, certains ostéopathes les demandaient : *« Quand les patients en ont, c'est bien pour nous. Quand ils n'oublient pas de les amener, c'est encore mieux pour nous. Et puis s'il le faut (...) on demande au patient de demander au médecin traitant de demander au radiologue de faire des radios... Et de nous envoyer les comptes-rendus, ou nous les faire parvenir »*.

+ Le bilan ostéopathique.

Après avoir exclu les pathologies médicales et s'être assurés de la possibilité de manipuler, les ostéopathes réalisaient alors leur bilan ostéopathique.

A l'anamnèse, ils effectuaient une analyse chronologique de l'histoire de la lombalgie du patient : *« ce qui était intéressant pour moi, c'était de connaître l'ensemble de ses faits de vie »*, *« Essayer de pouvoir créer une espèce de chronologie sur le mode d'apparition de ses douleurs au niveau lombaire »*. Les antécédents du patient étaient recueillis minutieusement, pouvant faire l'objet d'un interrogatoire détaillé : *« la plupart du temps, il s'est passé quelque chose dans les antécédents de la personne (...) il y a une anamnèse, enfin en ce qui me »*

concerne en tout cas, assez longue, pour savoir tous les antécédents chirurgicaux, médicaux, de la personne ».

Le plus souvent, ils recherchaient des traumatismes physiques, parfois anciens : « *Dans les lombalgies chroniques c'est souvent ce qu'on trouve, une personne qui a eu un accident de voiture* ». Certains recherchaient également des traumatismes émotionnels : « *Vous avez eu une chute? Un choc? Est-ce qu'il vous est arrivé quelque chose de particulier dans votre vie? Une émotion?* ».

Les ostéopathes portaient aussi de l'intérêt au parcours professionnel des patients lombalgiques : « *Je lui ai quand même demandé ce qu'elle avait fait comme travail. Tu vois, elle a travaillé dans un self universitaire, toute sa vie...* », et recherchaient leur impact sur la lombalgie : « *sur certaines professions, (...) un maçon... La lombalgie, ça a commencé il y a peut-être 20 ans, mais c'était très ponctuel, en terme d'épisodes, et maintenant c'est tous les jours* ».

L'un d'eux expliquait s'appuyer sur l'établissement d'un profil temporel des événements ayant pu avoir un impact dans le corps et pouvant être en corrélation avec la pérennisation de la lombalgie : « *dans le profil temporel, ce qui est important donc vous me disiez la chronologie, c'est de savoir, (...) Quels phénomènes de compensation ont pu se passer pour que aujourd'hui, on en arrive là. Donc tous les détails sont importants* ».

Le concept de globalité des ostéopathes leur imposait de réaliser un bilan complet du corps de chaque patient lombalgique, à la recherche de lésions ostéopathiques : « *Quelque soit le symptôme, on étudie toujours la mobilité et l'harmonie de la mobilité du sommet de la tête aux orteils pour voir chez chaque patient quelles sont les restrictions de mobilité qui ont amené à cette résultante là* ». Cet examen complet se devait d'être répétitif : « *Même quand je revois la personne, (...) je refait un bilan global la fois suivante pour voir l'évolution entre les 2 séances et voir si le schéma a bougé* ». L'examen ostéopathique pouvait être plus ciblé dans certaines situations « *en fonction de l'anamnèse et de l'observation, peut être qu'on va resserrer un peu et qu'on ne va pas tester (...) précisément, chaque os* ». Les zones suspectes faisaient donc l'objet d'une analyse plus approfondie : « *Minutieux dans les zones où j'ai le plus d'appel. Je ne vais pas regarder chaque articulation en détail* ». Pour un problème rachidien, l'examen du corps axial constituait un élément incontournable : « *Vous imaginez bien que, quelque chose qui va toucher le rachis (...) je vais plus m'intéresser à tout le squelette, enfin tout le corps axial. Des pieds à la tête* ».

Ce bilan complet commençait par une phase d'observation du patient en statique puis en dynamique, notamment « *On le regarde marcher de face, et de dos* ». La posture des patients était soigneusement étudiée : « *j'évalue son organisation posturale* ». Plusieurs types posturaux pouvaient ainsi être identifiés : « *déterminer si c'est quelqu'un qui va avoir (...) un type postural plus antérieur, postérieur...* ». L'examen podologique recherchait un éventuel « *pied trop creux* » ainsi qu'une possible « *différences de longueur de jambes qui vont beaucoup jouer dessus* ». Cela permettait déjà « *d'écarter certaines hypothèses et de se diriger plus vers telle ou telle hypothèse* ». Il fallait établir une concordance entre l'observation et la plainte lombalgique : « *Est-ce que ce que l'on observe est cohérent avec la plainte décrite par le patient* ». L'examen clinique ostéopathique avait ensuite pour but de confirmer ou d'infirmer les hypothèses émises durant l'anamnèse : « *Essayer de voir si la posture nous oriente sur un point qu'on a relevé lors de l'anamnèse. Lors de l'anamnèse on peut avoir plusieurs hypothèses, d'étiologies de la lombalgie chronique* ». Ils avaient pour cela recours à des tests ostéopathiques spécifiques

où la dynamique du patient était évaluée dans différentes positions : *« des tests... debout, des tests actifs, des tests passifs. (...) en décubitus dorsal et en décubitus ventral (...) Et si il y a besoin, je fais des tests aussi, sur le côté, en décubitus latéral »*.

A l'issue de la recherche des dysfonctions, les ostéopathes procédaient à une réflexion pour en comprendre l'organisation : *« On essaie de mettre tout en logique, un petit peu »*. Le but était d'identifier les dysfonctions perturbant la cohésion générale : *« on va faire davantage de tests pour essayer de cibler la structure en question qui gêne tout l'ensemble »*. L'un des ostéopathes expliquait qu'il fallait être capable de distinguer les bonnes et les mauvaises dysfonctions, ce qui nécessitait de l'expérience : *« c'est là que notre métier est un métier (...) de pratiques et d'années pour justement, savoir faire, mais savoir ne pas faire aussi des fois »*. Le diagnostic ostéopathique se caractérisait donc par une analyse rigoureuse d'un schéma de dysfonctions se mettant en place dans le corps du patient : *« c'est juste un schéma... C'est un bilan ostéopathique, et la raison de ça c'est juste un jeu de compensations »*. L'analyse ostéopathique des phénomènes de compensations permettait ainsi de remonter jusqu'aux dysfonctions initiales, parfois éloignées : *« nous, le but, cela va être de remonter la chaîne et dans ce bilan global de voir: « Attendez, vous avez mal à tel endroit, mais telle zone, qui est complètement à l'opposé, peut-être, ne bouge pas du tout! » »*.

+ Les objectifs des manipulations.

Une fois le schéma de compensations à l'origine de la lombalgie identifié, les ostéopathes tentaient de rétablir une qualité de mobilité des zones dysfonctionnelles : *« les techniques ostéopathiques consistent à redonner de la mobilité là où il n'y en a pas »*. *« C'est vraiment le coeur de notre métier. C'est quand même la notion de redonner du mouvement »*. *« C'est que, rien n'est démis, rien n'est remis. Et rien n'est déplacé, rien n'est remplacé. C'est simplement une mobilité qu'on rétablit »*. Selon l'un d'eux, il ne s'agissait pas toujours de manipuler l'organe touché à proprement parlé, mais parfois les éléments l'entourant : *« on travaille ce qu'il y a autour. Ce qui les accroche pour bien les libérer... »*. Même s'il s'agissait d'une structure en état d'usure, les ostéopathes considéraient qu'il était possible d'améliorer en qualité la mobilité. *« On sait que, voilà, en quantité on ne va pas forcément beaucoup améliorer les amplitudes du mouvement, mais en qualité on peut améliorer »*.

Ces manipulations devaient s'effectuer selon une logique respectant la chronologie des événements identifiés au bilan ostéopathique : *« relâcher petit à petit des tensions, pour arriver au coeur du problème (...) dans une logique cohérente, et la moins douloureuse possible pour le patient »*. Il fallait donc chercher à déjouer l'une après l'autre les compensations : *« c'est là qu'on va aller intervenir pour dénouer, pour que tout le reste puisse se dénouer »*. L'ensemble des manipulations ostéopathiques visait à rééquilibrer l'organisation du corps : *« Essayer de rétablir l'équilibre général du corps du patient »*. Elles pouvaient permettre d'aider le corps selon certains à retrouver *« cette capacité d'équilibration, en permanence, et nous c'est cela qu'on va stimuler, en quelque sorte. Le fait de rééquilibrer, de relâcher le nœud principal, eh bien tout le reste va se remettre en action derrière »*. Leurs effets pouvaient se ressentir plus tard : *« le patient, il a une équilibration qui va se faire au niveau de son corps dans les*

prochains jours, voir les prochaines heures de la séance, qui va se mettre en place ».

Les ostéopathes disposaient d'un vaste répertoire de techniques de manipulations : *« le panel des techniques ostéopathiques est très très vaste et, des fois c'est... c'est un petit peu difficile de s'y retrouver (rires)! »*. Cet arsenal thérapeutique permettait aux praticiens de s'adapter à la diversité des situations rencontrées : *« Les techniques, c'est une boîte à outils. (...) quand nos élèves sortent de l'école (...) en fonction du patient, de la pathologie, du contexte, ils utilisent l'outil qui va bien »*.

Les techniques structurelles se caractérisaient par des manipulations fortes. Parmi elles, on comptait des techniques dites haute vélocité, basse amplitude (HVBA) : *« On met dans une position et CLAC (...) on met vraiment l'articulation dans (...) le maximum de sa liberté (...) on va mobiliser rapidement »* ainsi que des traitements ostéopathiques généraux (TOG) : *« des techniques articulaires, ou on va manipuler l'articulation pour redonner de la mobilité vraiment localement, et faire une inhibition localement, de (...) tous ces petits muscles qui vont verrouiller, potentiellement verrouiller l'articulation »*.

Les techniques fonctionnelles consistaient à réaliser des manipulations douces. Parmi elles, étaient décrites les techniques myotensives : *« c'est à dire qu'on se sert de la contraction musculaire pour repositionner quelque chose, c'est comme une sorte de bras de levier, comme une pince »* et les techniques fasciales : *« on rentre en densité (...) Et on essaye de (...) se mettre en rapport avec le fascia. Et une fois qu'on est en rapport avec euh le fascia, on essaie de dérouler... »*.

Les techniques viscérales avaient pour but de traiter des dysfonctions viscérales identifiées : *« on va analyser les organes comme étant, comme si chaque organe avait une articulation, avait des articulations les uns avec les autres, et avec la paroi pariétale postérieure. Donc on va essayer de mobiliser par rapport à la paroi postérieure »*.

Enfin, les techniques crânio-sacrées travaillaient sur les interactions du liquide céphalo-rachidien entre les méninges du crâne et de la moelle spinale. *« Au niveau crânien on peut manipuler. En douceur, bien sûr. Vous avez une mobilité possible, déjà au niveau de la voûte. Vous avez des sutures (...) à tous les endroits du crâne évidemment. Et nous on va tester, si vous voulez, ces espaces suturaires. Savoir si ils sont bien libres ou pas »*.

En fin de séance, certains ostéopathes réalisaient des tests de contrôle afin de juger l'efficacité des manipulations : *« quand on a fini notre traitement ostéopathique, (...) on re-teste pour vérifier si tout ce qu'on a fait a donné un résultat concret »*.

+ Des différences de pratiques entre les ostéopathes.

Les techniques pouvaient s'interchanger ou se compléter : *« peu importe le choix des techniques », « l'un et l'autre sont complémentaires. Ceux qui font du structurel, font souvent un peu de fonctionnel avant, un peu de fonctionnel après. On peut passer d'une technique à une autre sans aucun souci... »*.

Les techniques structurelles comportaient des contre-indications à respecter, car jugées dangereuses : *« notamment les techniques de trust, et celles-ci au niveau*

lombarde peuvent faire des dégâts », « si vous allez truster sur, sur une hernie discale, euh... Ça peut aggraver cette hernie, par exemple ».

La technique à utiliser dépendait de la cause retrouvée. *« Ça dépend de l'étiologie ».* Certaines zones dysfonctionnelles ne pouvaient effectivement être traitées que par un choix limité de techniques : *« il y a des zones (...) où on ne peut faire qu'une technique ».*

Les caractéristiques des patients étaient un élément décisionnel : *« entre le footballeur en exemple et la petite mamie et bien, on ne va pas avoir recours aux mêmes techniques! ».* Les techniques structurales, notamment, semblaient déconseillées sur les personnes plus fragiles : *« personnellement, je ne vais pas avoir recours à des techniques (...) qui font craquer (...) sur une personne qui est ostéoporotique ».*

Certains ostéopathes développaient des affinités pour certaines techniques plutôt que d'autres : *« le recours aux techniques ça dépend, (...) de l'affinité du praticien avec ».* Une bonne partie des ostéopathes femmes déclaraient avoir plus d'affinités pour les techniques fonctionnelles, plus douces : *« moi je travaille exclusivement en fonctionnel, je n'aime pas faire craquer, je n'aime pas qu'on me le fasse », « Sauf que moi j'utilise pas les techniques de trusts (sourire)! ».* Certains parmi eux évoquaient également quelques principes qui leur étaient propres pour traiter la lombalgie : *« j'ai un principe dans ma pratique, c'est que sur les 3 niveaux de la colonne vertébrale, cervicale dorsale et lombaire, en général, (...) je n'en traite que 2 ».* Certains praticiens selon l'un d'eux n'utilisaient que les manipulations crânio-sacrées, tandis que d'autres se spécialisaient dans la prise en charge des dysfonctions d'origine émotionnelle : *« il y a des ostéopathes qui travaillent énormément là dessus. Sur la partie, sur la partie émotionnelle ».*

Selon l'âge également, on pouvait constater quelques nuances dans la façon d'aborder la problématique lombalgique. Les jeunes ostéopathes semblaient plus soucieux de rééquilibrer le corps pour faire disparaître le symptôme : *« Moi je suis jeune (...), donc effectivement, le but c'est, c'est en priorité de soulager le patient euh sur son motif de départ »,* alors que leurs confrères plus âgés semblaient s'y désintéresser pour se préoccuper davantage du bien être général de leurs patients . *« des vieux de la vieille qui, qui vous diront que, on se fout un petit peu du motif... Pour des ostéopathes qui ont plus de bouteille, ça va être son bien être en général ».* L'expérience du praticien semblait être un élément déterminant dans sa capacité de recul pour décider quelles dysfonctions étaient à traiter. *« Et ça, on l'apprend, effectivement. On se casse un peu les dents dans nos jeunes années euh, on veut tout corriger ».*

Les souhaits des patients influençaient aussi le choix des techniques utilisées : *« c'est souvent le patient qui nous donne un petit peu la solution, et l'outil qu'on va utiliser ».* Leur consentement était recherché pour la réalisation des techniques structurales : *« on demande le consentement du patient, pour certaines techniques (...) à faire « craquer » ».* Certains malades ressentaient donc le besoin d'un craquement : *« Il faut que ça craque, ils sont persuadés que c'est mieux, et cela ne les gêne pas du tout, (...) et voilà ils sont satisfaits! »,* tandis que d'autres préféraient les manipulations douces : *« des petites personnes plus fragiles, qui ne veulent surtout pas que cela craque, (...) vous obtenez exactement le même résultat avec un peu plus de temps et des techniques différentes ».* Ils

pouvaient ainsi choisir leur ostéopathe en fonction des affinités de celui-ci : « *ils viennent parce qu'ils savent (...) que je ne ferai pas craquer* ».

III/ Les représentations de la lombalgie chronique par les ostéopathes.

+ La région lombaire est perçue comme à risque de conflits de mobilité.

Selon les ostéopathes, la région lombaire représentait une zone fortement sollicitée pour compenser les déséquilibres du corps : « *la région lombaire, qui est une région de compensations de ce qui se passe au niveau du bassin et au niveau de la cage thoracique* ». Cela s'expliquait selon certains par sa localisation anatomique proche de beaucoup d'autres structures. « *C'est à dire que ce qui est verrouillé au dessus au niveau de la cage thoracique et ce qui est verrouillé en dessous au niveau du bassin va tenter de se compenser dans la région lombaire* ». Mais également par ses grandes capacités de mobilité : « *ça reste de toute façon une zone qui compense énormément, parce qu'elle est très mobile* ». « *Lorsqu'il y a des compensations, très souvent, ça entraîne des douleurs lombaires, parce que c'est une zone qui peut assurer une mobilité. Si ça ne bouge pas bien au-dessus, pas bien en dessous, pas bien devant, souvent la douleur vient se mettre là* ».

La région lombaire et la région cervicale représentaient, selon eux, deux zones clés de mobilité, constituant des charnières : « *Il y a des zones qui vont être beaucoup plus (...) en dysfonction que d'autres, parce que se sont des pivots mécaniques, hein. La charnière dorsolombaire, la charnière cervicodorsale* ».

+ La lombalgie est considérée comme symptôme résultant de perturbations de l'équilibre de l'organisme.

La lombalgie pour les ostéopathes était considérée comme un symptôme, même si des anomalies médicales pouvaient y être retrouvées : « *quelqu'un qui souffre au niveau lombaire, même quelqu'un qui a une hernie discale, pour nous c'est un symptôme* ».

Ce symptôme témoignait de l'existence de perturbations de zones adjacentes : « *Et le centre qui est la phase aiguë du symptôme pour laquelle le patient consulte va être simplement la résultante des perturbations sus-jacentes et sous-jacentes* ».

Elle traduisait à leurs yeux un déséquilibre de l'harmonie de l'ensemble du corps : « *dès qu'on va parler d'un symptôme local comme une lombalgie chronique, on est déjà complètement égaré parce que, ça va être la résultante d'une perturbation générale du terrain du corps humain dans son entier* ». Plusieurs causes pouvaient être retrouvées pour expliquer une même lombalgie. « *Elle peut venir de plusieurs choses aussi. De la résultante de migraines chroniques que le patient a eu pendant 20 ans, ... plus une tendinite au tendon d'Achille, par exemple* ». Parfois même, la lombalgie chronique pouvait avoir des causes très nombreuses. « *En fait, il n'y a pas de définition de la lombalgie chronique en pratique parce que la lombalgie chronique, elle peut venir d'une foule de causes* ».

La lombalgie chronique était donc perçue comme : « *le signal d'alarme que globalement le système est en train de se déséquilibrer...* ».

Ce raisonnement pouvait être reconduit pour d'autres plaintes, c'est à dire que « *en ostéopathie (...) un problème n'a pas une cause que l'on peut montrer du doigt. Souvent c'est plein de causes, plein de facteurs qui vont s'agglutiner, qui vont s'accumuler, et qui font que le corps va exprimer cette douleur là* ». « *N'importe quelle région va être en fait la résultante de ce qui se passe dans tout l'organisme dans son ensemble* ».

+ La lombalgie est liée à un ensemble de dysfonctions venant de zones extérieures.

Les lombalgies selon les ostéopathes résultaient donc de restrictions de mobilité issues de toutes les régions du corps : « *ce sont les additions des restrictions de mobilité de toute la partie de la boucle qui est au dessus de la lombalgie et de toute la partie de la boucle qui est en dessous de la lombalgie qui sont importantes, parce que c'est elles qui ont déterminé la lombalgie à devenir une lombalgie chronique* ». Ces restrictions de mobilité étaient très souvent localisées dans des régions extérieures à la région lombaire : « *très souvent, quand la douleur est lombaire, et bien la cause elle, elle vient d'ailleurs! ... D'une autre région, oui!* ». Elles risquaient alors de constituer une contrainte au bon fonctionnement de la région lombaire : « *(...) des blocages situés ailleurs que dans la région lombaire mais contraindre cette zone, effectivement* ».

Les lombalgies chroniques pouvaient donc être causées par des lésions ostéopathiques provenant de toutes les structures anatomiques: « *Cela peut être du crânien, cela peut être de l'épaule, cela peut être du thorax, cela peut être du viscéral, cela peut être un pied, cela peut être un genou, etc.* ». Le bassin était constamment impliqué : « *Quant aux torsions du bassin, elles sont pratiquement constantes dans toutes les lombalgies chroniques* ». Une dysfonction de cheville était souvent associée, consécutive à : « *une entorse qui a été mal soignée plusieurs années avant* ». De même pour la région cervicale : « *chez certains patients lombalgiques chroniques, mettons je vais retrouver euh une cervicale en dysfonction* ».

Des anomalies dentaires pouvaient aussi, à long terme, engendrer de troubles posturaux, et donc des lombalgies : « *parce que les problèmes occlusaux peuvent aussi engendrer un problème de posture* ».

L'un des ostéopathes le justifiait par le fait que des examens complémentaires pouvaient ne rien retrouver au niveau lombaire : « *il y a eu même parfois des IRM et qu'on n'a rien trouvé au niveau des origines des lombalgies chroniques, moi ça m'arrive de traiter du crânien, ça m'arrive de traiter du pied, pour libérer ces lombalgies. Parce que pour moi les lombaires sont libres, le symptôme est là, mais les lombaires bougent bien, l'abdomen est libre, le bassin bouge bien* ».

+ Les ostéopathes prennent en charge leurs patients de façon personnalisée.

Les ostéopathes accordaient beaucoup d'importance à considérer la lombalgie de chaque patient comme unique par son schéma de compensations et de

déséquilibres : *« on a toujours des tensions musculaires qui sont propres à chacun »*. Chaque patient possédait par conséquent ses propres déséquilibres : *« Parce que finalement la pathologie, c'est une expression d'un déséquilibre du corps du patient »*, et chaque lombalgie se caractérisait par ses propres lésions ostéopathiques. *« C'est qu'il n'y a pas 2 causes pareilles, il n'y a pas 2 patients pareils... Et la lombalgie chronique, sur 2 patients différents ne va pas venir du même endroit »*.

L'examen ostéopathique, avec l'appréciation de la mobilité des tissus dépendait aussi de variations individuelles propres à chaque patient : *« chaque patient a son identité, (...) Chaque patient est sa propre référence au niveau mobilité »*.

C'est pourquoi, les praticiens constataient pour leurs patients lombalgiques chroniques que *« au final, à chaque fois c'est différent. Et on s'en rend bien compte (...). D'où la difficulté de faire de la recherche en ostéopathie, aussi »*. Chaque patient semblait donc pouvoir bénéficier d'une approche qui lui était personnelle : *« C'est jamais le même raisonnement parce que il n'y a pas LA lombalgie chronique. Déjà quand on commence par dire la lombalgie chronique, on est déjà dans l'erreur. Parce que c'est un patient qui présente une lombalgie chronique, et c'est la lombalgie chronique de ce patient là »*.

L'évolution d'une lombalgie était donc selon l'un d'entre eux souvent imprévisible du fait que les réactions du corps de chaque patient lui était propre. *« On ne peut pas savoir, parce que selon ce que l'on travaille, selon les réactions du patient, et la façon dont il se rééquilibre dans les jours suivants, cela va être variable d'un patient à l'autre »*.

Chaque plainte lombalgique pouvait donc amener à des situations de prise en charge très différentes : *« en ostéopathie, la lombalgie chronique finalement, (...) On peut voir 100 patients avec des lombalgies chroniques et on fera 100 traitements différents »*. *« Je n'ai pas un traitement type, une recette pour la lombalgie chronique »*. Le choix du traitement semblait donc davantage s'adapter au patient plutôt qu'à son motif : *« Peu importe qu'on aille s'occuper de la lombalgie qui était le motif. (...) le traitement il sera, adapté à lui et pas forcément à son motif »*. *« Parce que ce sont 2 personnes différentes avec un passé euh traumatique et euh émotionnel, enfin, à tous les niveaux différents. Donc le traitement il s'adapte au patient »*.

+ Les facteurs de risque de passage à la chronicité des lombalgies selon les ostéopathes.

La mise en jeu de plusieurs éléments était souvent évoquée par les praticiens : *« je pense que c'est multi factoriel, hein. Il y a plusieurs choses qui rentrent en ligne de compte »*.

Pour certains, cela pouvait s'expliquer par l'existence d'une cause médicale sous-jacente, notamment *« il y a la chronicité des gens qui, par exemple, ont de l'arthrose »*. *« A cause d'un canal lombaire rétréci », « les algoneurodystrophies, ce genre de choses »*. Pour certains, *« il y a une question d'âge »*. La répétition des lombalgies a été évoquée par d'autres : *« Ils viennent une fois, ils sont aigus, ils reviennent une fois ils sont encore aigus. Là je dis, attention, ça a potentiel à devenir chronique »*.

Beaucoup l'expliquaient par la mise en place d'un schéma complexe et ancien de dysfonctions : *« Cela peut dépendre de la durée de cette lombalgie, et de l'intensité de décompensations qui ont été réalisées pour maintenir le schéma en place »*. *« On parle de toutes les contraintes qui ont eu lieu et qui amènent à cette chronicité à cet instant T »*.

Un lien important entre les activités physiques et le risque de passage à la chronicité était très souvent souligné par les ostéopathes : *« ça peut être, sur sollicitations, par un sport par exemple, par des choses comme ça »*. Certains mouvements pouvaient leur paraître à risque de déclencher un blocage : *« C'est souvent un mauvais mouvement... (...) dans les mouvement de torsions je te dirais »*, *« sur un geste anodin, ça va se bloquer »*, *« la répétition de gestes qui ne se font pas dans les axes physiologiques »*. *« Les choses qu'on fait, ba tous les jours, ba sans s'en rendre compte, mais qui finissent par user le corps »*.

Les activités professionnelles physiquement éprouvantes étaient très souvent considérées comme responsables de la pérennisation de la plainte : *« ceux qui ont des boulots, des activités qui sont contraignantes et qui vont tout le temps contraindre la même structure »*. *« Toutes les professions du bâtiment, de l'agriculture (...) qui travaillent très dur, par tous les temps, dehors, avec des conditions de travail, d'humidité et de froid et de porte-à-faux et d'efforts répétitifs »*. *« Ou encore pire, les conducteurs d'engins de travaux publics »*. Ils évoquaient souvent la corrélation avec *« des ports de charges énormes »*. La position de travail ainsi que les gestes répétitifs étaient souvent mis en cause : *« savoir quelle est la profession de la personne, parce que les attitudes professionnelles sont quand même très suspectées comme facteurs déclenchants de mouvements récidivants qui vont solliciter toujours les mêmes régions »*.

La dimension psychologique était incorporée dans l'approche globale de l'ostéopathie selon l'un d'eux : *« quand je dis l'ostéopathie c'est la globalité avant tout, il y a aussi tout ce qui est mental »*. Beaucoup d'ostéopathes reconnaissaient l'impact des facteurs psychologiques sur le patient et sa douleur lombaire. *« Il peut y avoir un phénomène psychologique, psychosomatique, parfois »*. Cela s'expliquait selon certains par des interactions possibles entre le corps et l'état psychologique : *« l'angoisse, ça a des signes physiques, (...) Le soma et le psyché c'est pas 2 choses séparées! »*. Le stress pouvait donc avoir selon eux un véritable impact sur le physique : *« les patients (...) savent qu'ils sont stressés, mais ils savent pas quel impact physique ça peut avoir sur eux »*. La récurrence de lombalgies dans certains cas pouvait être due à des dysfonctions d'origine émotionnelle : *« si il y a du stress émotionnel, ba ça peut (...) affecter la région dorso-lombaire, lombaire et pelvienne (...) et donc (...) maintenir euh l'état de dysfonction »*; *« une personne qui divorce, ça la touche au plus profond d'elle même (...) elle va être en souffrance, cela va créer des tensions »*.

Le stress professionnel pouvait notamment y contribuer : *« un patient stressé ou harcelé à son travail, à un moment donné le corps il ne va pas être d'accord avec ça! Et souvent, il y a des symptômes qui apparaissent au niveau psychosomatique »*. Une exploration du ressenti du patient au travail était bien décrit par certains. *« Ça fait partie de, de ma collecte. Ce qu'ils font et puis euh... Et puis comment ça se passe? »*.

Ils accordaient donc pour la plupart un temps d'écoute conséquent : *« les consult, c'est entre 3/4 d'heure et une heure, et une heure et demi si il le faut. (...) on*

prend vraiment le temps, (...) d'écouter et de, de laisser parler ». Ils reconnaissaient que leur écoute du patient pouvait avoir son importance : « on est complètement à l'écoute de nos patients du début à la fin c'est-à-dire sur 40 minutes à peu près. Ca aussi je crois que certains patients viennent chercher ça ». Cependant, Ils ne prétendaient pas se substituer à un psychologue : « on n'est pas psychologues pour autant (...) je vais lui conseiller, peut-être aussi, d'aller fouiller dans cette direction là, aussi ».

Le manque de précaution de certains patients pouvait constituer un risque de passage à la chronicité des lombalgies. Le retard à la prise en charge ostéopathique pouvait favoriser l'enkystement des lésions ostéopathiques : *« beaucoup de gens, malgré tout, mettent du temps avant de consulter qui que ce soit par rapport à des douleurs dans le bas du dos en disant que ça va passer. Et une fois qu'une inflammation est vraiment mise en place, des fois il faut du temps »*. Beaucoup d'ostéopathes portaient de l'attention à l'hygiène de vie de leurs patients : *« sur l'alimentation, le sommeil, l'hydratation »*. Ils leur donnaient divers conseils ergonomiques : *« si vous êtes debout et que vous vous penchez pour ramasser quelque chose, eh bien vous fléchissez les jambes »*. Ils leur proposaient certains exercices physiques d'entretien : *« 2-3 petits exercices tous bêtes que les gens pourraient faire 2-3 fois par jour pour assouplir une zone »*. Ou des activités de relaxation. *« Je montre des exercices type yoga au patient »*. La pratique de certains sports pouvait être encouragée : *« aller faire de la piscine. Tu vois? »*.

IV/ Les mots porteurs de sens pour les ostéopathes.

+ Utilisation d'un langage renvoyant à la mécanique du corps.

Dans le langage ostéopathique, beaucoup de mots appartenant à la thématique de la mécanique du corps étaient utilisés avec un sens qui leur était propre. Le positionnement : *« Si elle est mal positionnée on essaie de la repositionner correctement par une manipulation structurelle »*. Les déplacements/replacements : *« les gens disent souvent qu'ils se sont déplacé une vertèbre. Une vertèbre ne se déplace pas évidemment, heureusement, mais il peut y avoir des blocages », « pour moi le corps a pas besoin de passer par là pour, pour se replacer »*. Le décalage : *« il peut y avoir un, un mauvais mouvement (...) ça va se décaler et puis, voilà, la personne va barrer »*. Le glissement : *« un petit glissement au niveau des vertèbres »*. Le dégagement : *« je vais dégager le sacrum »*. L'amplitude : *« on va pouvoir constater des manques d'amplitude ou pas »*. Les chaînes lésionnelles : *« Souvent on constate que les chaînes musculaires de l'ensemble du membre inférieur se libèrent »*. Les suites mécaniques : *« il faut quand même un fil conducteur (...) Une lésion en emmène une autre et ainsi de suite, (...) ce que l'on appelle euh, des suites mécaniques »*. Le craquement : *« parfois je peux être amenée à faire craquer un pied ou une cheville »*.

Les zones de souffrance ostéopathiques étaient qualifiées ainsi : *« une anomalie, une dysfonction viscérale », « des tensions au niveau lombaire », « on regarde si il n'y a pas de blocage », « les muscles paravertébraux lombaires vont tout le temps être en contraction », « des noeuds, en quelque sorte, des points de rétention! »,*

« une torsion de sacrum », un verrouillage : « Il y a des petits muscles para vertébraux,... qui verrouillent l'articulation intervertébrale, et qui l'empêchent de bouger ».

Les ostéopathes manifestaient beaucoup d'intérêt pour la position anatomique des différentes structures : « une vertèbre, elle peut être en dysfonction dans tous les plans de l'espace. En flexion, extension, en rotation droite/gauche, en inclinaison droite/gauche ».

Ils attachaient de l'importance au respect de la symétrie du corps : « est-ce que c'est cette épaule là qui est plus basse ou l'autre qui est plus haute? ». « Ouais, d'asymétries, ou de quelque chose qui va me, qui va me perturber ». Dans la recherche d'une inégalité de longueur des membres inférieurs : « ces différences de longueur de jambes qui vont beaucoup jouer dessus ».

Ils justifiaient leur raisonnement en s'appuyant sur l'existence de rapports anatomiques entre les organes, et avaient une vision articulée entre les différents éléments de l'ensemble du corps, même pour l'appareil digestif : « chaque organe est posé l'un sur l'autre, va avoir aussi des contacts d'un par rapport à l'autre. Et bien on peut imaginer qu'on peut fixer l'un, et faire bouger l'autre ».

+ Raisonnement ostéopathique.

Les ostéopathes employaient parfois les mêmes mots que ceux utilisés par le discours médical, mais en leur donnant un sens spécifique à leur pratique.

Le terme symptôme, concernant la lombalgie, pouvait être employé avec une signification différente du sens médical : « quelqu'un qui souffre au niveau lombaire, même quelqu'un qui a une hernie discale, pour nous c'est un symptôme ». Ils prenaient le soin de ne pas se focaliser sur le symptôme, car selon eux le traiter sans tenir compte des composantes de son émergence exposait au risque de le voir ressurgir : « si on traite uniquement le symptôme en laissant le terrain perturbé, le terrain qui est perturbé va ramener le même symptôme à répétition ».

Le soucis de rechercher une cause à traiter était une notion forte dans leur démarche : « toujours notre objectif c'est de trouver la cause du problème »; « essayer de connaître l'étiologie ». Cette notion de cause/étiologie renvoyait très souvent vers une localisation anatomique délocalisée de la zone plaintive. « En aucun cas il s'agit de la cause. La cause elle peut être ailleurs ». C'est pourquoi cela pouvait prêter à confusion avec les représentations médicales selon l'un des interrogés : « souvent le discours qu'on peut avoir avec les médecins où des fois ça va être difficile, c'est sur la notion d'étiologies ». Le terme diagnostic différentiel était utilisé par certains ostéopathes et renvoyait à un diagnostic médical : « c'est important, ouais, ouais ouais! Diagnostic différentiel, quoi! ».

Les ostéopathes établissaient un schéma lésionnel dans le corps des patient : « là où je trouverai un schéma lésionnel qui sera comme ça parce que ce sera ma sensibilité (...) Peut-être que c'est le voisin qui va avoir un schéma lésionnel différent? ». Dans leur analyse, beaucoup des ostéopathes expliquaient rechercher une porte d'entrée déstabilisant l'équilibre du corps : « On va rebasculer rebousculer un, là encore, une porte d'entrée qui est, qui est la vue

pour ce coup là, et qui est, et ainsi de suite ». L'un d'eux parlait aussi de la notion de porte de sortie dans sa prise en charge ostéopathique : « c'est un petit principe que j'ai, de mon côté, pour laisser une porte de sortie au corps ».

+ Langage anatomique.

Les ostéopathes se représentaient le corps humain avec une organisation qui leur était spécifique. Celui-ci était réparti en sphères : « *la sphère du bassin ne va plus soutenir en équilibre la sphère du thorax et la sphère du crâne qui sont situées au dessus* »; « *Il faut aussi tenir compte de l'importance de la sphère digestive, qu'il peut y avoir* ». Il y avait aussi des zones charnières : « *la charnière dorsolumbale, la charnière cervicodorsale (...), il faut que ça bouge, (...) il y a des conditions mécaniques fortes à cet endroit là* ». Certaines zones étaient hiérarchisées comme primaires/secondaires : « *les 3 grandes zones primaires étant la sphère du crâne, la sphère du thorax et la sphère du bassin* »; « *Et les 2 zones secondaires sont la colonne cervicale et la colonne lombaire* ».

Leurs représentations de certaines structures anatomiques pouvaient aussi avoir quelques singularités les distinguant du regard médical : « *les poutres lombaires, c'est vraiment les petits muscles qui, qui se trouvent à, à protéger le rachis lombaire* ». « *Les 3/4 du temps, en fait, il n'y a pas de disque usé, il n'y a que des disques déshydratés* ». Les éléments d'attache d'une structure avaient beaucoup d'importance à leurs yeux : « *une épaule, on va tester, bon évidemment la clavicule, au niveau de l'attache sternale, au niveau de l'acromion* ». Notamment dans la région viscérale : « *tous les organes du bassin, s'attachent, par des mésos, sur la paroi postérieure en particulier, sur le péritoine pariétal postérieur et puis sur le rachis* ».

V/ La place des ostéopathes dans le système de soins.

Les lombalgies constituaient pour les ostéopathes « *une des principales raisons de consultation en ostéopathie, avec les cervicalgies* ».

+ Les ostéopathes se positionnent surtout comme traitant les troubles fonctionnels.

Certains ostéopathes expliquaient que leur rôle était surtout de prendre en charge ce qui correspondait en médecine aux troubles fonctionnels : « *on travaille plus sur des troubles fonctionnels* », « *qui ne sont pas directement traités (...) en médecine générale* ».

Le traitement des zones dysfonctionnelles pouvaient cependant selon quelques uns avoir un impact sur certaines pathologies médicales. « *Sur les pathologies médicales, on ne peut pas soigner à proprement parlé. Si il y a de l'arthrose, et bien il y aura toujours de l'arthrose. Si il y a un canal lombaire rétréci, il sera toujours rétréci. Si il y a une hernie discale, il y aura toujours une hernie discale.*

Nous, ce que l'on peut limiter, c'est la propagation ou l'aggravation, si vous voulez, de ce symptôme ».

+ Les ostéopathes se veulent dans la prévention et l'entretien du corps.

Beaucoup d'ostéopathes voyaient dans leur thérapie un moyen de préparer le corps aux efforts physiques : *« il fait un déménagement, si il a été travaillé au niveau ostéo, si tout est bien libre (...) il va pouvoir porter des cartons assez lourds tout le week-end (...), il ne va pas être bloqué »*. Les soins ostéopathiques avaient donc selon eux un rôle à jouer dans la lutte contre l'installation des lombalgies : *« au bout de 2-3 fois par an, (...) la chronicité, elle ne s'établirait pas euh aussi rapidement »*.

Des séances ostéopathiques d'entretien, lorsqu'elles étaient proposées, avec pour objectif de limiter la survenue de déséquilibres dans le corps. *« C'est de l'entretien. (...) je pense, (...) plus on le fait en préventif, (...) plus on est dans un équilibre du corps, (...) moins il y a de chances que la personne se blesse! »*. Certains des ostéopathes préféraient même parfois voir les patients en préventif. *« C'est toujours plus facile de prévenir que de guérir! »* Ils regrettaient qu'on ne soit pas venu les consulter plus tôt dans l'épisode lombalgique : *« les 3/4 des gens, ils viennent quand ils ont mal. ... Et, et c'est souvent trop tard »*.

+ Les ostéopathes souhaitent une prise en charge précoce des patients lombalgiques.

L'ensemble des ostéopathes souhaitait prendre en charge la lombalgie précocement. *« Le plus tôt possible. Quand ça commence à être très aigu »*. Cela était justifié par le fait de ne pas attendre que les lésions de compensations ne s'accumulent. *« Pour empêcher que cela ne s'aggrave. Et empêcher que ne s'installe autour des tas de choses, des contractures, des compensations »*. L'un d'entre eux expliquait que cela pouvait diminuer le nombre de séances ostéopathiques nécessaires : *« si ils étaient venus plus tôt nous voir, (...) on aurait pu, peut être sans doute diminuer le nombre de traitements par 2 »*.

+ Les ostéopathes souhaitent coopérer avec les autres disciplines de santé.

Au cours des entretiens, beaucoup d'ostéopathes exprimaient la volonté de travailler en lien avec les autres disciplines de santé. Certains soulignaient l'importance de fonctionner en pluridisciplinarité : *« je pense que... Ce qui est important, c'est la pluridisciplinarité »*. *« C'est à dire que (...) nous, en tant qu'ostéopathes, on (...) peut vraiment améliorer les patients. Mais en général, on ne fait pas tout tout seul »*. Ils pensaient donc qu'il était nécessaire de s'entourer : *« c'est bien d'avoir un bon réseau. (...) une bonne diététicienne, un bon naturopathe, (...) un bon généraliste »*.

L'accès direct des patients sans un avis médical préalable était parfois regretté par certains, notamment car ne permettant pas d'être en possession d'examens complémentaires : *« comme l'accès direct chez l'ostéopathe permet au patient de venir ici, évidemment sans être passé par la case médicale (...) Soit ils n'en n'ont*

pas eu, soit ils ont oublié ». Beaucoup d'ostéopathes précisait à leur patients de venir avec leurs résultats radiologiques : *« on leur demande d'amener les, les examens ».*

Quand ils le jugeaient nécessaires, les ostéopathes réorientaient leurs patients. Soit vers un médecin généraliste : *« on réoriente vers un médecin. En faisant un courrier, en disant au médecin : voilà, j'ai trouvé quelque chose qui me paraît suspect, j'aimerais avoir votre avis. Et après le médecin prend le relais ».* Soit vers un spécialiste : *« un ORL si il y a un problème d'oreille interne », « des rhumatologues et ainsi de suite ».* Voir même *« vers les urgences si cela me paraît encore plus... ».* De même, quelques-uns déclaraient avoir reçu des patients qui leur avaient été adressé par leurs médecins généralistes : *« les 3 médecins, et bien sont très ouverts à l'ostéopathie et savent que c'est une solution, qui n'est quand même pas négligeable. ... En, en comparaison du, de la simple prescription d'anti-inflammatoires ».*

La plupart des ostéopathes se proposaient également de coopérer avec les autres professionnels de santé comme les kinésithérapeutes *« Si on constate qu'il y a un vrai problème (...) pour aller faire un travail proprioceptif »*, les podologues *« si il s'agit d'un problème vraiment postural, (...) là on a de très très bons résultats également »*, les dentistes , *« ou même un psychologue, pourquoi pas parfois ».*

Beaucoup d'ostéopathes manifestaient un intérêt pour les médecines complémentaires : *« je peux conseiller d'aller voir un médecin traditionnel chinois, un acupuncteur (...) un fasciathérapeute, si je sens que c'est plus à ce niveau là que ça se travaille, et que moi, je me sens limitée au niveau ostéopathique ».* Le plus souvent, dans les situations d'échec des soins ostéopathiques, c'était l'aide de l'acupuncture qui était sollicitée : *« un bon acupuncteur va pouvoir notablement aider l'inflammation à s'en aller ».* L'un d'eux pensait que : *« sur les cas très chroniques, l'acupuncture est très intéressante ».*

Un autre proposait également de réorienter *« sur des cas extrêmement en souffrance psychologique (...). On a des hypnothérapeutes, des sophrologues ».*

+ Le suivi des patients par les ostéopathes est variable.

En général, le nombre de séances ostéopathiques dépendait des effets des manipulations dans les jours suivants. *« Le temps de retrouver une bonne homogénéité au niveau de la mobilité du pied, de la cheville jusqu'aux genoux, pour que ce soit vraiment bien libéré, il va falloir peut-être 2 voir 3 séances ».* Des séances supplémentaires étaient jugées nécessaires lorsqu'on retrouvait un schéma complexe de dysfonctions : *« si je sens qu'il y a vraiment plusieurs zones nouées ou qu'il y en a une que j'ai du mal à détendre complètement, là je préconise une deuxième séance à quelques semaines intervalle ».* Beaucoup d'ostéopathes proposaient à leurs patients de les recontacter pour connaître les effets des manipulations, dans un délai variable : *« on demande à la personne de nous tenir au courant, enfin en tout cas moi c'est ma pratique, de demander de faire le point d'ici 2 à 3 semaines ».*

Il y avait des patients souhaitant un suivi ostéopathique régulier : *« ceux qui ont des lombalgies... qui au bout de 4-6 mois, le mal est monté un peu en puissance, (...) ils reviennent donc on revoit tout ça, on arrange tout ça, j'essaie de soulager ».*

(...) il y a un soulagement, et puis c'est reparti pour 4 à 6 mois, cela dépend des gens »; « ensuite ils viennent faire une révision une fois tous les 2 ans, tous les 2-3 ans, tous les 5 ans, quand tout va très bien ». La fréquence du suivi dépendait le plus souvent des choix des patients : « en terme de temps en fait, tout dépend du patient ». Quelques ostéopathes ne voyaient leurs patients que ponctuellement : « la plupart du temps, (...) je les vois une fois ». Dans les cas d'évolution favorable, il y pouvait y avoir un oubli de réévaluation de la part des patients : « la plupart du temps, et on est humain, et cela je le conçois tout à fait, le patient ne rappelle pas. Quand il va bien, il va oublier, et il ne va pas penser à refaire ce contrôle, pour que l'on revérifie ça ».

Rapport-Gratuit.com

Discussion

Principaux résultats

Les ostéopathes avaient une démarche s'appuyant sur leurs concepts spécifiques du corps humain, avec le souci de le concevoir dans sa globalité. Le bon état de santé de l'individu dépendait de la qualité de mobilité de ses composants. Les lésions ostéopathiques constituaient des altérations de mobilité pouvant toucher tous les éléments du corps. Lorsque des contraintes affectaient certaines structures et perturbaient la cohésion générale, d'autres tentaient d'y remédier.

Les ostéopathes se devaient d'écarter une pathologie médicale. Le bilan ostéopathique se caractérisait par un examen rigoureux et complet du corps, non focalisé sur la région lombaire, à la recherche des lésions ostéopathiques responsables. En s'aidant d'un vaste panel de techniques manuelles, ils les corrigeaient afin de rétablir l'équilibre corporel. Des différences de pratiques dans le choix des techniques étaient observées selon les situations et les praticiens.

Pour les ostéopathes, la région lombaire était considérée comme à risque de conflits de mobilité. La lombalgie représentait pour eux la résultante d'un déséquilibre de l'ensemble du corps. Chaque patient possédait un schéma dysfonctionnel propre, et devait bénéficier d'une prise en charge personnalisée. Le passage à la chronicité de la plainte lombalgique pouvait être lié à l'accumulation de dysfonctions ostéopathiques, mais aussi à un excès d'activités physiques, ou résulter de facteurs psychologiques ou d'une mauvaise auto-gestion du patient.

Les ostéopathes s'exprimaient avec un langage dont la signification leur était propre, témoignant d'une approche biomécanique du corps. Certains termes communs avec le monde médical semblaient avoir pour eux des spécificités de sens, démontrant un raisonnement et des représentations anatomiques différentes.

Ils se positionnaient essentiellement comme traitant des troubles fonctionnels. Ils pensaient jouer un rôle de prévention et d'entretien du corps, et souhaitaient avoir une prise en charge précoce des patients lombalgiques. Ils souhaitaient coopérer avec les autres disciplines de santé, conventionnelles ou non. Leur suivi des patients était variable.

Points forts et points faibles de l'étude

Il s'agissait d'une étude originale, la bibliographie n'ayant retrouvé que peu de recherches similaires sur le même sujet [2-10].

Les ostéopathes interrogés constituaient un échantillon couvrant les critères fixés au départ. Ils avaient été formés dans huit écoles différentes, dont une bonne partie en provenance de Nantes. Cependant, les individus recrutés ne n'avaient pas une pratique couvrant l'ensemble de l'activité ostéopathique de la région; certaines pratiques ostéopathiques spécifiques, comme les techniques agissant sur les noeuds émotionnels, n'ont pu être explorées. L'enquête a du être stoppée faute de temps, sans être arrivé à saturation de données.

Une des difficultés de l'étude a été de sélectionner des ostéopathes « ni médecin ni kiné ». En effet, l'ostéopathie a été développée en France dans les années 1960 en grande partie par d'anciens kinésithérapeutes s'étant formé à cette discipline au Royaume-Uni et aux USA [11]. C'est pourquoi, dans l'échantillon, certains des ostéopathes les plus âgés avaient connu une activité de kinésithérapie. L'un des ostéopathes interrogés exerçait d'ailleurs encore une activité de kinésithérapeute en structure médicale.

Le guide d'entretien a été reformulé au cours de l'enquête afin de clarifier le sens des réponses des ostéopathes, notamment concernant la notion de globalité du corps ainsi que leur perception des facteurs de risque de passage à la chronicité des lombalgies. Les questions posées au cours des entretiens ne devaient pas déclencher de réponses inductives.

Le fait que l'enquêteur se soit présenté comme étant étudiant en médecine générale pouvait avoir une influence sur les réponses délivrées. Il pouvait y avoir un biais de désirabilité sociale, avec notamment le besoin de se justifier sur le plan scientifique.

Bien qu'ayant effectué des recherches bibliographiques avant la réalisation des entretiens, l'investigateur manquait de connaissances sur l'étendue et la complexité des pratiques ostéopathiques, composées de courants de pensée d'origines diverses [12]. Cette méconnaissance du sujet a en fait été un atout, lui permettant d'explorer le sujet avec une certaine impartialité. Il souhaitait avoir une approche de neutralité, c'est d'ailleurs pourquoi il avait refusé de sélectionner les ostéopathes en fonction de leurs écoles de formations.

Un des points forts dans la réalisation de l'enquête fut d'avoir réussi pour chaque rencontre avec les ostéopathes des entretiens de qualité, chaque participant ayant fait preuve de disponibilité et de motivation pour répondre aux questions. Tous ont accepté de signer une déclaration de consentement à l'utilisation de leurs propos.

La plainte lombalgique n'est pas un élément déterminant dans le raisonnement ostéopathique.

Les ostéopathes avaient une approche de la problématique lombalgique différente du raisonnement médical. Ils avaient le souci de prendre en charge le corps de la personne malade en le considérant dans son ensemble, c'est à dire en étant attentifs à l'état de santé ostéopathique de toutes les structures anatomiques le composant.

La plainte lombalgique ne tenait pas une place prépondérante dans le raisonnement ostéopathique. Le symptôme lombalgique au sens médical n'avait plus la même signification pour les ostéopathes une fois les étiologies organiques éliminées. Le caractère algique d'une région anatomique ne constituait pas un élément déterminant dans la démarche diagnostique ostéopathique, la douleur étant considérée comme « mauvaise conseillère » [13]. Le paramètre majeur de l'évaluation ostéopathique était l'appréciation qualitative de l'état de mobilité des structures anatomiques. Les praticiens avaient donc comme priorité de retrouver des zones en restrictions de mobilité, pouvant être localisées dans toutes les

régions du corps. La clé du diagnostic ostéopathique s'effectuait par la recherche des zones dysfonctionnelles. C'était alors par la réintégration des capacités de mobilité de chaque structure que le corps pouvait récupérer un équilibre nécessaire à la disparition de la symptomatologie, notamment de la lombalgie.

Les ostéopathes effectuaient des manipulations dans le but de rétablir l'intégrité des tissus qu'ils jugeaient en restriction de mobilité, qu'ils appelaient les dysfonctions somatiques [14]. Le General Osteopatic Council of Great Britain, définit la dysfonction somatique comme « une mauvaise fonction ou une fonction altérée d'éléments reliés au système musculo-squelettique (squelette, articulation, muscle et fascia) et reliés aux systèmes vasculaire, lymphatique et nerveux ». Les quatre critères diagnostiques retenus selon le Glossaire de Terminologie ostéopathique sont résumés dans le sigle TART : Texture tissulaire , Asymétrie , Restriction de mobilité et Sensibilité à la palpation (Tenderness) [15-16].

Les ostéopathes ne voyaient donc pas dans la lombalgie commune une pathologie au sens médical, mais un symptôme dont il fallait identifier la ou les causes ostéopathiques, c'est à dire une ou plusieurs dysfonctions somatiques responsables. Dans les situations de passage à la chronicité de la lombalgie, en dehors des cas où il existait une pathologie médicale, ils l'expliquaient, entre autres, par la formation d'un schéma lésionnel ostéopathique se complexifiant, avec accumulation de dysfonctions primaires puis secondaires par mécanismes de compensations [17].

Les restrictions de mobilité n'étaient pas les mêmes selon les individus. Chaque lombalgie était considérée comme l'expression d'un schéma lésionnel ostéopathique propre à chacun. Certains ne voyaient pas l'utilité de définir la lombalgie chronique car elle ne représentait pour eux qu'une organisation de dysfonctions aux localisations anatomiques diverses et à chaque fois dissemblables. La personne souffrante pouvait donc se représenter sa lombalgie comme personnelle et chaque patient semblait pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécifique. L'étude de l'ensemble du corps du patient était mis en avant par l'ostéopathe par rapport à sa lombalgie. De multiples techniques de manipulation développées par cette discipline permettaient d'y répondre [18-19].

L'approche de la problématique lombalgique variait en fonction de l'âge du praticien. Ainsi, les jeunes ostéopathes semblaient plus soucieux de soulager le symptôme lombalgique tandis que leurs aînés paraissaient davantage se préoccuper de l'état de santé ostéopathique général de leurs patients. Cette capacité à prendre du recul sur la plainte nécessitait de l'expérience, notamment pour comprendre quelles dysfonctions ostéopathiques devaient être soignées. L'augmentation incontrôlée du nombre des écoles d'ostéopathie suite à la loi du 4/03/2002, favorisant l'arrivée de jeunes ostéopathes parfois insuffisamment formés, risque d'accentuer ces différences de pratique.

L'ostéopathie pourrait donc être considérée comme une thérapie se concentrant davantage sur la personne malade que sur sa symptomatologie. Cette démarche la rapproche des médecines alternatives comme l'homéopathie et son concept de loi d'individualisation [20], ou l'acupuncture et son concept du Qi [21]. Ce type de représentations du corps correspond aux attentes de certains patients.

Les ostéopathes incorporent certains facteurs psychosociaux dans leurs concepts biomécaniques du corps.

Les solutions apportées par l'ostéopathie pour soulager la symptomatologie étaient de réaliser des manipulations physiques afin de soigner les zones jugées dysfonctionnelles.

Parmi les facteurs de risque de passage à la chronicité des lombalgies, de nombreuses études depuis les années 2000 ont identifié que des facteurs psychosociaux, pouvant être liés soit à des éléments personnels soit à l'environnement socio-professionnel, étaient impliquées [1-3-22]. Leur assimilation précoce dans la prise en charge pourrait donc être un élément déterminant pour le pronostic [23]. En effet, le modèle bio-médical cartésien consistant à considérer la lombalgie commune comme la simple expression d'une lésion tissulaire a rapidement montré ses limites [24]. Depuis les années 1980, le modèle biopsychosocial, proposé par Engel, s'est progressivement imposé et apparaît désormais comme essentiel dans la prise en charge des lombalgies chroniques [25-26].

Les ostéopathes optaient pour une attitude d'encouragement à la reprise progressive des activités, proposant aux patients des exercices physiques simples. Le déconditionnement à l'effort des patients lombalgiques est un élément reconnu du risque de passage à la chronicité [27].

Les grands principes fondant la réflexion et la pratique ostéopathique sont l'interrelation structure/fonction, la globalité du corps et sa capacité d'auto-guérison [28]. Parmi ces concepts, celui de globalité, malgré son apparente simplicité, semblait le plus complexe à définir [29]. Selon l'UFOF, « l'être humain est une unité fonctionnelle dynamique, dont l'état de santé est influencé par le corps, la pensée et l'esprit ». La globalité pouvait donc être comprise non seulement comme la simple vision de l'interdépendance entre les différentes parties du corps, mais aussi comme l'interrelation entre le corps et le psyché [29]. Pour les ostéopathes, les traumatismes psychologiques pouvaient avoir un impact physique sur le corps de l'individu. Un choc émotionnel ou du stress, notamment, pouvaient être responsables de la formation de dysfonctions somatiques. Cette approche semblait faire discussion quand à leur nature au sein de la communauté ostéopathique, certains pouvant aller jusqu'à développer des concepts plus spécifiques comme celui de concept somato-émotionnel [30].

Les ostéopathes se devaient donc de prendre en compte les antécédents traumatiques physiques et émotionnels de la personne malade. Au cours des entretiens, ils ont expliqué que leurs consultations comportaient au départ une anamnèse détaillée à la recherche de tous les événements de vie du patient. Le recueil de ces éléments pouvait leur permettre ensuite de développer des hypothèses diagnostiques, c'est à dire de suspecter des dysfonctions somatiques d'origine physique comme psychique [31].

Certains praticiens ont expliqué que l'évocation d'événements de vie personnels pouvait avoir une incidence sur le corps des patients. La consultation ostéopathique pourrait ainsi permettre aux patients d'exprimer certains facteurs psychosociaux, et leur verbalisation pourrait participer au soulagement ressenti. [2-10]. Une écoute attentive semblait recherchée selon certains par les patients.

Ils reconnaissaient l'impact de certains facteurs psychosociaux dans la problématique lombalgique, en leur attribuant une signification s'intégrant à leurs concepts mécanistes du corps.

Des difficultés de compréhension entre les discours médical et ostéopathique.

Lors des entretiens, l'enquêteur a pu ressentir des difficultés de compréhension. Cela pouvait s'expliquer par différentes raisons.

Tout d'abord l'investigateur n'avait pas suffisamment de connaissances sur le langage ostéopathique. Les ostéopathes disposaient en effet d'un langage spécifique qui était difficilement accessible à quelqu'un de non instruit sur la discipline [16]. Plusieurs mots, par exemple, étaient utilisés pour désigner les dysfonctions somatiques, ce qui pouvait compliquer la compréhension.

Il s'est aussi avéré que les ostéopathes pouvaient utiliser des termes similaires à ceux employés par le langage médical, mais en leur attribuant un sens différent. Ainsi, certaines pathologies médicales comme l'arthrose, une hernie discale ou un canal lombaire étroit représentaient pour eux un symptôme à considérer parmi les déséquilibres du corps. Leur analyse diagnostique présentait aussi ses spécificités : un diagnostic médical était considéré comme un diagnostic différentiel, auquel se surajoutait un diagnostic ostéopathique [32].

De même, le regard des ostéopathes sur le raisonnement médical pouvait comporter des difficultés de compréhension. La lombalgie, par exemple, semblait pour les ostéopathes être perçue par les médecins davantage comme une maladie que comme un symptôme. Le terme lombalgie, s'il peut désigner pour le médecin en pratique la lombalgie commune, rapportée à un dérangement mécanique du rachis et de ses structures associées [33], a aussi valeur de symptôme qui se doit d'exclure une pathologie secondaire (traumatique, infectieuse, inflammatoire, tumorale, etc).

On peut donc se demander, parmi ces quiproquos de langage et de concepts, comment les patient se représentent leurs lombalgies et si cela pourrait être une source de confusion pour eux [2].

CONCLUSION

Les ostéopathes recherchaient à exclure l'hypothèse d'une pathologie médicale avant d'effectuer une démarche ostéopathique auprès des patients lombalgiques. Ils pouvaient ainsi proposer aux patients un modèle explicatif spécifique pour chaque lombalgie s'appuyant sur des concepts biomécaniques. Chaque patient pouvait donc avoir pour sa lombalgie une explication de perturbations anatomiques propre à sa situation. Cette approche, personnalisée, centrée davantage sur le patient que sur sa plainte, était susceptible de lui apporter de la satisfaction.

Le diagnostic ostéopathique se construisait en tenant compte des antécédents traumatiques physiques et émotionnels du malade, ces éléments s'intégrant dans une logique mécaniste. Les ostéopathes prenaient donc en considération certains facteurs psychosociaux, auxquels ils attribuaient une responsabilité dans la problématique du patient lombalgique. Une écoute attentive du contexte de la plainte ainsi qu'un examen minutieux du corps de leur malade semblaient être des déterminants importants dans la prise en charge.

L'ostéopathie est dotée de ses propres représentations du corps humain, et son langage peut être difficile à comprendre pour le non initié. Il existe indéniablement des quiproquos de langage avec le monde médical qui ne facilitent pas sa compréhension. Maintenant qu'elle est largement développée en France, les médecins seront de plus en plus amenés à en parler avec leurs patients. Cependant, cela nécessiterait de meilleures connaissances sur cette discipline pour en comprendre le fonctionnement, et tenter de repérer les situations où elle présenterait un intérêt.

Bibliographie

- [1] Nguyen C, Poiraud S, Revel M, Papelard A. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. *Revue du Rhumatisme* 76. Juin 2009. Pages 537-542.
- [2] Leclerc A et Thierry N. Exploration du soulagement ressenti par des patients lombalgiques chroniques pris en charge par des ostéopathes : quelle place pour les facteurs psychosociaux ? Thèse de médecine générale. Université d'Angers, 2014. 70 pages.
- [3] 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.
- [4] Registre des ostéopathes de France - INFORMATIONS / PRESSE - L'OSTÉOPATHIE DANS LE MONDE - Dernière modification le 16-06-2015. <http://www.osteopathie.org/100-l-osteopathie-dans-le-reste-du-monde.html>
- [5] Décrets, arrêtés, circulaires Textes généraux. Ministère de la santé et des solidarités. Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie. *J.O* n° 73 du 27 mars 2007 page 5662 texte n° 20.
- [6] Union Fédérale des Ostéopathes de France. OSTEOPATHES DE FRANCE Le référentiel du métier et des compétences. Mai 2010. Pages 19.
- [7] DURAFFOURG M, VERNEREY M. Inspection générale des affaires sociales RM2010-030P. Le dispositif de formation à l'ostéopathie. Rapport établi par Avril 2010.
- [8] GODFRIN H. Registre des ostéopathes de France. Newsletter N°14 : Démographie 2013 : Où comment sortir son épingle du jeu dans la jungle professionnelle? Mérignac, le 16 janvier 2013. Pages 7. http://www.osteopathie.org/documents.php?url=newsletter-n-14---demographie-2013_142.pdf
- [9] Décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie; Version consolidée au 26 septembre 2014.
- [10] Zegarra-Parodi R, Dey M, Krief G. Osteopathic treatment of patients with chronic low back pain. *Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement* (2012) Elsevier-Masson, Volume 13, 17–24.
- [11] Pierre Tricot. Une brève histoire de l'ostéopathie, article du Registre des Ostéopathes de France (2003). Pages 16. <http://www.osteopathie.org/87-decouvrez-l-osteopathie-histoire-de-la-profession.html>
- [12] François Le Corre, Serge Toffaloni. L'ostéopathie. Collection : Que sais-je ? Éditeur : Presses Universitaires de France. 2007. Pages 127.

- [13] Pascal Javerliat. *Précis de matière ostéopathique*, éditions Sully (2008). Chapitre 5, Comprendre l'état de santé - L'intérêt des symptômes. Pages 245.
- [14] Zachary Comeaux. *Somatic Dysfunction, A Reflection on the Scope of Osteopathic Practice*. *American Academy of Ostéopathie Journal* - Vol. 15, no.4 (December2005) p. 7-21.
- [15] Teyssandier MJ, Brugnoli G. *Quelques aspects de l'ostéopathie moderne aux Etats-Unis d'Amérique*. <http://www.mediosteofr/documents/osteopathiemoderneusa.pdf>
- [16] ACADÉMIE D'OSTÉOPATHIE DE FRANCE, août 2003 - *Glossaire de Terminologie Ostéopathique*; Prepared by The Glossary Review Committee sponsored by The Educational Council on Osteopathic Principles (ECOP) of the American Association of Colleges of Osteopathic Medicine (AACOM).
- [17] Pascal Javerliat. *Précis de matière ostéopathique*, éditions Sully. Chapitre 6 La dysfonction somatique, Pages 245.
- [18] Philippe Vautravers, Marie-Ève Isner-Horobeti, Jean-Yves Maigne. *Manipulations vertébrales – ostéopathie. Évidences/ignorances*. *Revue du Rhumatisme* 76 (2009) Pages 405-409.
- [19] Caroline Barry Bruno Falissard. *Avec l'expertise critique de Joël Coste et Isabelle Boutron. Rapport INSERM Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie*, 30/04/2012. Pages 194.
- [20] Catherine Trouvé. *L'homéopathie, Remèdes et traitements*. © Groupe Eyrolles, 2004. Pages 27.
- [21] Caroline Barry, Valérie Seegers, Juliette Gueguen, Christine Hassler, Aminata Ali, Bruno Falissard. *Rapport INSERM Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture*, 17/01/2014. Pages 212.
- [22] Manon Truchon, Lise Fillion. *Les déterminants biopsychosociaux de l'incapacité chronique liée aux lombalgies - Une recension systématique des écrits*; © Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, Septembre 2000. <http://www.irsst.qc.ca/-publication-irsst-les-determinants-biopsychosociaux-de-l-incapacite-chronique-liee-aux-lombalgies-une-recension-des-ecrits-r-253.html>
- [23] Michel Rossignol, Stéphane Poitras et Alain Neveu. *Le Médecin du Québec*, volume 43 (novembre 2008), numéro 11, Page 35-41.
- [24] Jean François Salmochi, Sylvain Maigné. *Protocole d'évaluation du lombalgique en pratique quotidienne. Résonances Européennes du Rachis*, Volume 13 n° 40, Page 1634.
- [25] Etienne Masquelier. *Le modèle biopsychosocial et la douleur chronique - Education du patient et enjeux de santé*; Volume 26 - n°3 - 2008. Pages 62-67.

[26] Dr Anne Berquin. *Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie* - Revue médicale Suisse 2010; 6: 1511-1513.

[27] Dr Éric Thomas, Y-M. Pers, J-P. Cambiere, N. Frasson, F. Ster, F. Blotman, C. Hérisson. *Importance des peurs et croyances, de la kinésiophobie et du catastrophisme chez le lombalgique chronique en centre de rééducation - Lombalgie commune: état des lieux en 2008, 23ème congrès de Sofmer.*

[28] Union Fédérale des OSTÉOPATHES DE FRANCE. *Principes directeurs pour la formation en ostéopathie. Rapport OMS.* http://www.osteofrance.com/actualites/media/pdf/ufof_Rapport_OMS.pdf

[29] Marie Eckert. *Le concept de globalité en ostéopathie* - éditions De Boeck, Janvier 2013; Pages 168.

[30] Patrick Varlet. *Ostéopathie somato-émotionnelle*, Éditions Sully, 2009 - 254 p.

[31] Pierre Tricot. *Approche tissulaire de l'ostéopathie - livre 1 - Un modèle du corps conscient* (avril 2005). Pages 320.

[32] Institut Dauphine d'Ostéopathie - *Consultations ostéopathiques - Protocole clinique.* <http://www.institutdauphine.com/consultations-protocole-clinique.php>

[33] *Médecine générale, concepts et pratiques; Chapitre 159 : La lombalgie commune et les lombosciatiques* - Editions Masson, 1996. Pages 1026.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE.....	3
COMPOSITION DU JURY.....	6
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	8
PLAN.....	9
INTRODUCTION.....	10
METHODE.....	12
Choix de la méthode qualitative.....	12
Choix de la technique d'entretien.....	12
Constitution de l'échantillon.....	12
Méthode de recueil des données.....	13
Méthode d'analyse des données.....	13
RESULTATS.....	14
Population.....	14
I/ Les ostéopathes abordent la lombalgie chronique avec des concepts du corps qui leur sont propres.....	15
II/ Le raisonnement des ostéopathes face aux patients lombalgiques chroniques.....	19
III/ Les représentations de la lombalgie chronique par les ostéopathes.....	25
IV/ Les mots porteurs de sens pour les ostéopathes.....	29
V/ La place des ostéopathes dans le système de soins.....	31
DISCUSSION.....	35
Principaux résultats.....	35
Forces et faiblesses de l'étude.....	35
La plainte lombalgique n'est pas un élément déterminant dans le raisonnement ostéopathique.....	36
Les ostéopathes incorporent certains facteurs psychosociaux dans leurs concepts biomécaniques du corps.....	38
Des difficultés de compréhension entre les discours médical et ostéopathique.....	39
CONCLUSION.....	40
BIBLIOGRAPHIE.....	41
TABLE DES MATIERES.....	44
ANNEXES.....	45
Guide d'entretien.....	45

ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN

thèse lombalgie chronique et ostéopathie

Définition de la lombalgie chronique pour les ostéopathes

- >> Comment définiriez vous le terme de lombalgie chronique, en pratique (selon OMS: douleur lombaire de plus de 3 mois)?
- >> Auriez-vous un patient en tête? Pouvez-vous me raconter?

Approche diagnostique des ostéopathes face aux lombalgies

- Interrogatoire / place accordée à l'histoire personnel du patient
 - >> Quels éléments vous semblent importants à apprendre sur le patient?
 - >> Quels éléments vous semblent importants à apprendre sur sa lombalgie?
- Place des examens complémentaires
 - >> Comment utilisez-vous les examens complémentaires?
 - >> Quelle importance ont-ils pour vous?
- Examen physique
 - >> Comment faites-vous pour examiner le patient?
 - >> Que recherchez-vous?
- Démarche diagnostique
 - >> Quel est votre raisonnement pour trouver/comprendre l'origine d'une lombalgie?

Modèles explicatifs des ostéopathes face aux lombalgies

- Causes évoquées
 - >> Quels sont les causes que vous recherchez?
 - >> Quels sont les principales causes que vous retrouvez?
- Modèles physiopathologiques proposés
 - >> Quels mécanismes interviennent dans le développement d'une lombalgie?
 - >> Comment cela fonctionne?
 - >> Quels principes ostéopathiques sont mis en jeu?

Approche thérapeutique proposée par les ostéopathes face aux lombalgies

- Techniques de soins ostéopathiques
 - >> Quelles techniques ostéopathiques (structurelle ou viscérale) proposez-vous pour soigner un patient lombalgique?
 - >> Comment cela fonctionne?
 - >> Et quand la plainte lombalgique persiste?
- Alternatives thérapeutiques proposées
 - >> Conseillez-vous aux patients lombalgiques de prendre des antalgiques en complément des manipulations ostéopathiques?

>> Leur conseillez-vous d'autres alternatives thérapeutiques (homéopathie, acupuncture, etc)?

- Education thérapeutique des patients

>> Quelles conseils/précautions/consignes de surveillance donnez-vous aux patients en fin de consultation?

Ressenti des ostéopathes face aux facteurs de risque de passage à la chronicité des lombalgies

- Facteurs de risques de passage à la chronicité identifiés

>> Comment expliquez-vous le fait que pour certaines personnes, la plainte devienne chronique?

>> Pensez-vous qu'il existe des éléments favorisant le passage à la chronicité des lombalgies? Lesquels?

- Place accordée par les ostéopathes

>> Cela joue-t-il un rôle dans la prise charge du patient lombalgique?

>> En parlez-vous avec le patient? Comment?

Relation ostéopathe/malade

- Communication avec le patient

>> Quelles explications donnez-vous au patient sur sa lombalgie?

>> Comment lui expliquez vous la cause de sa lombalgie?

>> Comment lui expliquez-vous les possibilités thérapeutiques?

>> Quels messages cherchez-vous à transmettre?

- Suivi des patients lombalgiques par les ostéopathes

>> Quel suivi proposez-vous avec les patients lombalgiques?

>> A quel moment de leur épisode lombalgique les patients viennent-ils vous voir le plus souvent?

>> Quel délai un patient doit attendre après une manipulation ostéopathique avant de revenir vous voir?

- Attentes des patients lombalgiques

>> Quelles attentes ont les patients lombalgiques en venant vous voir?

>> Quelles attentes ont les patients lombalgiques en général, selon vous?

Auriez-vous quelque chose à ajouter au sujet des patients lombalgiques chroniques?

Aurions-nous oublié d'évoquer quelque chose d'important à évoquer?

Je vous remercie.