

**UNIVERSITE DE CORSE**  
Service de la Formation Continue  
Quartier Grossetti BP 52  
20250 Corte

**Coordination ARB**  
48 Boulevard Serrurier  
75935 Paris cedex 19

**SCIENCES DE L'EDUCATION**

**MEMOIRE MASTER 2 Professionnel**

**Option : ingénierie des systèmes de formation**

Année 2008 – 2009

Laurence PERRIN

**Ostéopathie et éducation en santé : Quels sens les professionnels pratiquant l'ostéopathie donnent-ils à leurs séquences de soins ? Ont-ils les compétences pour conceptualiser une séquence d'ostéopathie thérapeutico-éducative ?**

Sous la direction de Franck GATTO  
Maître de conférences, HDR à l'Université de Montpellier 3

Résumé

**Ostéopathie et éducation en santé : Quels sens les professionnels pratiquant l'ostéopathie donnent-ils à leurs séquences de soins ? Ont-ils les compétences pour conceptualiser une séquence d'ostéopathie thérapeutico-éducative ?<sup>1</sup>**

par Laurence PERRIN

En France, les lois et la réglementation de l'exercice des professions de santé changent. Le projet-visée des politiques de santé demande aux professionnels de la santé de systématiser les pratiques d'éducation à la santé auprès des personnes malades ou non malades. Selon Gatto (2005), la définition de la santé « est orientée sur les déterminants de santé et pas uniquement sur la maladie ».

Les ostéopathes possèdent-ils les connaissances et savoir-faire et savoir-être permettant de travailler avec une démarche thérapeutico-éducative ? Quels sens les professionnels pratiquant l'ostéopathie donnent-ils à leurs séquences de soins et quelles compétences ont-ils pour conceptualiser une séquence d'ostéopathie ?

Cette modeste étude permet de montrer que globalement, les professionnels de l'ostéopathie sont certainement de bons techniciens qui appliquent des bilans, des techniques enseignées et qu'ils travaillent le plus souvent sur un modèle de type **behavioriste et positiviste**. Leur analyse des situations de soins concerne essentiellement **la douleur, la souffrance, les dysfonctions**. La plupart des professionnels **interrogés ne prennent pas en compte dans leur pratique la loi du 04 mars 2002**. Ils s'appuieraient préférentiellement au cours des soins sur le modèle **d'éducation transmissif**. **L'évaluation est surtout du contrôle**. Le patient est considéré comme agent exécutant ou récepteur passif acceptant le soin prodigué sans pouvoir de décision. **L'évaluation et l'éducation ne fusionnent pas au cours des soins**. Pour s'inscrire dans le système de la santé, ils vont devoir évoluer vers et dans le système global de la santé, pour aider les patients dans leur démarche d'amélioration de leur santé. En effet, les résultats confirment que l'attitude professionnelle des ostéopathes s'inscrit majoritairement dans un modèle de soin de type **biomédical, curatif** en considérant la symptomatologie dans une **conception du soin mécaniciste**, estimant que souvent les seules techniques ostéopathiques permettent l'amélioration de l'état de santé des patients.

Seuls quelques professionnels de l'ostéopathie (professionnels de santé) ont la compétence de pouvoir faire des recherches professionnelles, scientifiques et didactiques appropriées. Les masseurs-kinésithérapeutes seraient les plus enclins à se positionner comme accompagnateur, comme éducateur, pour une approche éducative centrée sur un patient réflexif et coauteur de son projet de soin. Ils font preuve de régulation et de conceptualisation au cours des réharmonisations ostéopathiques; ils font preuve d'initiative et de créativité, et certains sont aptes à développer une nouvelle démarche professionnelle, contrairement aux ostéopathes exclusifs.

La nécessité de produire des travaux de recherches validés, signe de scientificité, est indispensable à la considération de l'ostéopathie et à son enseignement à l'aide de modèles thérapeutiques et éducatifs admis par les Sciences et notamment les Sciences de l'Education. Cela au service de la santé des malades et des non malades.

Mots clés : **Ostéopathie, modèles de santé, modèles de l'évaluation, modèles de la posture, éducation en santé**

---

<sup>1</sup> Directeur de mémoire : Franck GATTO

## REMERCIEMENTS

Je tiens particulièrement à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce projet de recherche :

- Cécile RIOLACCI qui m'a aidée dans mes démarches de formation et m'a permis de mener avec plus de sérénité mon projet.

- Franck GATTO qui en m'accordant confiance et disponibilité dans ce modeste travail de recherche, m'a accompagné sur ce philanthrope chemin de la connaissance et de la recherche. Par cette formation, il m'a aidé et m'a permis de retrouver l'envie de poursuivre l'amélioration de la démarche qualité du soin auprès des patients. Par ses innombrables « campagnes », il a fait ressurgir mon envie d'agir pour l'autonomie de la profession pour laquelle mes espoirs étaient profondément ensevelis.

- Les Professeurs de l'Université de Corse et d'Aix-en-Provence, sans l'approche pluridisciplinaire desquels ce travail n'aurait pu être réalisé et qui m'ont mis sur la voie du partage des valeurs et de la complexité des compétences sans lesquelles notre futur projet de discipline en Masso-Kinésithérapie et ses diverses spécificités dont l'ostéopathie fait partie, risqueraient de ne pas aboutir ou de s'enliser.

- Après Franck Gatto qui m'a aidée à mettre en tension un certain nombre de connaissances et d'idées et à choisir mon parcours, je remercie Roland Queinec qui m'a accompagnée dans mon souhait de communication de certaines valeurs professionnelles, de partages et d'entraide des professionnels pour un meilleur accompagnement des patients de notre secteur géographique. Roland m'a également assisté dans mon intégration à l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes pour lequel je souhaitais œuvrer dans ce sens.

- Les confrères masseurs-kinésithérapeutes, les médecins et les ostéopathes qui m'ont permis de mener à bien ce projet en répondant au questionnaire.

- Ted, mon fils, qui malgré son jeune âge, mes absences répétées et parfois mon manque de disponibilité, s'est montré assez complaisant et compréhensif cette dernière année et Hervé, mon conjoint, pour son aide en informatique et sa patience.

## TABLE DES TABLE DES MATIÈRES

*Numéro*

[Cliquez ici et insérez la table des illustrations]

*Page*

## **1. INTRODUCTION**

### **1.1. Histoire personnelle**

Petite, j'aspirais comme un certain nombre d'autres petites filles à être maîtresse d'école ou infirmière, d'autant que d'un côté ma grand-mère était institutrice et de l'autre mon grand-père était secouriste à la Croix-Rouge et donneur de sang coutumier. Je réussis le concours d'entrée en Institut de Formation de Soins Infirmiers, sans jamais m'inscrire, les gestes techniques parfois trop répétitifs et trop traumatisants à mon goût me repoussaient. La masso-kinésithérapie, où en plus de l'aspect relationnel, les aspects préventif et rééducatif par les mouvements me semblaient mieux répondre à mes besoins de diversité, de dynamisme et d'activité. J'avais envie d'aider les malades, les non-malades et les sportifs à mieux bouger ou à retrouver leurs capacités fonctionnelles. Très vite, j'ai entrepris des actions de prévention comme la manutention des malades, l'installation et la mobilisation des malades alités, l'installation et l'adaptation du poste de travail, l'ergonomie dans une attitude de recherche d'amélioration de l'hygiène de vie et de sécurité des patients, des soignants et des stagiaires en rééducation professionnelle (Centre de Rééducation Professionnel). J'organisais des séances de relaxation et d'activités gymniques au sein d'associations comme « cœur et santé » ou d'autres petites associations sportives. Très tôt, après avoir fait un peu mes preuves, j'accepte d'enseigner auprès des élèves infirmières. Les enseignements fournis par la formation initiale s'avèrent souvent très insuffisants et j'exerce toutes ces activités plus par intuition que par une construction très raisonnée. Je suis un projet visé sans savoir comment construire un réel projet programmatique, le plus souvent c'est l'expérience concrète qui m'amène à modifier mon parcours. Diplômé de masso-kinésithérapie en 1992, quelques expériences vécues au sein de mes activités professionnelles ont été rapidement au cœur de mes questionnements et de mes motivations futures (si elles n'en ont été les déclencheurs). La formation initiale ne me paraît déjà plus répondre à toutes mes attentes et aux besoins ressentis des patients notamment ceux souffrant de rachialgies et les sportifs plus exigeants dans leurs convalescences. J'ai donc immédiatement poursuivi mon parcours de professionnalisation par une formation continue de kinésithérapie du sport et une d'ostéopathie. Suite à ces deux formations, qui abordaient l'une l'alimentation et l'autre la sphère viscérale, je me suis polarisée sur l'équilibre alimentaire, la diététique du sportif et puis ensuite celle des obèses et des diabétiques de type II. Ces derniers présentent des risques majeurs de mortalité et de prévalence des problèmes de santé publique qui m'ont beaucoup interpellés. Dans un certain nombre de cas, les mixtions de mon activité de kinésithérapeute (activité physique) avec une

activité de diététique (équilibre alimentaire ou régime) me sont vite apparues comme complémentaires. De plus, la sphère viscérale (délaissée à mon époque par la formation de masso-kinésithérapie et pas assez approfondie à mon avis en formation d'ostéopathie), les troubles et pathologies alimentaires et la chimie de l'alimentation m'ont permis de mieux comprendre certaines dysfonctions viscérales. Je pouvais alors donner d'autres conseils d'hygiène de vie et essayer de trouver de nouvelles réponses à certains désordres organiques.

Ces formations continues post-initiales suivies de plusieurs formations en diététique m'ont donc permise d'avoir une vision plus globale du corps et de l'individu ainsi que de la prévention. Je commençais à mieux appréhender la singularité des patients de part leurs aptitudes physiques et fonctionnelles globales ainsi que parfois et encore trop rarement à mon avis de mieux appréhender leur contexte psychosocial et environnemental. En diététique contrairement à la kinésithérapie, la prise en charge individuelle hormis l'entretien d'entrée est rare. Les réunions diététiques à l'image « des écoles du dos » même si elles sont très nombreuses, restent essentiellement soit transmissives soit pratiques avec souvent une posture de maître qui sait tout, d'expert sans « va et vient », ne laissant pas vraiment lieu à l'auto-questionnement et à l'autoévaluation de la part des patients. La place accordée aux échanges et à la confrontation entre patients reste souvent minime. Ce qui expliquerait selon les travaux menés en Sciences de l'éducation et en Education en santé, le manque de suivi des régimes, des exercices et des traitements prescrits et les difficultés des patients à comprendre leur situation.

Ne trouvant pas les réponses que je recherchais dans cette accumulation de formations professionnelles, je décidais soit de faire une formation en psychologie soit de me diriger vers l'encadrement où je souhaitais faire le lien entre les diverses professions paramédicales. Il me semblait, que ce soit en établissement de soins ou en libéral, que les professionnels de santé devaient pouvoir mieux communiquer, les professions mieux s'articuler pour une meilleure compréhension du patient et une meilleure adaptation à ses besoins. Comme de nombreux professionnels, je pensais et j'essayais de détenir le savoir (« à l'école, nous avons appris ») et être consciencieuse. Malgré cela, j'étais encore confrontée à des échecs thérapeutiques. Comment s'est construit le savoir de notre profession, sur quels savoirs s'est bâti l'enseignement que nous avons reçu, de quelle manière ce savoir est transmis aux patients ?

La formation suivie en Sciences de l'Education m'a permise de me rendre compte que l'ensemble des formations suivies, l'augmentation du panel des techniques ne me permettaient pas de résoudre tous les problèmes de santé rencontrés. Bien qu'entendus, les patients ne

mettaient pas toujours tout en œuvre pour améliorer ou maintenir leur état de santé, et certains obstacles étaient à mettre en relation avec les difficultés d'apprentissage de la part des patients. Les échecs sont grandement liés à la manière de s'y prendre, à la didactique, à nos difficultés de communication. En 2005, la rencontre de Franck Gatto a été déterminante. Les sciences de l'éducation m'ont apporté dans le sens du parcours de soins codécidé avec les patients et pourquoi pas co-élaboré avec un ensemble de professionnels. Elles m'ont permis de comprendre que, quoiqu'il en soit, le patient est décideur de sa santé. Là où Gatto dit au cours de la formation que « les seules compétences techniques ne peuvent rien si le patient n'est pas déterminé à déstabiliser ses savoirs expérientiels et ses comportements erronés », j'ajouterai que même l'écoute, la recherche de compréhension et les compétences techniques ne peuvent rien si le professionnel n'est pas formé aux théories et modèles de l'évaluation et de l'apprentissage. Je me suis moi-même rendue à l'évidence de mon manque de compétences dans l'enseignement, la prévention et l'éducation à la santé où je pratiquais beaucoup par intuition, par tâtonnements, par autoformation et pas toujours sans difficultés bien qu'à l'écoute voir parfois trop à l'écoute de mes patients.

La complexité, la singularité, la particularité, la dialogie, le partage m'ont permis de mieux comprendre et de mieux accepter les difficultés rencontrées au cours des soins. J'avais saisi que le soin n'était pas seulement un acte thérapeutique et que la seule compréhension du patient ne suffisait pas non plus. La fusion de l'éducation et de l'évaluation dans le soin, les décisions que le professionnel de santé va prendre avec le patient et la participation active du patient dans ses choix thérapeutiques et comportementaux vont avoir une influence essentielle dans l'évolution, dans le soin et en dehors du soin, pour sa santé, pour son projet de vie et par conséquent dans ses comportements de tous les jours.

## **1.2. Présentation et choix du travail de recherche**

Gatto et Eymard-Simonian, 2006 « La théorie nous dit qu'avant toute transposition, les objets de savoirs doivent faire l'objet d'un consensus sur leur validité, d'une certaine stabilité dans le temps, d'un certain effort d'objectivation : on ne transpose pas des savoirs instables, ésotériques, absconds. En santé, les objets de savoirs répondent bel et bien à ces critères, ce qui produit des savoirs transposés que l'on enseigne en IFSI, en IFMK ou à la faculté de médecine ». Ils ajoutent même « ainsi, pas plus que l'astrologie n'est enseignée au lycée, la chiropractie ne l'est en IFSI, en IFMK ou à la faculté de médecine ». « Le masseur-kinésithérapeute travaille à partir de savoirs médicaux, kinésithérapiques et éducatifs et de l'évaluation qui se confondent avec l'acte

de soins. Les pensées, les discours, les techniques, les écrits sont créés, inventés, conceptualisés et régulés pendant l'acte de soins. C'est à partir de différents savoirs et techniques que le masseur-kinésithérapeute autonome, invente, conceptualise et régule son action en situation avec le patient partenaire » (Gatto, 2007). Je me suis demandée sur quels critères, l'ostéopathie, était-elle enseignée? Les consensus sont pratiquement inexistantes, les recherches sont rares et la plupart ont été menées outre atlantiques. L'ostéopathie bien que reconnue doit donc faire ses preuves.

Il m'est toujours apparu important de considérer l'homme non comme une machine où le corps fonctionne indépendamment de l'esprit, mais comme un individu complexe où se crée un équilibre psychosomatique et psychomoteur. La formation initiale de masso-kinésithérapie étant trop analytique et mécaniciste, la réglementation des activités de masso-kinésithérapie étant souvent trop limitatrice et réductrice de part la subordination des médecins codifiant et déterminant nos actions thérapeutiques, le diagnostic différentiel ostéopathique en première intention ou en seconde intention suite au diagnostic du médecin m'est apparu un accès à l'autonomie non négligeable. En effet, l'analyse des gênes et dysfonctions, le diagnostic différentiel, la prise de décision concernant la conduite à tenir lors du traitement pouvaient ressembler aux signes d'une éventuelle émancipation de notre profession de masseur-kinésithérapeute. « Dans ce domaine particulier, où aucun substrat organique ne permet d'identifier les causes médicales du problème, une autre étiologie est à rechercher. S'il est courant de faire appel à une autre approche clinique, par exemple l'ostéopathie, n'oublions pas et ne négligeons pas les capacités de la kinésithérapie sur les systèmes neuro-musculo-squelettique et circulatoire ainsi que les compétences du kinésithérapeute dans les modèles thérapeutiques non médicamenteux sur les dysfonctionnements de ces systèmes » (Solère & Soyer-Gobillard, 2004). En sortant de l'école de masso-kinésithérapie, je pensais également trouver en l'ostéopathie une approche plus holistique et globalisante.

Le soin de l'organe malade n'est pas suffisant, d'autant qu'en ostéopathie, la recherche d'un résultat thérapeutique ressemblant plus à une fausse expertise thérapeutique (défiance de publications scientifiquement validées), à une dissimulation de la qualité qu'à une réelle démarche de qualité des soins. Selon le Rapport de Auquier, Crémer, Malvy, Menkès et Nicolas (groupe de travail lancé par le ministère suite à la loi de mars 2002, à propos de l'ostéopathie et la chiropraxie), adopté le 10 Janvier 2006 (première partie), « la base scientifique et même anatomique de ces pratiques, rien n'est venu confirmer ce diagnostic lésionnel » ... « Sur le plan



thérapeutique les choses sont un peu différentes. Des résultats favorables ont été constatés de façon empirique sur certaines douleurs rachidiennes par diverses techniques manuelles et en particulier par les manipulations ». Ils citent plusieurs études menées en France ou à l'étranger. Bien que les savoirs en ostéopathie soient plus issus de la pratique, de l'expérience, certains signes cliniques sont néanmoins objectivables et reproductibles exemple dans ces travaux de recherches (Ramin & Vaillant, 2004).

Pour ma part, j'ai découvert un traitement qui prenait en soin la personne dans sa globalité corporelle mais où la dimension psychologique et sociale de la personne m'est apparue encore parfois très succincte et floue. « Il est nécessaire de posséder une solide connaissance de la colonne vertébrale, car de nombreuses maladies sont en effet causées par un état défectueux de cet organe » Hippocrate (De articularis 45) ». Les propos repris ou tenus par certains professionnels (exemple dans le CD de formation de thérapie manuelle de Melloul, en 1997) témoignent encore de cette approche parfois trop mécaniciste de la thérapie manuelle, certes nécessaire mais pas suffisante : l'ostéopathie, de part son approche plus complexe, m'a permis d'être plus à l'écoute et de mieux répondre aux souffrances mal entendues par la médecine traditionnelle car comprises entre la maladie et la non-maladie et donc peu objectivables par les examens complémentaires. La participation du patient à son examen ostéopathique m'y est apparue comme capitale et indispensable. Seulement la pratique m'a amenée à me poser la question de la récurrence des dysfonctions ostéopathiques ? Parfois, le bilan diagnostic ostéopathique, l'examen ostéopathique ne suffisent pas à apporter une réponse ? Alors que peut-on faire de mieux si ce n'est mieux comprendre les besoins plus profonds, parfois plus personnels des patients non plus simplement physiques mais également psychologiques ou contextuels et de les aider à mieux vivre, à trouver avec eux des solutions adaptées à leur besoin de mieux-être et de mieux vivre.

A l'instar de tous les travaux de recherche qui ont été menés en masso-kinésithérapie sur l'éducation dans le soin, je me suis demandée si au cours du soin ostéopathique, cette relation éducative existait aussi et si elle se confondait avec le soin en ostéopathie et s'il existait des différences de comportements des professionnels en fonction de leurs cursus de formation.

« L'observation et le recueil des informations concernant les diverses formations dites « continues », ont montré la difficulté des masseurs-kinésithérapeutes (MK) d'accéder au rang d'acteur de santé. En effet, les programmes des formations proposées sont souvent des

catalogues de techniques et de « recettes » et placeraient majoritairement les formés dans une posture d'agent » (Ramin & Gatto, 2003). Il me semble en ostéopathie comme en kinésithérapie que les professionnels, bien que non prescrits dans leurs actes en ostéopathie soient majoritairement en posture d'agent appliquant un protocole de rééquilibration, où l'écoute et les besoins des individus consultants servent plus à établir un diagnostic différentiel qu'une « réharmonisation » codécidée avec le patient et que l'attitude éducative au cours du soin ostéopathique reste le plus souvent transmissive.

Suite à l'affrontement des médecins et des masseurs-kinésithérapeutes qui tardaient à trouver un consensus, l'installation d'ostéopathes « ni-ni » (ni médecins, ni kinésithérapeutes) proclamant des discours ésotériques ou chargés d'obscurantisme synchronique à la montée fulgurante de la création d'organismes de formation ou d'écoles dite d'ostéopathie, je me suis posée de nombreuses questions sur le manque de réactions des organismes de tutelles, en premier lieu l'état. Selon Franck Gatto et Jean Ravestein en 2008, « Par exemple, certaines pratiques, bien que parfois localement efficaces, ne veulent pas se soumettre à l'analyse scientifique qui pourraient montrer leurs limites et restent donc ésotériques (ce qui attire les plus crédules par le côté mystérieux). Les masseurs kinésithérapeutes peuvent ainsi facilement expliquer tel succès d'un rebouteux, mais pas l'inverse. Un professeur d'anesthésie peut parfaitement comprendre les mécanismes de l'acupuncture et les valider sur certaines pathologies mais l'inverse n'est pas vrai ». La formation d'ostéopathie que j'ai suivie et qui était assise sur un grand nombre de savoirs expérimentiels s'appuyant sur une modélisation biomécanique, physiologique, radiologique ne me paraissait pas être incompatible avec l'exercice de notre profession de masseur-kinésithérapeute et voir plutôt complémentaire. Ces longs débats, le manque de discernement concernant la légalisation de la pratique ostéopathique m'ont déçue et éloignée de la profession. Mes doutes étaient tels que je me demandais si moi-même je n'étais pas un charlatan véhiculant une para-science. Gatto et Ravestein rappellent, à ce propos, que « Toutes les sciences ou presque, sont désormais affublées d'un curieux doublon : « une para-science ». Sur la biologie, sur l'archéologie, sur la géométrie même, se sont bizarrement greffées la parabiologie, qui développe des théories sur le « corps énergétique » ou les « biorhythmes », la para-archéologie, qui prétend révéler entre autres les secrets de l'Atlantide, ou de la para-géométrie, censée étudier les « ondes de formes » émises par les figures géométriques. Certains architectes, assurent les prosélytes de la doctrine, s'en inspireraient... ».

Les consensus interprofessionnels, les avancées, la reconnaissance de l'ostéopathie par mes pairs mais sous contrôle des professions de santé (et non pas la reconnaissance du titre d'ostéopathe tel qu'établi actuellement) m'ont aidée, au même titre que cette formation universitaire, à mieux comprendre mes pensées et mes actions professionnelles et à évoluer vers une démarche plus scientifique. Cette étape vers la recherche nous permettrait de nous distinguer des charlatans ou des rebouteux et de lutter contre les différentes formes de malveillances ou d'escroqueries.

L'analyse de mon propre vécu dans la profession de masseur-kinésithérapeute et de la pratique ostéopathique, ma propre remise en question m'ont permis de mettre en évidence certaines déficiences de la profession d'ostéopathe. L'ostéopathie dans son contexte actuel me paraît plus s'apparenter à une prestation technique avec obligation de résultats qu'à la professionnalisation d'une approche thérapeutique. Je cherche donc à savoir si les ostéopathes font de l'éducation au cours des soins pour aider les patients à mieux répondre à leurs besoins et à leurs demandes de santé. Quelle posture prennent ces professionnels et quelle posture octroient-ils à leur patient au cours des soins ostéopathiques ? Dans quels paradigmes de pensées agissent-ils préférentiellement ? De quelle manière évaluent-ils la santé et le projet de santé de leur sujet consultant ? Mettent-ils à profit des actions d'éducation en santé au cours des traitements ostéopathiques ? Comment ces professionnels selon leur statut initial demeurent-ils au cours du traitement ostéopathique, s'inscrivent-ils dans une démarche de santé plutôt positiviste ou globale complexe, leur action est-elle plutôt thérapeutique ou thérapeutico-éducative ?

## 2. PROBLEMATIQUE PRATIQUE

Par ce mémoire, je souhaite développer une réflexion sur le profil des professionnels ostéopathes, questionner des praticiens au travers des modèles de la professionnalisation et des modèles de compétences de l'éducation développée avec et par le soin.

En regard des constats faits par Signeyrole en 2004, où il dit que « Les discussions font apparaître que l'on doit considérer les pratiques professionnelles actuelles comme diverses et complexes », l'ostéopathie semble ni standardisée, ni simple. Reste à savoir de quelle manière les professionnels de l'ostéopathie combinent-ils leurs savoirs, les transmettent-ils et plus particulièrement quel comportement adoptent-ils pour éduquer leur patient ?

Une évaluation de la posture, des théories et modèles d'apprentissage et d'évaluation, des paradigmes de pensées en fonction des compétences évaluatives et éducatives des professionnels pratiquant l'ostéopathie devraient leur permettre de se questionner sur la place qu'ils octroient à leurs patients et de les aider à placer le patient comme co-auteur de leur projet de santé et d'améliorer la qualité des soins. En fonction des résultats de cette enquête et si nécessaire, il sera peut-être concevable d'envisager la formation des thérapeutes et des formateurs de formation continue d'ostéopathie, pour les aider à acquérir les compétences relatives et transversales d'éducation en santé. De plus, « le projet visé des politiques de la santé semble nécessiter une articulation, un métissage, une fusion des sciences de l'éducation et des sciences de la santé pour sortir d'une vision uniquement positiviste de l'éducation où l'apprenant est souvent oublié » et comme l'a préconisé Gatto (2005), « produire par la recherche un savoir sur ces pratiques pour construire ensuite des dispositifs de formation en coopération avec les disciplines et les professions de santé concernées ». Pour élaborer des dispositifs de formation de meilleure qualité et mieux appropriés à la loi du 04 mars 2002, il m'a semblé indispensable d'évaluer les connaissances des ostéopathes dans le champ de l'éducation en santé. La pratique de l'ostéopathie permet-elle à l'ostéopathe et à son patient de devenir co-auteur du projet thérapeutique visé ? Pour prévenir la maladie, à l'image des autres soins comme la masso-kinésithérapie, l'ostéopathie et l'éducation en santé fusionnent-elles dans un même acte ?

Je rejoins l'idée de Gatto (2005) qui reprend les propos de Thom (1983) « de notre point de vue, toute recherche doit à priori comprendre une dimension utile » qui participe à sa motivation.

Le choix de réfléchir autour du thème l'ostéopathie est en lien avec ma formation et mon expérience professionnelle dans une recherche d'amélioration des pratiques professionnelles et pourquoi pas de la formation professionnelle, domaine que je compte convoiter subséquemment.

« Le formateur devrait posséder différentes théories, modèles et outils issus de la discipline des sciences de l'éducation dont la mission principale est de produire et d'enseigner des savoirs savants et leurs applications pratiques, permettant de mieux comprendre et expliquer les pratiques d'éducation et de formation » (Ramin & Gatto, 2003). Le formateur comme l'ostéopathe devraient se former aux sciences de l'éducation pour augmenter l'efficacité de leur mission. Ma première question est de savoir dans quel domaine s'inscrit l'ostéopathie et pour cela j'ai d'abord recherché dans les dictionnaires et les écrits professionnels quel pouvait être sa ou ses définitions, ses principes, son histoire, son contexte actuel?

## **2.1. L'OSTÉOPATHIE**

### **2.1.1. Définition de l'ostéopathie**

Dictionnaire Le petit Larousse grand format (2004) définit l'ostéopathie comme toutes maladies des os et comme médecine douce visant à soigner les maladies par des manipulations des membres, des vertèbres ou du crâne.

Dictionnaire de la langue Française Hachette définit les termes suivants :

**OSTÉOPATHIE** : *nf* 1-Maladie des os. 2-Manipulations thérapeutiques vertébrales et articulaires.

**THÉRAPIE MANUELLE** :

**THÉRAPIE** : *nf* Traitement d'une maladie mentale.

**MANUELLE** : *a* Qui se fait avec les mains et qui concerne les mains.

L'utilisation des termes thérapeutiques, thérapie dans ces précédentes définitions montre que l'ostéopathie, la thérapie manuelle s'inscrivent dans le domaine de la santé. L'ostéopathe serait donc un professionnel de santé contrairement au rebouteux, dont la définition est la suivante :

**REBOUTEUX, EUSE** : *n fam* Qui, sans être médecin, s'emploie à guérir les fractures, les luxations. Il n'est donc pas professionnel de santé et en exercice illégal de la médecine de part son domaine d'action sur les fractures et les luxations.

Son registre d'action et ses principes ne sont d'ailleurs pas comparables à celui de l'ostéopathie. Selon cette définition, le rebouteux n'est donc pas un précurseur de l'ostéopathie et le « reboutement » n'est pas une technique ostéopathique et encore moins médicale.

De nombreux termes ont été utilisés pour la désigner avant sa reconnaissance officielle le 04 Mars 2002 (Art.75).

« Sous les auspices de la médecine orthodoxe, les physiothérapeutes et quelques médecins utilisent la manipulation qu'ils définissent comme un mouvement passif et forcé d'une articulation au delà de ces limites de mobilité active. A l'opposé, la thérapie manipulative ostéopathique implique souvent une participation active du patient. La manipulation chiropratique s'intitule ajustement et utilise des bras de levier courts, précis de grande vélocité, des « thrusts » manuels ou instrumentaux dont la force est contrôlée et dirigée à des niveaux articulaires spécifiques »... « Les ostéopathes utilisent le terme de dysfonction somatique, les chiropracteurs et les radiologues parlent de subluxation chiropratique, les médecins manipulateurs utilisent le terme de lésion vertébrale ou de dérangement intervertébral mineur (comme le nomme le docteur Maigne) » (Melloul, 1997).

En 2004, pour Solère et Soyer-Gobillard, « la normalisation » est un objectif précis, ce n'est pas un acte. Si elle a pour objectif le traitement d'un dysfonctionnement articulaire (et non d'une lésion), il s'agit d'une normalisation articulaire qui nécessitera une manipulation des paramètres de l'un ou de l'autre des genres possibles à cette dysfonction (genre simple en E, F, R, ou S, genre complexe en E.R.S., F.R.S., N.S.R.) ».

En l'absence de définition absolue et d'un consensus omnium, Solère et Soyer-Gobillard (2004) définissent l'« ostéopathie » comme « le terme usuel définissant la thérapie manuelle intégrant dans la médecine de nombreux modèles thérapeutiques après établissement d'un diagnostic spécifique et réalisation des techniques précises de normalisation par des manipulations adéquates ».

Ramin et Vaillant (2004) la définissent comme une *technique de rééquilibration, de réharmonisation*.

Rey (2004). Dictionnaire historique de la langue française. Paris : Robert, ne définit pas l'ostéopathie par contre il définit l'équilibre et rééquilibrer ainsi :

ÉQUILIBRE : n.m. est un emprunt savant (1611), d'abord sous la forme *equalibre* (1544, M. Scève), au latin impérial *aequilibrium* « exactitude des balances » et « équilibre » composé de *aequus* « égal » (-> égal, équi-) et de *libra* « balance » (-> livre n.f.).....

Par extension, le mot signifie couramment « attitude stable » avec la locution adverbiale *en équilibre*.

RÉÉQUILIBRER : v. tr. (1946), d'abord attesté au pronominal (1942), a donné RÉÉQUILIBRAGE n.m. (1954). RÉÉQUILIBRE n.m. (1936) est peut-être directement formé sur *équilibre*.

HARMONIE : Effet produit par un ensemble dont les parties s'équilibrent. Bonne entente entre les personnes (Dictionnaire de la langue Française Hachette).

Les exemples ci-dessus montrent la difficulté à définir l'ostéopathie. Ramin et Vaillant (2004) relatent d'ailleurs que « Sa définition est assez large et imprécise. Une commission gouvernementale en date du mois de septembre 2003 en donne la définition suivante : « On appelle ostéopathie l'ensemble de pratiques manuelles ayant pour but d'identifier les dysfonctionnements de mobilité du corps humain et d'y remédier par des thérapeutiques appropriées ».

La FFMKR donne, sur son site internet (<http://www.ffmkr.com>), une définition qui est : « Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. Ces manipulations sont musculo-squelettiques et myo-fasciales, exclusivement manuelles et externes. Ils ne peuvent agir lorsqu'il existe des symptômes justifiant des examens para-cliniques. Pour la prise en charge de ces troubles fonctionnels, l'ostéopathe effectue des actes de manipulations et mobilisations non instrumentales, directes et indirectes, non forcées, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de santé ».

Cette dernière définition faisant référence à la Haute Autorité de Santé laisse sous entendre encore une fois la nécessité d'appartenance de l'ostéopathie au domaine de la santé.

La définition de l'ostéopathie reste actuellement plurielle. Comment la profession d'ostéopathe a-t-elle pu être définie en absence de consensus de définition de sa pratique ? Qu'en est-il de ses principes ? Je rejoins l'idée de Tardivat (2004) : « Faire le tri entre l'ostéopathie et ses courants divers et variés plus ou moins éloignés des fondements initiaux n'est pas chose facile. En effet, le manque de réglementation jusqu'ici, a laissé les théories les plus étranges se développer. Cet aspect mystérieux peut attirer certains confrères dans des formations des plus sérieuses aux plus « inventives ».

### **2.1.2. Principes de l'ostéopathie**

Comme pour la définition de l'ostéopathie, divers courants ont tenté de définir ses principes.

Selon Hartmann (1990), le terme « *lésion ostéopathique* » a été largement remplacé par l'utilisation du terme « *dysfonctionnement somatique* ». Ceci semble dû au fait que l'on a réalisé

l'existence d'une entité palpable de troubles mécaniques dans la structure du corps dans d'autres professions que l'ostéopathie ». Il dit qu'il y a « un problème lorsqu'on se réfère à l'un ou à l'autre terme, qui devrait être totalement interchangeable, quant à définir exactement ce qu'il englobe. Une lésion peut-être primaire ou secondaire. Une dysfonction primaire peut-être due à un traumatisme, tout comme un simple incident, ou au résultat d'une suite de microtraumatismes ».

Pastor (2004-b) dit que les années de formation en ostéopathie « l'ont doté d'une vision et d'un lot de techniques complémentaires à une meilleure prise en charge des *dysfonctionnements de mobilité* du corps humain ». Bien qu'une démarche de globalité de l'individu soit entreprise plus physique (organique et corporel) que bio-médico-psychologique et environnementale de la personne, la pratique ostéopathique en puisant ses sources essentiellement dans des références biomédicales, médicales, ostéopathiques, kinésithérapiques s'apparente préférentiellement à l'application de procédures plus qu'à un processus singulier, comme en témoigne Besnard (1998) dans sa thèse sur « la consultation en médecine manuelle », où il a dégagé des éléments statistiques basés sur cinq ans d'enquête dans les cabinets médicaux français spécialisés en thérapie manuelle :

1°) la motivation principale de la consultation est la douleur.

2°) 70% des patients consultent pour rachialgies : les lombalgies représentent 60% des rachialgies, les cervicalgies 30% et les dorsalgies 10% ».

La douleur, les rachialgies, motifs principaux des consultations de thérapies manuelles exposent que le besoin crée l'utilité de cette professionnalité des thérapeutes vers la compréhension des maux des patients non entendus par la médecine traditionnelle. Certes, ces dysfonctions non étiquetées comme pathologies sont mal reconnues, mal perçues par la médecine en générale.

D'autres auteurs ont essayé au cours de travaux de recherches de définir les principes de l'ostéopathie. Selon Solère et Soyer-Gobillard (2004) « Nous voyons en son application la possibilité de rééquilibrer les valeurs spatio-temporelles de certains *dysfonctionnements somatiques* grâce à ces différentes techniques dont les effets réflexes sur la structure musculo-squelettique, viscérale et/ou tissulaire, peuvent réguler les conséquences circulatoires, hormonales, biomagnétiques ou neurologiques, manifestées. Nous constatons enfin, qu'un traitement fait dans les règles de l'art de la thérapie manuelle confère à cette pratique, en plus de ses effets curatifs rapides et non iatrogènes sur de nombreuses perturbations fonctionnelles, un



effet stimulant dans le maintien optimum de fonctionnalité dans l'organisme total des individus ».

Ramin et Vaillant (2004) la définissent à leur tour, en avançant que « Ces techniques respectent les axes et les amplitudes articulaires physiologiques des zones en cause dans le but de leur redonner une mobilité normale...A chaque articulation, on décrit dans les trois plans de l'espace des mouvements majeurs et des mouvements mineurs ; une des règles de l'ostéopathie consiste à redonner une bonne harmonie articulaire pour les mouvements mineurs. Cela a pour but de reprogrammer un bon fonctionnement des mouvements majeurs »... « Il faut distinguer les lésions et les états qui peuvent être considérés comme une forme de normalité puisque tout sujet va s'adapter à une posture donnée. La non-lésion et le non-état, c'est à dire la mobilité tout à fait normale de la zone testée est assez rare. On rencontre fréquemment des états, c'est à dire la propension qu'a l'individu de se retrouver dans une facilité de la zone considérée à favoriser légèrement un mouvement dans un sens plutôt que dans l'autre. Ces états ne sont pas considérés comme des lésions, car le mouvement, même s'il n'est pas parfaitement symétrique, se fait quand même dans les deux sens ».

Pour sa part, Hartmann (1990) avait déjà perçu la nécessité de s'adapter au patient et à son état général et il affirmait que « toutes les techniques ne s'adaptent pas à tous les patients ou ne peuvent être exécutées par tous les opérateurs. Chaque technique peut être modifiée en fonction du patient, de son état général de santé, de son âge, de son sexe, de son état mental et du degré de souffrance qu'il subit à un moment donné ». S'il articule les soins avec les nécessités de son patient, il n'évoque pas ni ses besoins, ni ses demandes. Le parcours de soin ne semble dans son cas ni codécidé, ni co-construit avec le patient au cours de la séquence de soin. On peut d'ailleurs rapprocher ces définitions de celle de la Confédération Mondiale pour la Thérapie Physique de 1994 et du décret du 08 octobre 1996, relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapie où la source du désordre fonctionnel et l'intégrité du mouvement fonctionnel sont également au cœur du dispositif de soin.

La plupart de ces auteurs parlent essentiellement de paramètres biophysiques, biomécaniques, organiques sans se préoccuper du contexte et du vécu des patients dans leurs dysfonctions. Le bilan ostéopathique devrait en respectant la loi du 04 mars 2002 identifier la souffrance, la ou les restrictions de mouvement, le ou les déséquilibres de la fonction en même temps que le vécu des patients avec leurs dysfonctions et leurs souhaits concernant leur santé pour que le soignant cherche à rétablir, à rééquilibrer avec son aide un mieux-être et surtout pour qu'il l'accompagne

dans sa prospection pour mieux vivre avec son problème de santé. Outre l'action physique du corps dans sa globalité est ici décrite l'action psychique de cette thérapie répondant à *une approche plus holistique du soin*.

Ne serait-ce pas la peur de ceux qui ne connaissent pas ou peu l'ostéopathie qui en limitent son évolution, certains masseurs-kinésithérapeutes ostéopathes ne doivent-ils pas montrer qu'ils sont aptes à créer si ce n'est une discipline, une branche disciplinaire ne se limitant pas à l'apprentissage d'un panel de techniques et de réharmonisations visant seulement le soulagement, le rétablissement, le bien-être du patient. Gatto et Eymard-Simonian (2004) et certains étudiants qui ont poursuivi ses travaux de recherches en Sciences de l'éducation ont démontré la nécessité « d'aider les malades et les non-malades à gagner en autonomie et donc en responsabilité par rapport à leur santé ». Ils ont d'ailleurs montré que cette démarche de soins était particulière aux masseurs-kinésithérapeutes.

En plus de l'aspect thérapeutique comme pour la masso-kinésithérapie, la prévention et l'aide que nous pouvons apporter aux patients codécideurs, coauteurs pour les aider à déstabiliser leurs comportements et leurs savoirs erronés devraient améliorer non seulement les facteurs biomédicaux, biomécaniques, biophysologiques mais aussi leur santé et leur vie en agissant sur les déterminants de santé.

Si la définition, les principes et la technique semblent difficile à définir, c'est peut-être en partie du à l'ensemble du suivi ostéopathique d'un patient qui est complexe. L'ostéopathe ne peut plus aujourd'hui s'en tenir uniquement aux simples critères d'évaluations que sont les souffrances et les dysfonctions, il ne devrait plus considérer ses patients comme des mécaniques ou des agents subissant une pratique de soins. Selon les termes de Trudelle (2005), les ostéopathes devraient passer « le cap de simple mécano » inscrit dans un système de santé *mécaniciste* à un statut de « mécano-humain » inscrit dans un système de *santé globale complexe*. Qu'elles soient nommée normalisation, rééquilibration, réharmonisation, ne sont-ils pas divers termes qui désignent un acte singulier composé d'approches techniques diverses qui devront être adaptées selon l'individu, son contexte, la relation développée dans le soin et dans le respect des recommandations, des données scientifiques actuelles et des règles juridiques et déontologiques liées à l'activité. L'ostéopathie est plus que le soin de l'organe en souffrance, elle est le soin de l'individu dans sa globalité où le patient est considéré comme un cas singulier dont la lecture de la réalité palpable et psychosociologique est singulière et difficilement repérable au cours d'un

soin codécidé avec le patient. L'ostéopathie n'est pas qu'une technique appliquée à une lésion, elle est une démarche complexe.

### **2.1.3. Contexte historique de l'ostéopathie**

L'ostéopathie est une technique ancienne qui a été parfois adulée parfois abandonnée. Son évolution n'a peut-être pas toujours été à la hauteur des attentes des patients ? « On retrouve des traces de médecine manuelle dans l'antiquité : chez les Egyptiens, les Romains, les Arabes, les Turcs, les Grecs, les Chinois qui pensaient déjà à l'époque, qu'il fallait débloquer la colonne vertébrale pour permettre la libre circulation de l'énergie » (Richard, 1994).

« Hérodicos, médecin et pédotribe (Littre, 2001), maître d'Hippocrate, enseignait la gymnastique aux enfants. Il peut être considéré comme le créateur de la gymnastique occidentale au travers de son ouvrage « Ars Gymnastica ». C'est le même Hippocrate qui indiquait le massage dans le traitement des raideurs articulaires, luxations et fractures » (Vaillant, 2002 cité par Pastor 2004-a) qui dit aussi que « Platon vantait les mérites de la gymnastique dans la prévention alors qu'Hérodicos attachait cette pratique à la médecine. Déjà se profilait les conflits de l'indication de la gymnastique. Qui devaient en être les détenteurs et quelles en étaient les délégations possibles ? Erasiste, médecin et anatomiste du III<sup>ème</sup> siècle avant JC condamne l'inconsistance des pédotribes et veut les soumettre au contrôle des médecins par la prescription. De la chute de l'Empire romain jusqu'au 15<sup>ème</sup> siècle, l'art médical s'étirole au profit de l'emprise religieuse qui installe la culture du corps à l'index. Sa réhabilitation advient à la renaissance grâce à Ambroise Paré, qui dans un esprit de rénovation et d'ouverture remet les modèles de l'antiquité à l'honneur, et notamment par le truchement de la réforme des Luthériens (Comon, 1996). Les préoccupations d'hygiène et de santé retrouvent leurs places, le massage et la gymnastique investissent jusqu'à la cour des rois ».

Selon Richard (1994), « 460 avant Jésus-Christ, Hippocrate traduit son savoir ostéopathique hérité de l'Egypte, de l'Inde, entre autre d'Imimoteph et d'Amenoteph en ces termes : « l'art de la thérapeutique manuelle est ancien. Je tiens en haute estime ceux qui l'ont découvert comme ceux qui, génération après génération, me succéderont et dont les travaux contribueront au développement de l'art manuel de guérir » et avait énoncé la théorie selon laquelle : « notre nature était le médecin de notre maladie » et que par conséquent « l'attention devait être portée beaucoup plus sur le malade que sur la maladie et que l'être humain devait être considéré comme

une entité, un cas d'espèce, une unité fonctionnelle » ». Que ce soit la gymnastique, l'hygiène et l'ostéopathie, le culte du corps est abandonné pour une très longue période.

Pour Richard (1994), Le docteur Still pionnier de l'ostéopathie fut l'un de ceux qui raviva la philosophie d'Hippocrate notamment en défendant « l'humanisation de la relation entre le médecin et son malade ». Ramin et Vaillant (2004) affirment que « Ses pères sont Still [2] et Sutherland [3], puis Magoun, Littlejohn, Cathie, Frymann, Jones Becker, Fryette, Mitchell, Uppleger, Kimberley [2, 3]. Parmi ceux-ci, Still préconise de corriger les dysfonctionnements dans la position de lésion (cf. glossaire) [2]. En France, Bénichou [4] est un des premiers fondateurs qui fonde « la thérapie manuelle » et qui donne ses lettres de noblesse aux techniques fonctionnelles, volontiers oubliées par certaines écoles et certaines tendances. Les techniques fonctionnelles rentrent dans la filiation naturelle du masseur-kinésithérapeute qui cherche à étoffer son arsenal thérapeutique principalement dans l'appareil locomoteur. En France, elle sert d'outil indispensable pour les masseurs-kinésithérapeutes ». Ils nous rappellent que cette thérapie est très utilisée auprès des sportifs de haut niveau depuis une vingtaine d'année. Elle s'est également beaucoup développée dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique.

Tricot (2003) affirme lui qu'« Un des premiers propagateurs de l'ostéopathie est sans conteste Le Docteur Robert Lavezzari (1866-1977). Originaire de Nice, il a été formé par une ostéopathe américaine, le Dr Florence Gair, élève de Still, et s'est installé à Paris en 1936. En 1949, il publie un ouvrage sur l'ostéopathie : *Une nouvelle méthode clinique et thérapeutique : l'ostéopathie*. En 1950, il fonde avec quelques confrères passionnés la *Société française d'Ostéopathie* qui existe toujours. Société de médecins, elle semble, comme presque tout le courant médical ostéopathique, cantonner la doctrine à la pratique vertébrothérapeutique ou orthopédique. Paul Geny, Kinésithérapeute, a travaillé avec Robert Lavezzari et, associé à un ostéopathe anglais Thomas Dummer, fonde en 1957 l'École Française d'Ostéopathie, premier collège d'enseignement de l'ostéopathie s'adressant à des kinésithérapeutes. En 1965, pour des raisons juridiques, cette école doit s'expatrier en Angleterre à Maidstone dans le Kent et elle devient European School of Osteopathy (École Européenne d'Ostéopathie). C'est dans ce collège qu'ont été formés bon nombre des premiers kinésithérapeutes ostéopathes français. Dans le courant des années 60, plusieurs praticiens formés à l'école de Paul Gény poursuivent leur formation avec un ostéopathe anglais Denis Brookes, passionné d'ostéopathie crânienne qui a réussi le tour de force de faire venir en 1964 un groupe de trois ostéopathes américains (Harold I. Magoun, Viola Frymann, Thomas Schooley, tous élèves directs de Sutherland) pour enseigner les bases de

l'ostéopathie crânienne. C'est à partir de ces années que sont nés plusieurs collèges ostéopathiques et que le courant de l'ostéopathie pratiquée par des kinésithérapeutes a pris son essor ».

Entre 1950 et 1960, différentes écoles ont ouvert leurs portes avec le retour en France d'ostéopathes français formés aux Etats-Unis et au Royaume-Uni. Depuis l'enseignement et la pratique de l'ostéopathie s'est poursuivi et continue d'évoluer.

#### **2.1.4. Contexte actuel de l'ostéopathie**

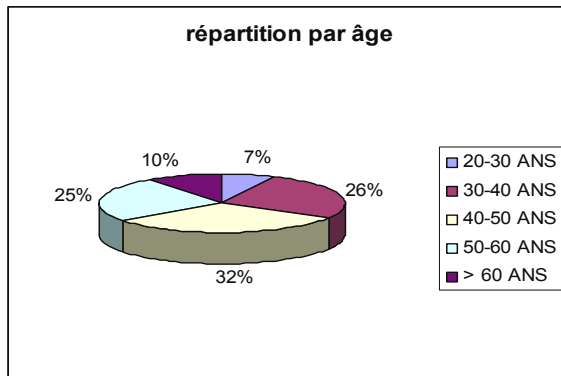
##### **En France :**

De nombreuses écoles d'ostéopathies ont vu le jour depuis une trentaine d'années, elles sont initiées et fréquentées pour la plupart par des masseurs-kinésithérapeutes en formation continue.

Selon le rapport d'un groupe de travail des membres de l'Académie nationale de médecine sur l'ostéopathie et la chiropraxie, Auquier, Crémer, Malvy, Menkès, & Nicolas (2006) : depuis 1996, date à laquelle le conseil de l'Ordre des médecins a reconnu le diplôme interuniversitaire (DIU) de médecine manuelle, 15 UFR de médecine proposent la formation des médecins Ostéopathes. Une trentaine d'école forme des médecins et des paramédicaux (essentiellement masseurs-kinésithérapeutes) à l'ostéopathie et une seule forme à la chiropraxie.

Puis depuis les années 2000, explose l'apparition de formations temps pleins ouverte à des non professionnels de santé, elles sont passées de 1 en 1995 à 25 en 2000. La France compte 1000 médecins qui pratiquent l'ostéopathie ou qui sont « ostéothérapeutes » et parmi les non-médecins, 5000 ostéopathes dont la moitié à une activité exclusive, les autres exerçant aussi la profession de masseur-kinésithérapeute, sans compter ceux qui sont actuellement en formation, suite à l'ostéopathe-boom et à la prolifération des formations d'ostéopathie, depuis la reconnaissance de l'ostéopathie aux non-médecin lors de la promulgation de la loi du 04 mars 2002 (article 75). L'enquête menée par Bailly (2005) confirme les résultats précédents en montrant l'émergence d'une nouvelle profession en marge des professions médicales, celle d'ostéopathes.

Selon une étude de démographie ostéopathique française menée par la Chambre Nationale des Ostéopathes et une étude menée par le ROF (Registre Ostéopathique Français) dont les résultats sont comparables, le pré requis médical ou paramédical de la profession d'ostéopathe est réparti comme ci-après.



Etude de démographie ostéopathique française (2006). Enquête réalisée par Serrot A., Fatou D.

Figure 1

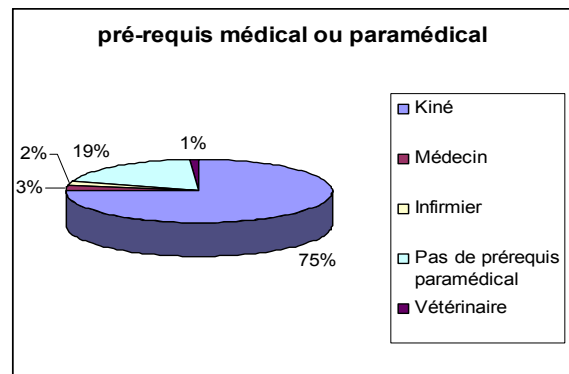


Figure 2

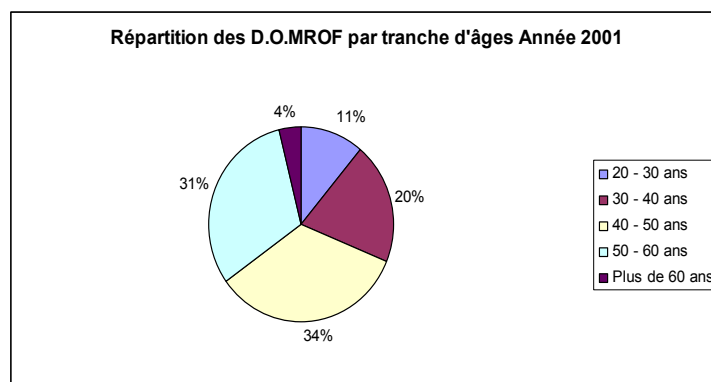


Figure 3

Extrait du mémoire intitulé « Les ostéopathes DO MROF dans le paysage ostéopathique français en 2001 » réalisé par Laurent MESSEGUER.

L'étude intitulée « La radioscopie 2000 des DO MROF » réalisée par Mme SOMODY NEPLAZ mise en ligne par le ROF (<http://www.osteopathie.org/up/fichiers/radioscopie-do-mrof.pdf>) montre que sur 591 membres et 7 retraités : 78% d'hommes pour 22% de femmes de l'origine 1981 à 2000 (88% d'hommes pour 12% de femmes de 1981 à 1990 et 74% d'hommes pour 26% de femmes de 1981 à 1990). La population des ostéopathes auraient tendance à se féminiser.

Bien que la formation temps plein ait tendance à prendre de l'ampleur surtout entre 1995 et 2000 avec 30% de temps plein pour 70% de formation par alternance, contre 0% de 1981 à 1985, la formation full time reste très minoritaire avec seulement 18% des adhérents en 1981 et 2000 ; L'âge moyen à réception du diplôme diminue, il est passé progressivement de 37 ans jusqu'en 1985 à 34,5 ans de 1996 à 2000. L'âge moyen d'installation suit à peu près la même courbe. L'âge moyen d'adhésion au ROF est quasi constant aux environs de 40 ans, âge qui correspond à la moyenne d'âge des adhérents qui oscille entre 38,5 et 42 ans selon les années. 75% des adhérents sont kinés 25% non kinés de 1981 à 2000 (89% des adhérents étaient kinés 11% non kinés de 1981 à 1985 et 63% des adhérents sont kinés 37% non kinés de 1996 à 2000).

Ces chiffres n'ont été validés par aucune instance, la légalisation des titres d'ostéopathe étant encore en cours. L'observatoire national des professions de santé et la DRASS n'obtiendront des chiffres précis et transparents qu'après inscription du titre par les professionnels. Malgré la grande recrudescence des ostéopathes non kinés ces dernières années, les trois-quarts des adhérents sont encore des kinés.

Ce constat est à l'opposé « des tentatives des sécessionnistes de la kinésithérapie qui en étaient arrivés à proclamer qu'il valait mieux ne pas être kinésithérapeute pour faire un bon ostéopathe ! » (Pastor, 2005).

D'ailleurs, Solère et Soyer-Gobillard (2004) soutiennent que « L'ostéopathe, comme le kinésithérapeute, sont capables d'appliquer des normalisations judicieuses en utilisant comme moyen de traitement, la thérapie manuelle. Cette façon de procéder nécessite dans certains cas d'avoir des connaissances spécifiques à l'ostéopathie. Lorsque c'est le cas, cette thérapie non forcée et exempte de médicaments, se différencie des techniques orthopédiques de la médecine physique classique et relève autant d'une approche thérapeutique en ostéopathie qu'en kinésithérapie ».

#### **En Europe :**

Il n'y a pas de statut officiel pour les praticiens belges, danois, espagnols, grecques, irlandais, italiens, norvégiens, néerlandais, portugais. Seuls l'Italie et le Portugal étudient un éventuel projet de réglementation.

La pratique est légalisée au Royaume-Uni où la profession d'ostéopathe est réglementée depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1993, en Suède où la pratique est reconnue avec certaines restrictions dans la pratique, en Allemagne pour les heilpraktikers (praticiens enregistrés par l'état), en Suisse, où elle est réglementée depuis le 21 novembre 2002 mais dans quelques cantons seulement.

« Au Royaume-Uni, les ostéopathes ont un statut de praticien indépendant consultant de premier rang au même titre que les médecins et les chirurgiens dentistes », [www.osteopathie.org/découvrir-osteopathie/osteopathie-aut...](http://www.osteopathie.org/découvrir-osteopathie/osteopathie-aut...) En 2004, ils sont environ 4000 à exercer légalement.

#### **Dans le monde :**

Aux Etats-Unis, la profession est réglementée depuis 1974 sous le titre de docteur en médecine avec exercice de la médecine sans restriction. En Australie, elle l'est depuis 1978 ainsi qu'en Nouvelle-Zélande.

Bien qu'il existe des registres d'ostéopathes dans de très nombreux pays comme au Québec, en Russie, au Japon et dans de nombreux autres pays, la réglementation de la pratique de l'ostéopathie dans le monde pour sa part n'est pas très importante et la situation juridique ne semble pas si simple. Et hormis le Royaume-Uni, les Etats-Unis et l'Australie qui ont une reconnaissance de la profession depuis de nombreuses années, les autres nations ayant une réglementation, ont tous des restrictions d'exercice. Cette reconnaissance de l'exercice tardive dans l'ensemble des pays est certainement un des freins majeurs maintenant à la légalisation et la réglementation. Trop de professionnels formés dans l'illégalité et dans des établissements non réglementés et non contrôlés, ne peuvent prétendre à un titre d'ostéopathe et pourtant ils ont été formés et comment faire la différence, que faire de ces personnes ?

#### **2.1.5. Contexte légal de l'ostéopathie**

Petits rappels de Pastor (2005), avant la légalisation du Titre d'ostéopathe : « Le ministère de la santé et la direction générale de la santé (DSG) tient à ce que, conformément au texte de loi, l'exercice de l'ostéopathie soit réglementé et que seuls *des professionnels issus du champ de la santé* soient en mesure d'assurer cette sécurité sanitaire auprès des patients ». Après l'adoption du 2<sup>ème</sup> rapport LANNOYE sur les « médecines alternatives », le 28 mai 1997 par le parlement Européen suivie en 1999 par une commission de l'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, la Loi de mars 2002 (article 75) a donc rendu légale la pratique de l'ostéopathie et de la chiropraxie s'exprimant par le titre d'ostéopathe et/ou de chiropracteur. « Il reste maintenant à définir quels sont les champs d'investigation de ce nouvel exercice, quelles conditions d'accès du patient vers les praticiens et la prise en charge éventuelle par l'assurance maladie et/ou le système mutualiste ». Le parcours du patient sera-t-il comme celui du médecin spécialiste avec un accès direct possible conditionné à une éventuelle prise en charge ? Si prise en charge il y a fera-t-elle partie de l'enveloppe de soins de la masso-kinésithérapie ? ». Suite au revirement de situation de la part des politiques, « Les organisations professionnelles signataires qui réclamaient unanimement, pour le port du titre d'ostéopathe, un pré requis médical ou paramédical se déclarent hostiles aux intentions du Gouvernement de créer et reconnaître un premier cycle de formation autonome à l'ostéopathie post baccalauréat » ... Ils n'admettent pas la résolution hâtive préélectorale, souhaitent prévenir le risque de dérive commerciale des prestations de santé et demandent le retrait pur et simple de ce projet de décret en préalable à une véritable concertation avec l'ensemble des professionnels de santé, Gougeon (2006). En



attendant, l'ostéopathie étant reconnue aux médecins et aux professionnels de la santé, le vide juridique concernant ses modalités d'application rend sa pratique possible auprès de tout patient qui le souhaite même au sein des établissements hospitaliers ou instituts de soin.

Bien que pratiquée depuis longtemps par les professionnels de santé et essentiellement par les masseurs-kinésithérapeutes (plus de 75%), les décrets d'application pour leurs parts sont parus très tardivement, le 25 mars 2007. La France, bien qu'ayant mis en place cette réglementation, reste dans une situation professionnelle et juridique délicate.

- **L'article 75 de la loi du 4 mars 2002.**

« L'article 75 de la loi du 04 mars 2002 relative au droit du malade reconnaît officiellement les titres d'ostéopathe et de chiropracteur ». Bien que nécessaire, cet article à lui seul est insuffisant à une prestation de qualité et de sécurité auprès des patients. Les ostéopathes « ni-ni » qui n'ont aucun pré requis médical ou paramédical se voient accorder un accès direct alors que les masseurs-kinésithérapeutes qui ont fait leur preuve, qui ont une expérience reconnue depuis 1946 (date de légalisation du diplôme de masso-kinésithérapie) restent subordonnés aux prescriptions médicales.

Sur quelles démarches scientifiques, sur quels critères de sécurité, sur quels critères de qualités, les Autorités ont-elles légiféré ?

- **Droit des patients : loi du 04 mars 2002**

Dans le cadre de la loi du 04 mars 2002 (code de la santé publique) et selon l'article L.1111-2, « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence, éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que les autres solutions possibles et sur les conséquences en cas de refus. (...) Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences. (...) La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. (...) » (Gatto & Ravestein2008). Que l'on soit professionnel de santé masseur-kinésithérapeute, médecin ou ostéopathe, cette loi nous incombe dès lors que nous sommes professionnels de santé. Là encore qu'en est-il pour les ostéopathes non professionnels de santé ?

Dans l'article L.1111-4 la Loi du 04 mars 2002 ordonne : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé (...). Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être réalisé

sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut-être retiré à tout moment. (...) l'examen d'une personne malade dans le cadre d'un examen clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre » (Gatto & Ravestein 2008). Aucun geste, aucune démarche ou aucun suivi ostéopathique ne devrait plus être réalisé sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut-être retiré à tout moment par le patient lui-même. Cet article sous-entend que la démarche soit également centrée sur le sujet et que « le patient doit passer d'un statut d'agent devant se soumettre, à un statut d'auteur de son traitement et de sa santé » (Ramin & Gatto, 2003).

En tenant compte des attentes, des demandes et des projets de santé du patient, en l'aidant à améliorer les connaissances de sa pathologie ou dans le cas de l'ostéopathie de ses déséquilibres et dysfonctions, en l'accompagnant dans sa compréhension et ses possibilités d'action sur son corps, sur son environnement et son travail, l'ostéopathe peut contribuer à améliorer la santé des patients. La dysfonction ostéopathique étant comprise entre la maladie et la non maladie, en l'aidant à se prémunir des états de dysharmonie, les patients pourront mieux lutter contre leurs troubles fonctionnels et retrouver un état de mieux-être. Ce courant de pensée me paraît bien transposable à la professionnalisation et à la démarche de compétence des professionnels de santé pratiquant l'ostéopathie.

- **Les décrets d'application et autres législations concernant l'ostéopathie**

La parution au JO des décrets n° 2007-435 et n° 2007-437 ainsi que des deux arrêtés du 25 mars 2007, l'un relatif à la formation en ostéopathie, à la commission d'agrément des établissements de formation et aux mesures dérogatoires, et l'autre relatif à la composition du dossier et aux modalités d'organisation de l'épreuve d'aptitude et du stage d'adaptation prévues pour les ostéopathes, réglementent la profession.

Pourquoi avoir reconnu des ostéopathes sans pré requis ? Sur quel socle ont-ils validé la formation : les pré requis qui ont évolué avec ceux de la médecine, de la masso-kinésithérapie ou avec ceux d'une nouvelle profession qui se veut sans lien avec le passé, sans histoire, sans savoirs savants et sans expérience ?

Les dissidences et le séparatisme dont semblent faire preuve un certains nombres d'écoles ou de centres de formation en ostéopathie sont peut-être la conséquence de l'absence de consensus et de l'oubli de tout le vécu (histoire, fondements, fondateurs, évolution...). Cette modeste étude permettra de montrer ou non la multitude de comportements des ostéopathes et quels sont les

professionnels qui répondent aux besoins actuels d'améliorer les comportements, les modes de vies et la santé des patients par la prévention et l'éducation en santé des patients.

Pour l'obtention du titre d'ostéopathe, les institutions syndicats des professionnels de santé surtout des masseurs-kinésithérapeutes ainsi que l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes restent pour des raisons évidentes de sécurité sanitaire très fidèle à un pré requis de formation par les études médicales ou de masso-kinésithérapie contrairement à ce que prévoit l'article 75 de la loi du 4 mars 2002.

Certains réformistes promulguent une reconnaissance absolu des non professionnels de santé (Les NI-NI : ni médecins, ni kinésithérapeutes) aux détriments d'un certain nombre de confrères masseurs-kinésithérapeutes (MK-ostéo) qui n'ont pas demandé ou qui n'ont pas encore reçu d'autorisation ou qui se voient opposer un refus. Ces « MK-ostéo » vont se retrouver en exercice illégal alors qu'ils pratiquent cette technique depuis des années (expérience professionnelle plus avancée que les jeunes diplômés qu'ils soient ou non « NI-NI »).

Malgré leur longue expérience, les conditions requises et leur popularité, certaines écoles ou formations d'ostéopathie n'ont toujours pas reçu d'accréditation ou se sont vues refuser l'accréditation. Comme le souligne, Wallon (2008), « Que s'est-il donc passé pour qu'une telle pagaille s'instaure ? ».

« Ce problème de formation analogue soulève bien des questions : comment en effet distinguer ce qui relève du geste et de la technique, d'une part, et du titre et de l'exercice spécifique d'autre part ? Qui peut prétendre à ce titre ? Comme le constatent Bruge et Fillon, « les champs de compétences très mitoyens de la kinésithérapie et de l'ostéopathie laissent en friche de nombreuses questions » (Wallon).

Il semble nécessaire d'encourager les démarches de recherches, de compétences, de réflexivité et de questionnement pour continuer à créer et investir cette apparence de professionnalisation de l'ostéopathie. L'ostéopathie doit faire ses preuves et se construire et être validée sur des bases scientifiques, non sur du charlatanisme.

- **L'Ordre de Masseurs-kinésithérapeutes et Code de la santé publique:**

Le Masseur-kinésithérapeute en exercice mixte (MK-Ostéo) ou en exercice exclusif (Ostéopathe) est soumis au Code de la santé publique.

L'appartenance du MK aux professions de santé et son inscription à l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes l'oblige selon la loi du 04 mars 2002 à fournir au patient une information claire

et précise de son état de santé et des risques encourus, du diagnostic et du traitement avec le consentement du patient et le partage de ses choix éclairés.

Selon Libert (cité par Wallon), les Masseurs-kinésithérapeutes qui n'auraient pas demandé l'autorisation d'exercice, « sont passibles d'exercice illégal de la Kinésithérapie s'ils ne sont pas inscrits à l'Ordre, ou de l'ostéopathie s'ils n'ont pas demandé l'autorisation du titre. Aujourd'hui, entre l'inscription ou non à l'Ordre, la couverture ou non par une assurance, les risques sont plus élevés, sans parler d'une éventuelle plainte d'un patient ».

Les médecins, tout comme les masseurs-kinésithérapeutes doivent répondre à un certain nombre de critères de sécurité. Comment se fait-il que les masseurs-kinésithérapeutes soient toujours sous prescription, alors que des ostéopathes « ni-ni », non professionnels de santé ont obtenu un accès libre aux soins quand bien même leurs soins soient considérés uniquement « préventifs »? D'ailleurs, ces professionnels ont-ils des compétences pour faire de la prévention, de l'éducation en santé, ont-ils une démarche de soins éducative auprès des personnes qui les consultent ?

## **2.2. LA SANTE PUBLIQUE**

### **2.2.1. Définition de la santé selon l'OMS**

L'OMS (1946) a d'abord défini la santé comme : « un état complet de bien-être physique, mental et social et pas seulement comme absence de maladie ou d'infirmité » (Gatto, 2005). Pendant la seconde guerre mondiale, la biologie avec l'apparition des antibiotiques, de la génétique... a fait basculer la pratique médicale essentiellement clinique vers une pratique curative de la « médecine triomphante » guérissant essentiellement l'organe malade. « Pour les médecins, la santé était définie comme la non maladie ». L'ostéopathie en considérant que son action se situe entre « la maladie » et « la non-maladie » ne peut donc répondre à une telle démarche de soins ou de santé biomédicale, elle ne peut être considérée comme une technique guérissant l'organe malade.

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986) a défini la promotion de la santé comme le moyen de conférer et d'assurer aux populations une plus grande maîtrise de leur santé et la possibilité de l'améliorer où « la santé est donc perçue *comme une ressource de la vie quotidienne* et non comme un but de la vie. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vies sains pour viser le bien-être ». Cette définition peut englober la démarche ostéopathique qui vise

l'homéostasie, l'harmonie par le retour à l'état d'équilibre de l'individu où le dysfonctionnement ostéopathique est compris entre un état de maladie et de non maladie et où le soin s'adresserait essentiellement à l'individu non malade.

Les individus ou groupe d'individus doivent pouvoir identifier et répondre à leurs ambitions, satisfaire leurs besoins et évoluer avec leur milieu ou s'y adapter. Le fait que l'ostéopathie ne soit pas reconnue et donc prescrite n'amène-t-il pas la personne à réfléchir sur son état de bien-être et d'identification de ces dysfonctionnements et à envisager leur amélioration par cette thérapie ? Reste à savoir si la majorité des consultations répondent effectivement à ces critères ?

En 1998, l'OMS, consciente des problèmes de santé et des insuffisances de cette médecine curative, préconisera : « l'éducation devrait être orientée vers les besoins de santé de la population et des patients et ceux qui apprennent doivent progressivement devenir les architectes de leur propre éducation » (Gatto, 2005). « L'évolution des schèmes de la vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de la rendre plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables » (Charte d'Ottawa, 1986).

Selon Gatto (2005), « La définition est orientée sur les déterminants de santé et pas uniquement sur la maladie ». L'approche thérapeutique qu'il propose est de « passer d'un système de soins où la maladie est au centre du dispositif de santé à une génération de soins où la santé serait vers par l'équilibre dynamique et évolutif entre la population et son environnement » (Gatto, 1999-a). La démarche ostéopathique répond-elle à cette définition ? Les ostéopathes possèdent-ils les moyens et leur attitude prend-elle le sens recherché par la promotion de la santé ? Comment évaluent-ils les progrès de leurs patients ?...

### **2.2.2. Les déterminants de la santé**

« Selon les données de santé publique, la santé est déterminée par les soins curatifs, le niveau socioprofessionnel, l'alimentation, l'hygiène de l'eau, les souffrances, le stress, la confiance en soi, l'estime de soi, les revenus, le logement, la justice sociale, l'éducation, l'écosystème, les loisirs, le travail, l'environnement, les comportements et les modes de vie. Les comportements et les modes de vie constituent les déterminants majeurs de la santé de la population. Les soins curatifs ne constituent qu'un déterminant parmi d'autres » (Charte d'Ottawa).

« Les données actuelles de santé publique soulignent l'importance du savoir et des comportements des individus malades ou non (utilisation de médicaments, utilisation de produits toxiques, soins apportés au corps, comportement automobile, comportement alimentaire et

comportement sexuel, gestion des souffrances...), comme des déterminants majeurs de leur santé (Haut comité de santé publique, 1999, Leclerc, Fassin et Grandjean 2000 et Hirsch, 1996) » cité par Gatto (2005).

Les habitudes et les comportements des individus sont difficiles à déstabiliser car souvent profondément ancrés dans l'existant. Il est préférable de chercher à les modifier plutôt que de les supprimer tout en recherchant à faire évoluer chaque personne vers une responsabilisation de sa santé sachant que les savoirs pour être appris et éduqués doivent être utiles, dévoilés et convertis, à la portée des patients et les actions entreprises doivent permettre à chaque personne de vivre et d'évoluer avec son environnement.

*Les déterminants majeurs* de la santé de la population sont constitués par les comportements et les modes de vie. Les démarches de santé doivent être orientées selon les possibilités de chaque profession vers l'autonomisation et la responsabilisation des individus au travers de l'éducation et de la relation éducative basée sur le dialogue, la communication, la confrontation et la régulation complexe, le traitement thérapeutique n'étant qu'un facteur parmi d'autres.

Longtemps restée une activité de soins non réglementée, bien qu'un agrément ait permis sa légalisation, l'ostéopathie et ses diverses pratiques soulèvent en conséquence des sujets de divergence (écoles, cursus de formation et reconnaissances diverses, langages différents, pratiques multiples et variées) et pour le moment ne peut permettre son inscription au registre des professions de santé. L'ostéopathie dans sa législation actuelle peut permettre toute dérive commerciale et marchande. L'enjeu de l'ostéopathie, c'est aussi l'enjeu du patient, l'enjeu de la santé publique. Les patients veulent et doivent avoir affaire à des spécialistes compétents qui peuvent évaluer leur problème de santé, prévenir les risques et communiquer entre professionnels de santé. Les « Ni-Ni », non professionnels de santé et non soumis au secret professionnel n'ont donc pas cette capacité et cette compétence.

La pratique de manière intégrale ou au contraire de façon mêlée au cours des soins médicaux ou kinésithérapiques, la pratique avant même la légitimation de la profession et la promulgation des décrets de compétences, l'absence de règles juridiques, la non prescription des actes thérapeutiques, ont-elles influencé plutôt une posture d'auteur ou d'agent ?

Sont-ils plutôt des techniciens, des experts de l'ostéopathie ou occupent-ils une position de consultants, d'éducateurs accompagnateurs de la santé au cours des soins thérapeutico-éducatifs décidés et inventés avec le patient ? Ont-ils une approche plutôt mécaniciste où le soin est sensé soigner le patient morcelé en restaurant l'organe en dysfonction au même titre que le mécanicien

répare une des pièces défectueuses d'une automobile? Ou au contraire ont-ils une approche plus holistique de l'individu où les dysfonctions ne sont qu'une partie intégrante du soin et où l'accompagnement de l'individu prévaut pour une meilleure considération de la personne dans sa globalité et dans son contexte de vie. Selon les termes employés par Vial, guident-ils ou accompagnent-ils le patient dans sa démarche de santé ?

Je souhaite m'intéresser aux attitudes, aux savoirs et savoirs faire en éducation que les professionnels de l'ostéopathie développent au cours de leur pratique. Et existe-t-il des différences de profil des professionnels exerçant l'ostéopathie selon leur cursus de formation et leur catégorie professionnelle ? Les ostéopathes sont-ils des professionnels compétents, sont-ils formés à l'évaluation, à l'éducation, dans quels domaines de santé s'inscrivent-ils préférentiellement: curatif ou global complexe ? Quels comportements adoptent-ils auprès des patients ? Auprès des autres professionnels de la santé ?

Gatto et Ravestein (2008) soutiennent que « L'éducation a pour fonction essentielle d'aider à la socialisation des personnes, se poursuit toute la vie et ses effets sont mesurables par un gain d'autonomie des individus dans un contexte, dans une société. Il s'agit d'aider les malades et les non-malades à gagner en autonomie, en pouvoir, en responsabilité par rapport à leur traitement et à leur santé ». D'ailleurs, « La loi du 04 mars 2002 relative au droit du malade et à la qualité du système de santé ordonne à chaque masseur-kinésithérapeute de placer le patient en qualité de coauteur de l'évaluation, des objectifs et des programmes de rééducation ». Les professionnels de santé ostéopathes répondent-ils à cette demande ?

Les ostéopathes possèdent-ils les connaissances, les savoir-faire et les attitudes issus du champ de l'Education et de la Santé pour pouvoir se placer en qualité de coauteurs du soin, pour pouvoir s'adapter aux besoins et aux demandes des personnes malades ou non-malades ? Là encore existe-t-il des différences selon le cursus de formation initiale médecins, masseurs-kinésithérapeutes, autres (« NI-NI », autres paramédicaux) et selon le type de formation suivie universitaire (exemple : D.U. de médecine manuelle ou autres diplômes et autres disciplines notamment licence, master, doctorat en sciences humaines et sociales).

« Si le travail de problématisation pratique est incontournable, le passage par les théories et les modèles est indispensable » ... « Les théories qui permettent d'éclairer une problématique de recherche en soins et santé sont plurielles » (Eymard, 2003).

### 3. PROBLEMATIQUE THEORIQUE

Je citerais Solère et Soyer-Gobillard (2004) qui affirment qu' « En considérant l'appartenance de l'ostéopathie et de la kinésithérapie aux sciences de la motricité, de la réhabilitation fonctionnelle et de la santé, que l'élargissement des connaissances dans ce domaine apportera les preuves scientifiques qui font défaut à l'enseignement de l'ostéopathie et de sa reconnaissance » d'où la nécessité effectivement de produire des travaux de recherches validés, signe de scientificité indispensable à la considération de l'ostéopathie et à son enseignement à l'aide de modèles thérapeutiques admis par la science.

« Il faut se rappeler que chaque science cherche à rendre compréhensibles les phénomènes qu'elle étudie. Rendre compréhensible un phénomène, c'est lui donner du sens dans un contexte d'autres connaissances préalablement acquises et rassemblées en « théories » Muchielli (2007). Dans cette étude, il ne sera pas recherché une quelconque « réalité à l'identité ». Il sera trouvé certes un sens à cette identité tributaire de référents théoriques ainsi utilisés.

Bien que l'ostéopathie se veuille plus holistique, plus globalisante (avec le lien des diverses techniques complémentaires et la vision moins morcelée du corps humain) et plus autonome (avec l'accès direct aux soins), les aspects d'évaluation, d'éducation, de conceptualisation du soin ne semble pas suffisamment développés pour pouvoir répondre à une démarche de promotion de la santé. « J'ai entrepris de me former à l'ostéopathie, réponse du moment au manque ressenti. L'abord holistique était censé me permettre de rechercher plus en amont l'origine lésionnelle, autorisant de manière prémonitoire et enviée l'accès au diagnostic différentiel du dysfonctionnement, source d'autonomie d'action. J'étais alors animée de cette volonté inconsciente de maîtrise et de contrôle sur un sujet en souffrance que l'on souhaitait voir passif et soumis. Nous restions encore dans le paradigme biomédical et curatif de la médecine triomphante, cette vision restait parcellaire, encore plus analytique que la masso-kinésithérapie, malgré sa recherche de type globaliste des chaînes lésionnelles montantes et descendantes. Qu'en était-il du vécu du dysfonctionnement ? Comment celui-ci s'était-il installé ? Dans quel contexte écologique évoluait-il ? Quels étaient les processus bio-psycho-sociaux mis en œuvre dans le recouvrement de la santé ? Quel était le projet du patient ? » (Pastor, 2004-a).

Pour répondre à une démarche pas forcément de soins, l'ostéopathie n'étant pas considérée comme un soin et plutôt comme une démarche préventive avec une « prise en charge des dysfonctionnements de mobilité du corps humain » (Pastor, 2004-b), les professionnels doivent répondre à un certain nombre de critères pour pouvoir évoluer dans et avec le système de santé.



L'ostéopathie, réponse actuelle de santé demandée et recherchée d'ailleurs par les patients pour les aider à mieux vivre, se doit, bien qu'elle soit aujourd'hui reconnue et légiférée, de montrer ses domaines de validité et de compétences pour ne pas redevenir obsolète et mystérieuse voir occulte et ésotérique (époque vécu avant STILL). Je souhaite par cette recherche aider les professionnels et ultérieurement les étudiants en ostéopathie à évoluer d'une démarche de professionnalité où seul l'aspect technique est privilégié vers la phénoménologie, la démarche de professionnalisation et de recherche, où les aspects relationnels avec le patient, avec les confrères, avec les autres professionnels de santé, où la conceptualisation dans le soin et l'accompagnement du patient dans son parcours de santé permettront l'autonomisation de la profession principalement en s'inscrivant dans un cursus universitaire.

### **3.1. L'IDENTITE**

*La pratique de l'ostéopathie douce n'est pas constitutive d'un délit pour le kinésithérapeute.*

Cour de cassation du 12/11/97 ; n° H-96685950D (cité par Solère & Soyer-Gobillard, 2004) où « De nos jours, cette façon de prendre soin de toute entité et de donner des soins dans le cadre d'un problème non organique, n'est plus taxée de médecine illégale pour les kinésithérapeutes...A partir du moment où le kinésithérapeute comme le médecin font preuve que ce sont les connaissances dans le domaine scientifique qui justifient le choix exact ou le prolongement judicieux entre deux approches différentes, l'intégration de l'ostéopathie est de règle : l'attribution de l'ostéopathie aux seuls ostéopathes, celle de la seule rééducation fonctionnelle aux seuls kinésithérapeutes et celle de la seule capacité à diagnostiquer et à soigner aux seuls médecins, n'est plus recevable ». Ils soulignent qu'en l'absence de décrets d'application de la loi concernant la reconnaissance du titre d'ostéopathe, l'« orientation en ostéopathie » et la « capacité d'exercice » sauront-elles garantir au kinésithérapeute l'intégration dans sa pratique de certains modèles thérapeutiques en ostéopathie ?

Mucchielli, en 2007 dit que : « l'identité d'un acteur social, c'est la réponse apportée à la question : qui est cet individu, ce groupe ou cette culture ? La réponse peut être apportée par le sujet lui-même ou un partenaire ». Qui sont les ostéopathes ?

« En s'éloignant du rôle prescrit, se construit une personne professionnelle dans un processus d'appropriation. ...L'acteur se fait auteur » (Renauteaud, cité par Izard, 2006). L'ostéopathie étant une activité non prescrite, favorise-t-elle cette posture d'auteur. Les ostéopathes sont-ils prêts à assumer cette posture ? Existence-ils des différences selon leur statut de référence ?

### 3.1.1. Le concept d'identité

Dans son triptyque Ardoino a défini trois postures possibles qui correspondent à celles d'agent, d'acteur et d'auteur. L'*agent* soumis est celui qui exécute une tâche qui lui a été prescrite ou spectateur qui subit une action (la personne n'est pas prise en considération et n'a aucun pouvoir de décision, elle respecte la prescription). Pour l'ostéopathe cette posture correspond à celle d'application de techniques et de protocoles instruits par la formation d'ostéopathie faisant référence essentiellement au champ de la technique et de la thérapeutique (médical, biomédical, ostéopathique). L'*acteur* restitue le travail demandé par des comportements adaptés, il est pourvu de conscience et d'initiative et il possède une marge de manœuvre. Selon Pastor, capable de stratégies, il interprète le texte écrit pour lui (ce que font la majorité des masseurs-kinésithérapeutes qui interprètent les recommandations et les prescriptions). L'ostéopathe modifiera les techniques et les protocoles aux situations distinguées. L'*auteur* invente, crée, innove en étant à la source et producteur de sens. Il est initiateur de projets, il développe lui-même des savoirs nouveaux. Il s'autorise, il est autonome et responsable. « C'est celui qui réussit à se situer lui-même comme étant à l'origine, à la source de son propre devenir ». Le professionnel de l'ostéopathie en se référant à une ou plusieurs théories ou modèles des champs scientifiques, va co-inventer avec le patient (lui-même coauteur) un projet de soins singulier.

L'ostéopathie de part son accès direct aux soins laisse toute la latitude aux ostéopathes d'être auteur et de s'inscrire dans une telle démarche. Les médecins, les ostéopathes ni-ni n'ayant jamais été prescrits contrairement aux masseurs-kinésithérapeutes devraient être systématiquement en posture d'auteur. Qu'en est-il réellement ? L'innovation est attirante et intéressante mais nous l'avons vu précédemment pour être valide, elle doit être régulable par les sciences, par la déontologie et éventuellement par un consensus professionnel pour ne pas tomber ni dans l'ésotérisme, ni le charlatanisme, ni dans une activité marchande (ce qui n'est pas le cas actuellement pour les ostéopathes « ni-ni »).

Pastor (2004-a) : « dès nos premières approches sémantiques, nous constatons que le mot identité recouvre à la fois une dimension de similitude et de différenciation, de la singularité à l'altérité, être « le même et l'autre » (Rosé, 1996, cité par Pastor), selon un paradoxe total. Répondre à la question d'identité fait naturellement référence à l'individu, à son groupe d'appartenance, à la société » et que par définition, le concept d'identité n'est pas figé et se transforme avec le contexte, la maturation, l'évolution de la société....

Comme le dit Muchielli (2007), le paradigme de la complexité permet de dépasser « la morcellisation des approches et des définitions de l'identité » et de « proposer une vision générale et nouvelle du phénomène identitaire qui puissent englober et dépasser les diverses théories et définitions connues de l'identité ». L'identité des ostéopathes est toujours en construction et doit évoluer pour consentir l'accès direct à tous, tout en garantissant la sécurité et la qualité des soins aux patients. Cette garantie pourrait s'établir par l'évaluation des dispositifs de formation qui est en cours, et par l'évaluation des pratiques professionnelles des formateurs et des professionnels de l'ostéopathie.

Il est difficile de parler de concept d'identité sans évoquer les *crises identitaires* qui « sont aussi des réactions à ces nouvelles exigences sociétaires : construire son identité personnelle, être soi-même, se réaliser, être compétent et performant, etc. Les effets déstabilisateurs sur les subjectivités de cette mise en question et ces exigences ont été inventoriés dans la vie privée, professionnelle ou dans l'espace public. Ils sont inséparables des transformations des rapports sociaux et des formes de relations interpersonnelles, des modalités de la relation à l'autre » Dubar (2000).

### **3.1.2. Identité et crise d'identité des professionnels pratiquant l'ostéopathie**

Bien que l'étude démographique montre une proportion négligeable de médecins pratiquant l'ostéopathie et que celle-ci fut longtemps bafouée par leur profession, les médecins argumentent sur les avantages de leur profession et sur leur légitimité dans ce domaine.

Selon la FFMKR, <http://ffmkrsud.org>, 20% des Masseurs-kinésithérapeutes pratiqueraient l'ostéopathie (mais qu'entend-t-on par ostéopathie et quels cursus a été effectué ?) et 7000 à 8000 kinésithérapeutes seraient déconventionnés pour pratiquer l'ostéopathie.

« L'importance du nombre de kinésithérapeutes entrant en formation d'ostéopathie interpelle. Le fait de rechercher d'autres références professionnelles n'est pas anodin dans l'histoire personnelle d'un individu. Mais au-delà des facteurs individuels, les raisons de ces changements pourraient impliquer la profession entière » : une enquête menée auprès d'étudiants MK en ostéopathie et une investigation dans la littérature réalisées par Tardivat (2004) qui cherchait à déterminer les facteurs de motivation des masseurs-kinésithérapeutes à se former à l'ostéopathie ont montré que : l'intérêt économique, le statut social, la réponse technique, l'évolution professionnelle, l'autonomie professionnelle, l'évolution sociale, la demande des patients, le

phénomène de groupe, le décalage entre le milieu libéral et la formation reçue initialement, la recherche de concepts...sont impliqués dans le choix à se former en ostéopathie.

La motivation à être ostéopathes ou professionnels pratiquant l'ostéopathie serait donc plurifactorielle et complexe. Bourgeois et Nizet (1999), cités par Tardivat, informent que « L'engagement de l'adulte en formation s'inscrit dans une histoire, une trajectoire de vie de la personne ». Un projet personnel, professionnel et/ou social sous-tend la décision pour l'adulte de se former. Les bénéfices recherchés sont généralement les savoirs, les savoir-faire, les diplômes...et également un sens nouveau, des attitudes nouvelles, un nouveau savoir être. A ce propos, il serait intéressant de savoir si c'est l'approche holistique de l'ostéopathie qui est recherchée ou se développe-t-elle avec la formation ?

« L'engagement en formation s'inscrit dans des moments de « tournants », de mutation, de rupture d'équilibre dans l'histoire d'un individu sujet. Il s'agit de moments de « crise » non seulement sur le ...plan... des pratiques mais également, le plus souvent, sur le plan de l'identité, c'est à dire de la représentation de soi, comme système de significations et de valeurs » Tardivat (2004).

Pastor (2004-b) souligne en ce sens qu' « Il est vrai que nous sommes vraisemblablement coupables d'avoir été trop légalistes en nommant nos formations « thérapie manuelle » là où nous aurions dû revendiquer le label « ostéopathie »...Il faut reconnaître l'option identitaire de ceux qui n'ont pas souhaité perdre ce label « ostéopathie » et qui se sont engagés dans cette voie de l'autonomie ».

Avant 2002, les MK « ayant suivi une formation à l'ostéopathie souhaitaient une reconnaissance statutaire et financière de leurs engagements. Il y avait ceux qui désiraient exercer une activité mixte, en et hors convention et ceux qui prônaient une activité totalement déconventionnée. Aujourd'hui, cette ligne de tension est devenue une ligne de scission, qui risque de devenir le gouffre où s'abîmera cette chance qui est la nôtre ; réussir la greffe entre nos deux cultures ».

Avant même cette notion de création d'une *formation indépendante de l'ostéopathie* qui divise les professionnels de l'ostéopathie, l'objet commun n'était-il pas avant tout une recherche *d'autonomie d'exercice* et d'identité propre? L'enquête de Tardivat en 2004, montre d'ailleurs qu'hormis le besoin de combler un « manque de concepts en rapport à la formation initiale » et en lien avec la difficulté rencontrée face aux pathologies et à la réalité du libéral, qu'il existe « un désir de conformation à un groupe » en rapport avec la peur de ne pouvoir y être intégré et l'envie d'identification elle même liée au besoin d'« être comme l'autre qui incarne un modèle à

atteindre ». L'ostéopathie s'inscrit peut-être comme une forme de « reconnaissance aux yeux de ses pairs ». Elle permet également « aux kinésithérapeutes de sortir de la sujétion médicale » et de répondre partiellement à leur besoin d'autonomie.

Mais ce clivage ne reflétait-il pas simplement, comme le souligne Gatto (2006), la peur de perdre du territoire et/ou de l'inconnu, la résistance à l'acceptation psychique à supporter ce changement de statut et de responsabilité alors que l'ambition commune n'était-elle pas et ne reste-t-elle pas de « ne plus travailler par délégation » et pouvoir « enfin être rémunérée à sa juste valeur ».

C'est en prenant conscience et en reconnaissant nos faiblesses et nos limites sans nous inferioriser que nous pourrions en tant que professionnel de la santé et non comme charlatans ou rebouteux nous émanciper.

La pression des patients eux-mêmes par un besoin de plus de liberté, par leurs demandes de ce type de prestations est initiatrice de la démarche de soin comme celle de l'ostéopathie. Ils n'ont ainsi plus besoin d'intermédiaires entre eux et le thérapeute, ils n'ont plus à se justifier pour consulter, ils consultent quand ils le désirent et quand ils en ressentent le besoin, ils sont bien plus autonomes et ils gèrent leurs besoins et leurs demandes : ils doivent donc être plus responsables de leur état de santé. Une étude concernant les attitudes des patients pourrait être intéressante.

L'ostéopathe semblerait donc à l'origine de son propre devenir et en se positionnant ainsi il aiderait son patient à devenir co-auteur de son projet de santé. Qu'en est-il réellement si l'on confronte les savoirs, les savoir-faire et les attitudes de ces professionnels aux modèles de la posture, l'éducation, de l'éducation en santé, de l'évaluation ?

Gatto (2006) souligne que « les MK produisent sur des problématiques professionnelles de nouveaux savoirs et de nouveaux savoir-faire » par l'intermédiaire des actions de formation et de recherche réalisées en Master puis en Doctorat organisés et proposés par l'université de Provence et par l'université de Corse en partenariat avec des instituts de formation en santé, « la profession de MK est mature pour ne plus travailler par délégation de savoirs et pourra enfin être rémunérée à sa juste valeur dès que nos tutelles le décideront. La kinésithérapie peut enfin muter d'un statut d'agent prescrit à un statut d'auteur-prescripteur (accès direct, prescription de tâches simples à de nouveaux métiers de la santé...) ». Que la mutation de l'ostéopathie s'opère ou non par l'intermédiaire de la formation initiale de masso-kinésithérapie, il semble qu'elle ne pourra

franchir ce cap d'autonomisation qu'à l'instar de l'universitarisation de la formation et de la recherche au même titre que la kinésithérapie. Ne serait-il pas nécessaire de partager les valeurs et les projets communs de qualité de soins et d'attention et d'approche globale du patient avec nos confrères masseurs-kinésithérapeutes pour accéder ensemble à une discipline de professionnels de santé même si l'approche technique diffère.

### **3.2. LA PROFESSIONNALISATION**

Selon Vial (1995) cité par (Soler, 2006) « Toute la complexité du projet professionnel s'exprime, en effet, dans ce pas de deux où chacun va à la rencontre de l'autre : la société avec ses institutions (l'Ecole, le Travail), et l'individu avec sa singularité (ses besoins personnels, ses désirs, ses attentes, ses goûts) ». Sans oublier que « le projet de formation est au service du projet professionnel » (Vial, 2000 cité par Soler, 2006). Le projet s'inscrit dans un processus de développement, de travail sur soi continu. Pour Vial (1995), cité par (Soler, 2006), le « projet va avec une conception de l'humain comme vie d'emblée inscrite dans le changement. Etre homme, c'est être en éternel devenir ». Pour Ardoino (1986), cité par (Soler, 2006), « le projet est tout d'abord une intention philosophique ou politique, une visée, affirmant, de façon quelque peu indéterminée, indéfinie, si ce n'est infinie, des valeurs en quête de réalisation ».

Le projet s'articule autour du projet visée, le « pourquoi du projet » avec son intention et le projet programmatique, le « comment du projet » avec sa faisabilité.

L'enquête de Bailly (2005) montre d'une part que « les ostéopathes non médecins qui construisent la profession sont en quête d'une identité sociale et professionnelle, et d'autre part qu'ils s'inscrivent dans une dynamique de *professionnalisation*. Ils s'opposent à la *subordination* aux médecins et demandent un statut équivalent à celui de chirurgiens-dentistes qui autoriseraient, avec des compétences délimitées, un exercice autonome. Malgré les conflits avec les médecins, les ostéopathes non médecins ont construit la profession sur le modèle des professions établies. Pour tenter d'obtenir la légitimité de leur pratique, ils interpellent encore aujourd'hui les politiques dans les différents gouvernements ».

A l'instar de nos confrères, collègues ou pairs selon où l'on positionne l'ostéopathie, « l'apparition d'objets nouveaux dans la formation des kinésithérapeutes, comme le « travail écrit » et le « diagnostic kinésithérapique » traduit l'existence du processus de professionnalisation » cher à l'émancipation professionnelle par l'écriture de Signeyrole (2004-b). Mais comme le montre la résistance, les difficultés d'acceptation psychique des MK à supporter le droit de prescription obtenu le 13 janvier 2006, la mise en place d'un conseil de

l'ordre depuis 2005, tous les professionnels de l'ostéopathie ne sont peut-être pas enclins à accepter ces changements.

« En effet réduire les pratiques à une technique ou même à un ensemble de techniques, appauvrit la réalité »... « Car, tout professionnel dans le cadre de son exercice, estime le bien-fondé de son action, décide d'objectifs, informe son patient, choisit et adapte des techniques comme sa propre gestualité, établit une relation singulière, s'informe... Les compétences complémentaires à la technicité proprement dite, ont pour conséquence « d'ouvrir » le champ professionnel, de l'étendre et d'en faire apparaître la réelle complexité » (Signeyrole, 2004).

Comme le dit Signeyrole (2004-b), l'écriture et son cortège sont « des outils permettant de provoquer l'appropriation, par ses membres, des qualités souhaitées (processus d'émancipation) » et ce sont « les différentes « formes » d'écritures qui permettent de combiner les dimensions diverses et homogènes mises en œuvre lors de toute pratique (techniques, relationnelles, méthodologiques, affectives, bibliographiques, savantes, etc.) ». Pour Signeyrole, cette émancipation doit passer par l'écriture. Je me suis donc demandé si certains professionnels de l'ostéopathie avaient déjà des compétences au moins dans l'écriture d'articles professionnels et les compétences théoriques d'apprentissage pour pouvoir avancer vers la création d'une branche disciplinaire universitaire de l'ostéopathie avec un pré-requis ou non d'une des professions de santé (médecine ou kinésithérapie étant les plus représentés) et une possibilité de partages des compétences ? Où trouve-t-on les productions et de quelle scientificité se revendiquent-elles ? Les ostéopathes produisent-ils des écrits professionnels ou de recherches ? Combien d'écoles prônent la réalisation d'un diagnostic ostéopathique et de la transmission d'un courrier de synthèse pour un meilleur suivi du patient, combien suscitent la rédaction d'un mémoire en fin de cursus et qu'en est-il sur le terrain ?

Cette étude a été, pour moi, un questionnement, à savoir sur quels critères pourrait-on actuellement évaluer les professionnels de l'ostéopathie, quelles relations entretenaient-ils avec les patients et quels étaient les critères qui pouvaient être améliorés ?

Le but n'étant pas la standardisation, la recherche de l'égalité des patients au travers du soin par la recherche de lois générales où nous allons dévier vers l'universalisation du soin, et reproduire des schémas identiques qui nous ont déjà conduits à des interrogatoires réduits aux symptômes de la maladie, à des recettes toutes faites réduisant soignant et soigné à la distribution et à l'application de protocoles standardisés. En santé, servons nous de l'expérience éprouvée de l'éducation des enfants dénoncée par Vaugrand (2003), cité par Ardoino (2004) sous les termes

suivants « Non seulement l'égalitarisme ânonné sur l'air des lampions n'a pas réduit les inégalités scolaires, mais encore la gestion technocratique du secteur éducationnel a permis de les augmenter ».

Il suffit de regarder les patients reproduire leur diagnostic et distribuer leur traitement à leurs conjoints, leurs voisins, leurs amis pour comprendre cette dilution. Ne confondons pas égalité et généralisation du droit aux soins pour réduire les diverses formes d'exclusions. Le professionnel, le patient, le soin doivent conserver leur caractère singulier et particulier. Cette idée rejoint celle de Pastor (2004-a) où « Normaliser en vue d'harmoniser une pratique de soins débouchait sur l'uniformisation ». Chaque séquence de soin doit être inattendue ; originale (au sens d'origine, d'identité) et donc difficilement reproductible.

« Si la professionnalisation ne peut-être imposée... il faut piloter et non seulement contrôler. On ne peut professionnaliser personne. Seules les personnes peuvent se professionnaliser si elles le souhaitent et si elles en ont la capacité et les moyens » (Le Boterf, 2002, cité par Izard, 2006).

Si au niveau du soin nous devons entretenir la différence et l'individualité, au niveau de la professionnalisation ne devons nous pas cultiver la notion d'appartenance à un groupe clairement défini, ne devons-nous pas collaborer et unir nos efforts pour faire évoluer la professionnalisation de l'ostéopathie ? L'ostéopathie ayant déjà fait son entrée dans les instituts de formation en masso-kinésithérapie qui évoluent vers l'universitarisation, la création de nouveaux masters professionnels ne pourrait-elle pas donner ensuite satisfaction aux diversités et spécialisations de notre profession de masseur-kinésithérapeute dont fait amplement partie l'ostéopathie. Pastor (2004-b) disait avant la promulgation des décrets de compétences : « Les institutions sont favorables à ce rapprochement, serons-nous suffisamment adultes de faire feu de ces querelles ou laisserons-nous passer cette chance de réforme au détriment d'autres corporations ».

Bien que cette étude ait pour but de rechercher les compétences éducatives requises dans la pratique professionnelle des ostéopathes, en ostéopathie, la nécessité de valider les techniques restent également une priorité. Tout ce travail de recherches, de conceptualisations, d'ingénierie des pratiques professionnelles ne peut se faire qu'en collaboration avec des universitaires et en partenariat avec des laboratoires de recherches ou l'université « qui permettent de passer du rôle de technicien à celui d'ingénieur ». Les ostéopathes ont bien concomitamment le désir et le projet de devenir autonomes et non prescrit, mais, par des querelles d'écoles, ils ne parviennent



pas à mettre en acte ce projet. Les uns trop conservatistes font preuve d'immobilisme, les autres trop révolutionnaires font preuve d'irrationalisme. C'est chemin faisant que l'on apprend, que l'on se structure et c'est en ce structurant que l'on peut continuer d'apprendre et également « c'est en apprenant qu'on se « motive », c'est parce qu'on se motive qu'on apprend ». C'est une « récursivité » (Donnadieu, Genthon & Vial, 1998).

Il faut s'appuyer sur ce désir d'émancipation, ce désir de changement et lui faire confiance. Servons nous des références concédée par les sciences de l'éducation pour nous permettre d'inventer notre profession. « Le temps passé à s'approprier des savoirs, des théories, des modèles ne coûte rien parce qu'ils sont des repères pour construire notre façon d'être sur le terrain, d'être au monde » (Donnadieu, Genthon & Vial, 1998). Même si ces pratiques et ses théories ne sont pas tellement éprouvées scientifiquement, le savoir expérientiel de sa pratique et de son enseignement, sa popularité puis ensuite sa renommée actuelle n'invite-t-elle pas les professionnels à s'engager en formation, et à *contrario* n'est-ce pas l'absence de recherches, la mystification, la machination qui entrave les élans de certains ostéopathes ? « C'est le formé qui fait marcher la machine ». Pour ma part, j'ai donc décidé de me servir des théories et modèles éprouvés en Sciences de l'Education notamment en Education en Santé pour essayer d'évoluer vers une démarche de professionnalisation en ostéopathie.

### **3.3. THEORIE DE L'APPRENTISSAGE**

L'acquisition des normes ne doit pas cacher la personne professionnelle. Les normes ne sont pas contradictoires avec le sens, les interdits aident à se construire une identité » (Donnadieu, Genthon et Vial (1998). « Tous les métiers, où existe une dimension formation qui ne soit pas un simple formatage de série, comportent des actions à ne pas faire mais ce n'est pas jamais la majorité des actes professionnels, sinon on pourrait remplacer les hommes par des machines - et la formation informatisée ».

De même, il ne faudrait pas faire la confusion de soin particulier et singulier avec le soin individuel et il ne faudrait pas non plus pour des raisons purement économiques réduire le soin à une approche que collective. La confrontation en groupe ne doit pas être ignorée et au contraire, elle doit prendre une signification autre que celle convoquée la plupart du temps. Si elle a permis jusqu'ici la transmission collective de données universalisantes au plus grand nombre, elle a rarement permis la déstabilisation attendue par la confrontation des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être au contraire très différents des patients. Cette relation permet l'affrontement des

diverses tendances, une « approche multi-référentielle » chère à Ardoino et contribue à l'éducation des patients par l'« *affranchissement* » recherché au travers d'une attitude non plus passive mais réfléchie et réflexive où le soignant convoque en plus de ses fonctions de simple thérapeute des fonctions tantôt d'animateur tantôt de responsable de formation.

### **3.3.1. Les paradigmes de pensée et d'actions en santé**

Selon Donnadiou, Genthon et Vial (1998) : « L'apprentissage est facilité quand on accepte de travailler sa posture. La notion de posture implique l'idée d'équilibre instable, d'effort, de travail en cours, dans la durée »...« La posture n'est pas une position choisie et qu'on voudrait conserver, c'est bien davantage une façon d'être, une attitude, c'est à dire une façon d'aborder la chose, dans tel ou tel état d'esprit et qui va donner lieu à une série de variations, de figures possibles de variations dans les aléas de la temporalité ».

L'identité, la posture et la manière de transmettre l'information de la part de l'accompagnant vont interférer avec la posture et l'apprentissage de l'accompagné.

Par exemple, Gatto et Eymard-Simonian (2006) rappellent à ce sujet que « Les résultats montrent également que certains thérapeutes transmettent des savoirs en utilisant un paradigme de traitement dogmatique de l'information qui empêche toute déstabilisation de la part des patients et/ou des professionnels et/ou des étudiants ».

### **Paradigme positiviste**

Dans une réflexion sur une formation universitaire qui tenterait de réguler la tension entre les sciences de l'éducation et les sciences et techniques de la kinésithérapie (annexe 1), Gatto énonce que « Le paradigme positiviste réduit l'individu à une variable dépendante d'une ou plusieurs variables indépendantes (la maladie, le médicament, la technique de rééducation...) » au même titre qu'elles peuvent être pour l'ostéopathie, la dysfonction, la restriction de mobilité, la technique de réharmonisation. Comme de nombreux professionnels de santé, l'ostéopathe dit par exemple : « pour diminuer ses douleurs lombaires, il faut perdre du poids et pratiquer des activités sportives » ou bien il recherche l'explication des comportements par une ou plusieurs causes simples (relation de cause à effet). Les ostéopathes en sont assez friands de cette recherche de rationalité : « N'avez-vous pas eu un accident de voiture ? », « n'êtes-vous jamais tombé sur les fesses ? ». Il suffit de regarder vivre les enfants qui sont peut-être tombés trois cents fois depuis leur naissance pour comprendre qu'il sera difficilement possible de déterminer

alors quelle sera la chute qui aura été la conséquence d'un dysfonctionnement ultérieur, sans compter les épisodes infectieux, les stress de la séparation, les mécanismes de torsion, la fièvre... Le positivisme recherche aussi l'adhésion du patient à ce qui est bon pour lui. L'erreur s'inscrit comme un défaut de normalité qui conduit à un sentiment de honte et de culpabilité. Mais ce n'est pas parce que l'ostéopathe constate un écart à la norme qu'il devra chercher systématiquement à le corriger ; certains états sont des états de compensation que l'organisme a lui-même mis en place pour conserver ou retrouver un état d'équilibre que l'ostéopathe se gardera de modifier en cas d'harmonie.

Selon Gatto (2005) « Les évaluations de santé publique (Haut comité de santé publique, 1999, Leclerc, Fassin et Grandjean 2000 et Hirsch, 1996, Afrek, 2000) montrent les limites d'efficacité éducative des approches individuelles et des approches psychosociales, d'éducation et de promotion de la santé, fondées sur une vision positiviste de la science et de l'éducation ». L'utilisation exclusive du paradigme positiviste par les professionnels de santé à la fois dans leurs pratiques éducatives et dans l'évaluation de celles-ci (évaluation contrôle et évaluation gestion) conduit certaines fois à des échecs d'apprentissage, à une augmentation de la prévalence des problèmes de santé publique et à une non liberté de choix du patient conclut Gatto (2001) dans son article « Améliorer le rapport de l'élève au savoir de la santé par la connaissance des objets sensibles à son apprentissage et par l'utilisation d'objets ostensifs d'aide à l'étude ».

### **Paradigme phénoménologique**

Pour Brousseau (1998), « L'élève apprend en s'adaptant à un milieu qui est facteur de contradictions, de difficultés, de déséquilibres, un peu comme le fait la société humaine. Ce savoir, fruit de l'adaptation se manifeste par des réponses nouvelles qui sont la preuve de l'apprentissage ».

L'holisme nous a enseigné par sa théorie que « l'homme est un tout indivisible qui ne peut pas être expliqué par ses différentes composantes (physique, physiologique, psychique) considérées séparément » Dictionnaire le Grand Robert. Brousseau nous enseigne en plus qu'il n'est pas séparable de son milieu. L'ostéopathe qui conçoit l'humain dans sa globalité doit le considérer dans son contexte et avec ses savoirs expérimentiels.

Donnadieu, Genthon et Vial (1998) proclament qu'apprendre n'est pas seulement **savoir**, c'est chercher à comprendre, « à prendre avec soi ». Apprendre, « c'est faire des liens », « c'est mettre en perspective les éléments nouveaux que vous rencontrez avec ceux qui vous constituaient

déjà ». « La motivation existe quand l'acte est finalisé par un projet, donc porté par un désir (pour se faire plaisir)...« projet et désir sont en actes ».

Comme Gatto nous l'a expliqué, il est nécessaire de comprendre et de construire avec le patient un programme de traitement possible et le thérapeute doit accepter ici de perdre le contrôle et le pouvoir pour le transférer aux patients. C'est une condition pour les ostéopathes comme pour les professionnels de santé qu'ils obtiennent la capacité de s'autoriser, de se faire soi-même au moins co-auteur de ce qui sera produit socialement.

L'article de Gatto (2001) relate qu'« Il apparaît que le savoir didactique peut aider les kinésithérapeutes à exister et à agir sur le plan éducatif en englobant et en dépassant le problème de santé. C'est à dire à agir en interaction avec un individu physique, mental, social et environnemental et un savoir particulier. Les sciences de l'éducation aident à sortir d'une logique uniquement objectiviste, sans la renier, par une approche pluridisciplinaire qui considère le savoir, les besoins, les projets et l'environnement de l'élève, du sujet malade ou non comme essentiels ».

En effet, « une grande masse de connaissances est aujourd'hui disponible concernant les conceptions d'élèves avant un enseignement et leur évolution dans le temps, et/ou sous l'impact d'un enseignement donné. En confirmation de l'hypothèse constructiviste, il apparaît que les modes de pensée et d'actions des élèves ne sont pas malléables à volonté, et que si parfois, des modes spécifiques de raisonnements des élèves peuvent assurer des succès pendant un temps et pour certaines questions, ces modes peuvent aussi se constituer en obstacles résistants à une évolution favorable souhaitée » Johsua et Dupin (1993).

### **3.3.1.3.3.2. Les théories, les modèles de l'apprentissage**

#### **▪ Le béhaviorisme**

Jusqu'au début du XXème siècle, le modèle éducatif était associé à la morale, à la droiture d'esprit, le « bien et le mal ». Ce modèle prônait qu'il fallait inculquer les savoirs aux apprenants et de corriger les comportements qui s'écartaient de la norme d'où l'application de punitions, de sévices corporels, privations (renforcements négatifs). Le béhaviorisme développe l'idée du renforcement positif pour apprendre. Naît alors le *conditionnement opérant* avec application soit de récompense soit de punition. Cette procédure ne fait aucunement appel à la contribution raisonnée du sujet apprenant qui est totalement passif. Les savoirs s'empilent, se juxtaposent dans un processus linéaire et hiérarchisé et sont restitués à la demande comme dans les expériences de Pavlov). Il n'y a pas de lien entre les savoirs. Les besoins et les demandes de

l'élève ne sont pas pris en compte. L'activité de l'élève est guidée de l'extérieur, il n'a ni le savoir, ni le pouvoir. Le sujet est passif et exécute sur prescription du soignant. L'idée est de faire passer le savoir de celui qui sait à celui qui ne sait pas. La logique d'enseignement est centrée sur le maître (charismatique) et l'objet d'apprentissage. Dans ce cas, la démarche éducative va rechercher l'adhésion à la prescription, à la commande.

- **Le modèle d'acquisition**

Pour Ferry (1983), l'instruction est un modèle centré sur la transmission, l'accumulation et l'acquisition. Les connaissances à acquérir sont placées au centre du dispositif, du programme thérapeutique.

Donnadieu, Genthon et Vial (1998) disent que « Le projet d'instruction veut rendre savant », les savoirs sont transmis dans un simple rapport de juxtaposition dissimulant des rapports de subordination où l'évaluation est une simple vérification des savoirs programmés et l'acquisition des contenus.

Pour Gatto, « Les savoirs savants déversés de manière frontale paraissent trop décalés et trop en rupture par rapport aux savoirs expérimentiels des patients. Les informations de santé se heurtent aux savoirs obstacles des patients. Obstacles enracinés sur le plan cognitif, social, expérimentiel et affectif » (Gatto, annexe 1).

« L'école, le lycée, les grandes écoles, nous ont formés de la sorte » (Ardoino, 2004). Elles se sont elles mêmes constituées en modèle premier et unique dont les références restent difficiles à déstabiliser, après avoir « accepter l'idée, souvent exprimée, que l'idéal c'est de mécaniser l'homme pour qu'il réponde à nos sollicitations avec la servilité d'une machine ». Mais comme l'a questionné Trudelle (2005), ne serions-nous pas plutôt des mécano-humains ?

L'évaluation des seuls produits ou procédures concourt très souvent à des échecs d'apprentissage. « L'Homme est plus complexe. Une multitude de variables interviennent dont certaines ne sont pas identifiables, neutralisables et restent évolutives, imprévisibles (la subjectivité du sujet par exemple) » Gatto.

- **Le constructivisme :**

Piaget en est le fondateur et il montre que le sujet ne se contente pas d'ingurgiter des données brutes et que deux actions accompagnent tout apprentissage : *l'assimilation et l'accommodation* qui s'accompagnent de modifications des structures de l'organisme. Selon sa théorie « le développement biologique précède et conditionne le développement cognitif, l'intelligence. Cela conduit l'enfant à se confronter seul avec un objet et ensuite à se l'approprier ». La cohabitation

des savoirs préexistants et des nouveaux savoirs est à l'origine d'une crise qu'il faut arriver à gérer.

- **Le socioconstructivisme :**

Sur ces bases Vygotski développe l'idée que l'apprentissage est un processus social et que « la pensée va du social à l'individuel ». Dans ce concept, le processus interpersonnel se transforme en processus intra-personnel sous l'influence des conflits sociocognitifs qui vont permettre d'abord la déstabilisation puis la reconstruction des savoirs nouveaux. Il est alors nécessaire selon la théorie *interactionniste* de repérer les zones potentielles de développement et d'évaluer les savoirs préexistants que ce soit chez l'enfant ou chez l'adulte. L'acquisition de savoirs ou la modification des comportements se fera par la confrontation interindividuelle soit entre soigné et soignant soit entre patients ou pairs.

- **Le néo-socioconstructivisme :**

Parfois les nouvelles données ne permettent pas cet apprentissage. Des études en neuro-pédagogie ont montré l'existence d'une interaction permanente et concomitante entre le système de traitement des informations par la raison et par les émotions tant sur le plan anatomique que physiologique. Selon Damasio, « l'erreur de Descartes » aurait été de séparer les émotions de la raison. Notre système nerveux affectif et émotionnel filtre et transforme les informations reçues avant qu'elles ne parviennent et qu'elles soient traitées par les lobes frontaux. L'état émotionnel du patient comme du soignant ne doit pas être négligé pendant l'apprentissage et « il sera évité de déclencher une tempête émotionnelle » due à un obstacle cognitif et émotionnel trop important « pour éviter la rupture d'apprentissage ». Cette vision rejoint la théorie de l'affranchissement où « former, c'est transmettre des connaissances avec le souci de développer la personne dans sa globalité »

- **Le modèle d'affranchissement**

Cette théorie repose sur l'idée de faire un va-et-vient permanent entre la théorie et la pratique où l'on recherche l'autonomie du formé qui va s'autoriser à produire de nouvelles constructions non pas dans une logique d'accumulation mais de structuration.

La démarche devra être centrée sur le patient qui va développer sa personnalité globale dans l'altérité avec l'évolution dans le soin. Selon Gatto, cette démarche va favoriser l'autorégulation et l'autoévaluation du patient par lui-même tout en devenant auteur de son projet et de son programme thérapeutique.

« Pour Morin (1986), cité par Gatto (2005), la pensée dialogique peut aider à éviter de tomber dans le piège de la pensée dualiste ». Nous ne devons pas préférer l'une ou l'autre des théories et des modèles et plutôt les connaître et les articuler pour aider le patient à améliorer sa santé, à évoluer vers des comportements plus favorables.

### **3.4. LES MODELES DE LA SANTE**

Gatto (2005) invite à la réflexion sur les trois modèles de santé qu'il décrit ainsi :

« Le *modèle bio-médical* : infère que la maladie provient principalement d'un problème organique. Il véhicule l'idée selon laquelle toute maladie a une cause biologique qui peut être guérie. Le modèle médical est essentiellement centré sur une approche curative comportant des investigations diagnostiques et des actions thérapeutiques. Le médecin est le seul référent dans cette approche », (D'Ivernois & Gagnayre, 1995, cité par Gatto, 2005). La médecine prend le pouvoir de la santé et définit celle-ci comme, essentiellement, le bien-être physique. A l'époque, l'ostéopathie, avant-gardiste, considérait plus que le bien-être physique, elle mêlait le bien-être psychique, ce qui lui vaut encore aujourd'hui cette appellation de « psychothérapie manuelle », de la part des médecins. Ce qui peut leur paraître une invective de leur part, semble résumer leur incompréhension de la démarche ostéopathique qui pour eux semble se réduire à la simple application de la thérapie manuelle dans la poursuite de ce modèle bio – médical.

Ce modèle fixé sur l'organe malade n'est plus qu'une fraction englobée dans le modèle global de santé. « Les savoirs savants déversés, injectés de manière frontale paraissent trop décalés et trop en rupture par rapport aux savoirs expérientiels des patients. Les informations se heurtent aux savoirs-obstacles des patients...Cela même si le savoir scientifique dit le contraire. Pour Gatto, (annexe 1), les obstacles sont enracinés sur le plan cognitif, social, expérientiel et affectif » et donc difficilement déstabilisables par l'utilisation du paradigme de pensée positiviste. L'objectivation de ses limites a eu pour conséquence le développement du *modèle social* fondé sur « le traitement social de la maladie et du handicap ». « Le patient ne doit pas se sentir mis à l'écart de la société pour pouvoir combattre sa maladie ou/et accepter son handicap » (Doderò, 2004).

Le pôle d'intérêt devient social et se créent la COTOREP, (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel) sécurité sociale, Handisport...

« L'objet n'est pas de traiter la maladie seule mais de mettre en place des dispositifs thérapeutiques et pédagogiques adaptés à l'individu malade. Il ne s'agit donc pas de remédier à

l'incapacité mais de voir le potentiel et le volume de compétences de chacun. Des dispositifs pédagogiques spécifiques peuvent favoriser la sortie de la situation handicapante » (Dodero).

Ce modèle ayant montré ses limites a donné naissance à un autre modèle qui a d'ailleurs permis assez récemment le remodelage de la COTOREP sous la forme de « Maison du handicap ».

*Modèle global de santé*, selon Gatto (2005) ce troisième modèle de santé permet l'articulation et la coordination des deux précédents. « Pour ce modèle la santé est constituée par l'équilibre dynamique et évolutif de l'individu dans son environnement. Il développe une approche globale de la santé et de l'individu malade. L'éducation et la relation éducative font partie intégrante des soins et des actes de rééducation » (Gatto, annexe 1). Cette attitude est repérable en ostéopathie où il est recherché que l'individu se sente en équilibre avec le monde qui l'entoure. L'individu considéré dans sa globalité de façon pluridimensionnelle physique et psychologique avec toutes ses interactions et ses interrelations entre les divers systèmes...comme une sorte de « systémie » de l'organisme. Finalement, le but n'est pas seulement d'atteindre l'harmonie corporelle comme en thérapie manuelle défendue par l'Académie des médecins, mais l'harmonie entre l'individu et son environnement. Cette vision globalisante, plus bénéfique au patient considère l'harmonie corporelle comme une sous partie de l'harmonie globale ou complexe.

« Ce modèle propose d'évaluer, de tracer et de mettre en place des dispositifs thérapeutiques, éducatifs et sociaux pour permettre à la personne malade, à la personne handicapée et à la personne exclue de s'impliquer au niveau sociétal et de prendre une position de participant en fonction de ses demandes et de ses besoins. Le patient n'est plus uniquement un agent qui doit appliquer les recommandations et les prescriptions mais il devient co-auteur de ses démarches de santé avec le thérapeute : comportement, mode de vie, traitement thérapeutique, alimentation, prescription... » (Gatto, annexe 1).

Ce qui revient à ne pas négliger les freins cognitifs et émotionnels pour pouvoir comme le dit Gatto (2005) aider le soigné à réaliser des changements durables de conduite. Les soignants peuvent aider les patients à mieux se connaître soi-même, à repérer et connaître leurs problèmes de santé pour mieux vivre avec leur maladie ou leurs déficiences. « On sait depuis longtemps que des mots peuvent tromper, blesser, tuer, mais aussi consoler, soigner et guérir » (Van Rillaer, 2006). Il dit aussi qu'« Un changement « profond » de comportement suppose la transformation des schémas cognitifs. Toutefois, la façon la plus efficace de modifier des pensées est de réaliser des actions concrètes qui font « expérimenter » une nouvelle réalité et de nouvelles satisfactions ».



L'ostéopathie peut répondre aux activités de prévention primaire, secondaire et tertiaire (équilibre de l'individu avec son environnement, éducation aux risques pour la santé, éducation à la santé....)

« Il ne s'agit pas d'opposer ou de choisir entre les démarches curatives indispensables et axées sur la maladie et les approches éducatives mais de les articuler dans un modèle global de santé » (Gatto, annexe 1).

« L'objectif unique actuel (soulager), encore trop fréquent, doit faire place à un double objectif : thérapeutique et éducatif, simultanément », Gatto (2005).

En plaçant la personne au centre de sa démarche de santé et « en visant l'autonomie dans le processus d'adaptation », cette forme éducative donne du pouvoir à l'individu sur sa situation et la possibilité d'améliorer ses conditions de vie à ses attentes et à son environnement.

« Dans ces perspectives, chaque être humain peut exister, se mobiliser, s'engager librement, et donner du sens à sa vie présente et à venir » (Gatto, annexe 1).

### **3.5. L'EDUCATION EN SANTE**

Morin (1999), définit « le concept d'homme à double entrée : une entrée biophysique, une entrée psycho-socio-culturelle, les deux entrées se renvoyant l'une à l'autre ». Après que la simple application des soins curatifs ait montré leurs limites, dans l'intérêt des patients et pour répondre aux besoins et aux demandes des politiques, les professionnels de santé doivent montrer leur propension à faire des actions éducatives et montrer leur aptitude à pouvoir évaluer l'efficacité et l'efficience de leurs actions de santé.

#### **3.5.1. Selon Lacroix et Assal**

« La survenue d'une maladie est, sans nul doute, un événement ni choisi, ni désiré et qui annonce la perspective d'interventions, de souffrances, de menaces parfois vitales. S'agissant d'une maladie chronique, comme le diabète, par exemple, nous disposons de traitements performants, mais leur efficacité va dépendre étroitement du mode de vie, en particulier des habitudes alimentaires et de sédentarité des personnes. C'est que le changement représente un déséquilibre existentiel, une rupture, qui introduit l'incertitude » (Lacroix et Assal 2003).

Assal et Lacroix (1998), affirment que « mieux un malade connaît sa maladie, moins il la craint et plus il est capable de la gérer ». « Leur motivation à apprendre dépend en grande partie de leur degré d'acceptation de la maladie et de la façon dont ils se représentent leur affection et leur

traitement. Il ne s'agit pas de leur offrir une culture médicale, mais de leur permettre d'acquérir les compétences nécessaires pour adapter leur traitement aux variations de la vie quotidienne».

« C'est à travers l'écoute des patients et l'observation de leurs comportements, lors de glycémies, des injections d'insuline, lors des repas et pendant les cours et les entretiens que les soignants mesurent les acquis et les manques tant au niveau des connaissances que des comportements des patients. Les apports croisés des différents membres de l'équipe fournissent une image du patient relativement complexe. Il convient dès lors de hiérarchiser les problèmes à traiter et d'évaluer le temps qui semble nécessaire pour parvenir à les résoudre »...« Il s'agit que le patient lui-même accède à de nouveaux comportements qui résultent autant de ses apprentissages que de ses attitudes » (Lacroix & Assal, 2003). Ce qui implique que des facteurs, tels que l'âge, le degré de fatigue, les facultés sensorielles et mentales, l'état émotionnel du patient, soient pris en compte. Ils ne font pas d'évaluation systématique initiale des connaissances des patients. C'est parfois au travers de leur discours et de leurs comportements que sont repérés leurs incompréhensions ou leurs difficultés à s'approprier une nouvelle attitude. Par contre, ils essaient au maximum de « donner au patient la formation dont il a besoin pour être en mesure de gérer sa vie quotidienne, puis organiser un suivi », et cela « nécessite que la cohérence des décisions thérapeutiques et des approches pédagogiques et psychosociales soit assurée ». Ceci exige de « passer de la pluridisciplinarité à l'interdisciplinarité ». Il y a nécessité de travail commun, une double dynamique de recherche de communication thérapeutique entre les soignants et les soignés pour pouvoir atteindre le but commun de sortir le patient de l'échec thérapeutique et de l'aider à mieux vivre avec sa maladie. Leur mission est « d'aider le patient à raisonner son geste, à en repérer les points clefs pour qu'il allie à la connaissance une réelle conscience de ce qu'il fait », Lacroix et Assal (2003), de l'aider à adopter une « conduite pertinente ». « C'est précisément lorsqu'un patient utilise ses propres mots, tels ceux liés à son milieu socioculturel, et non le langage médical qu'il montre qu'il a compris » (Lacroix & Assal, 2003). De même, « il ne s'agit pas d'être d'accord, mais d'entendre l'autre avec sa différence et par-là même de se faire entendre de lui » (Lacroix & Assal, 2003). Bien que le patient soit au centre de l'action de soin, les soignants rendent compte des « difficultés pour les malades à assumer la responsabilité de leur traitement et à entrer ainsi dans un nouveau rôle où d'objets de soins ils deviennent sujets de leurs propres soins » (Lacroix & Assal, 2003). Il n'est pas rechercher l'adhésion mais plutôt la déstabilisation par le patient lui-même de ses savoirs et ses comportements inappropriés. Il est recherché sa réflexivité et la responsabilisation de ses comportements. Pourtant, Lacroix et Assal

(2003) disent bien que « comprendre signifie non seulement « prendre en soi », mais être capable d'établir un lien entre les choses, entre les évènements et les situations ». Le patient comme l'élève est confronté aux difficultés d'apprentissage. Les sciences humaines, les sciences de l'éducation ont permis de faire progresser les théories et modèles de l'apprentissage pour tenter de répondre aux échecs de certaines méthodes d'enseignement. Les ostéopathes, comme les autres professionnels de santé ont tout intérêt à convoquer l'ensemble de ces savoirs, de ces savoir-faire et de ces savoirs être pour comprendre et remédier aux échecs thérapeutiques.

### **3.5.2. Selon Gatto**

« La santé est avant tout du domaine du préventif. La dimension première du soin est éducative tant au niveau individuel que collectif. L'éducation en santé s'adresse autant à des sujets enfants ou adultes non malades, voire en bonne santé, afin de les aider à s'approprier l'avancement de la connaissance en matière de santé individuelle et collective, qu'à des personnes momentanément ou définitivement confrontées à des déficiences, des incapacités, des handicaps, des pathologies, afin de les accompagner dans le processus de changement qu'elles sont en train de vivre ». « Il a été choisi de ne pas différencier l'éducation à la santé, l'éducation pour la santé et l'éducation en santé pour éviter de tomber dans le piège des querelles d'école mais au contraire de faire émerger des éléments qui pourraient être utiles aux chercheurs et aux enseignants de toutes tendances, aux praticiens, et surtout aux personnes en difficultés de santé présentes ou à venir » (Gatto, 2005).

« L'approche éducative s'intégrerait à l'approche médicale au cours de la pratique thérapeutique en évaluant et en régulant les savoirs du patient par rapport à sa pathologie, par rapport à son corps, par rapport aux soins, par rapport à l'environnement » (Gatto, 2005).

« Il s'agit pour les professionnels de santé d'aider les malades et les non-malades à gagner en *autonomie* et donc en *responsabilité* par rapport à leur santé...Mais l'éducation efficace et efficiente n'est pas uniquement une information, un conseil, une prescription...tout comme l'évaluation n'est pas seulement une mesure, un bilan, une mesure glycémique, une amplitude articulaire » (Gatto, 2005).

Si « de nombreux travaux de recherche validés par la communauté scientifique internationale ont déjà montré que plus l'individu possède de compétences par rapport à sa santé, meilleurs sont les résultats sur le plan thérapeutique » (Gatto, 2005), nous rappelle que selon l'OMS et les résultats des travaux de recherches avec une voie d'entrée par la didactique, ont montré que les professionnels de santé ne permettent pas dans la majorité des cas d'aider le patient à devenir

auteur de son projet de soins et qu'ils avaient besoin de se former pour répondre aux demandes de la population et aux recommandations des politiques de santé.

« Pour que le patient devienne coauteur de sa santé, il est indispensable que le praticien et à fortiori celui qui le forme possèdent les compétences à se positionner en qualité d'auteur de ses pensées, de ses discours et de ses actions » (Gatto, annexe 1). D'où l'idée de construire un questionnaire permettant de repérer la posture, les connaissances et les compétences des ostéopathes dans les domaines de l'apprentissage, de l'évaluation, de l'éducation en santé et pourquoi ensuite ne pas rechercher les influences, la posture sur des connaissances et des compétences, l'influence du type d'exercice sur de la posture, chercher à repérer l'influence de la formation sur leur émancipation. « Des recherches en sciences de l'éducation ont montré que c'est à partir des savoirs préexistants du patient et en articulant le projet visé avec le projet programmatique éducatif et en substituant les régulations de contrôle par les régulations complexes que le dialogue peut se développer, conduire à l'auto-questionnement, travailler le sens des activités et mieux aider à l'autonomie et/ou au changement » (Gatto, annexe 1).

L'application de techniques n'est plus suffisante, il devient indispensable de développer la relation éducative avec la personne en difficulté de santé et actuellement seul le chantier de recherche dans le cadre de la formation universitaire entreprise entre les enseignants-chercheurs en sciences humaines, les praticiens décidés à se former et les patients ont permis des avancées scientifiques dans ce domaine. Le projet visé des politiques de santé étant actuellement que les professionnels de santé systématisent les pratiques d'éducation à la santé auprès des populations et qu'ils produisent des théories, des modèles et des applications méthodologiques efficaces sur le plan thérapeutique et éducatif. « L'éducation constituant un facteur déterminant sur les résultats sur le plan thérapeutique il semble utile de se former en éducation à la santé et à la relation éducative » (Gatto, annexe 1).

« Les acteurs de santé doivent pouvoir articuler leurs compétences biomédicales (physiologie, biologie, biomécanique...) avec des compétences éducatives avec les patients. Il ne s'agit pas d'opposer ou de choisir entre les démarches curatives indispensables et les approches éducatives mais de les articuler, de les tisser, de les fusionner dans un modèle global de santé » (Gatto, 2005).

« Le professionnel de santé a une mission d'éducation. Cette dernière fait partie d'un projet de société. Elle est constitutive du soin et se confond elle-même avec le soin, et la relation éducative semble déterminer le niveau de qualité des soins » (Gatto, 2005).

En ostéopathie, là où à l'inverse, le traitement médical ne peut pas grand chose, si ce n'est calmer momentanément la douleur, le thérapeute doit développer d'autres stratégies. Les signes cliniques peu objectivables par les examens complémentaires permet à l'ostéopathe de faire participer le patient à la description fine de ses symptômes, à la détermination des conditions de survenues et leurs contextes, à rechercher les facteurs déclenchant éventuels, aggravants ou aux contraires calmants... et donc à amener le patient à réfléchir sur ces comportements et à se poser des questions sur ce qui s'est passé, ce qu'il a bien pu faire, sur sa manière d'être et de vivre... Cet échange contribue au développement d'un patient réflexif qui pourra adopter des comportements plus bénéfiques et mieux s'adapter à son contexte de vie.

« Il s'agit pour les professionnels de santé d'aider les malades et les non-malades à gagner en autonomie et donc en responsabilité par rapport à leur santé. L'utilité sociale de la recherche se fixe pour mission de contribuer à :

- aider les patients à mieux vivre avec une maladie chronique, en gagnant en liberté, en pouvoir et en autonomie par rapport à leur projet de santé et de vie ;
- -diminuer la dissymétrie préjudiciable de savoir et de pouvoir entre les patients et les professionnels de santé ;
- développer les compétences des patients pour qu'ils puissent prendre des décisions éclairées en fonction de leur ressenti, et de leur contexte de vie ;
- améliorer les indicateurs biomédicaux des patients ;
- diminuer les risques de complications à moyen et à long termes, et donc la chronicisation des hospitalisations ;
- améliorer les pratiques de soins et d'éducation en santé ;
- améliorer les pratiques de formation des étudiants et des professionnels de santé ;
- contribuer à l'évaluation des pratiques professionnelles » (Gatto & Eymard, 2006).

### 3.6. LES MODELES DE L'EVALUATION

Je reprends l'idée de Vial pour laquelle « L'évaluation n'est pas une pratique naturelle, elle s'apprend ». En effet parce qu'« Évaluer est donc « une lecture particulière de la réalité » suivant l'expression de Hadji (1990, 1997) cité par Campanale (Quelques éléments fondamentaux sur l'évaluation) qui prend forme en fonction de décisions à prendre », qui dit également que « Le référent et le choix du référé (de ce qui est observé) dépendent de la fonction de l'évaluation qui est privilégiée (de ce à quoi va servir cette évaluation) ». L'évaluation en ostéopathie ne devrait pas s'en tenir qu'à une évaluation simplifiée, qu'à un bilan de la douleur et des dysfonctions, elle devrait être adaptée au sujet et surtout repérer les décisions et le chemin que souhaitent prendre le patient dans son parcours de santé pour l'aider à mettre en place des stratégies et pour qu'il puisse faire évoluer ses comportements en le valorisant dans son potentiel des possibles.

#### **Les différents modèles de l'évaluation :**

« Évaluer, c'est communiquer son rapport à la valeur, exprimer la valeur, parler de ce qui importe, dans ce que nous faisons et non pas rendre des comptes pour rester conformes ». L'institution, la société veut un compte-rendu du « contrôle des effets » et le soignant-accompagnateur va plutôt vouloir exprimer la « qualité de l'accompagnement ». Il va donc falloir recourir « aux trois grands modèles de l'évaluation disponibles » :

*L'évaluation des produits* (des états) : l'évaluation bilan pour mesurer les effets, les impacts. Elle « mesure les écarts entre les objectifs déclarés et les objectifs atteints ».

*L'évaluation des procédures* (des moyens) : l'évaluation pour gérer les situations. Elle consiste à « donner le guide de bonne pratique », à « mettre des procédures efficaces en protocoles » pour « standardiser », « rendre fonctionnel ».

Les deux précédents modèles sont établis dans « la logique de contrôle ».

*L'évaluation des processus* (des dynamiques) : l'évaluation pour comprendre la problématisation des significations dans les situations vécues. Elle s'inscrit dans le « questionnement du sens des pratiques » pour les faire évoluer, elle « communique les éléments de la dynamique ».

Dans la relation avec le patient, l'évaluation se fait au niveau micro (parmi les trois niveaux macro, méso et micro), elle est du domaine du « rapport d'une intervention » soit transcrite sur une fiche de synthèse soit établie sur une auto-évaluation qui ne se réduit pas à un autocontrôle, l'humain n'est pas réductible à une chose dénuée de pensée et de réflexivité. Les professionnels

de santé ont donc les mêmes priorités que le coach. Ils doivent non seulement « rendre intelligible la pratique », ils doivent savoir « évaluer dans la relation humaine » (Vial, 2004).

*La régulation cybernétique ou formative* : elle évalue des produits, des états. Elle se situe au niveau de l'élaboration d'un produit : il est conforme ou non-conforme. Elle permet le contrôle, la mesure. En santé, cela correspond à l'expertise technique. Il est recherché une relation de cause à effet. C'est l'évaluation bilan qui mesure les effets, les impacts.

Dans la culture du soin, elle correspond à l'évaluation diagnostique, au bilan.

*La régulation systématique ou formatrice* : elle évalue des procédures, des moyens. C'est l'évaluation pour gérer et rationaliser les pratiques. Elle se situe au niveau du référentiel dont le programme est issu. Située au niveau du programme, elle est constituée d'étapes procédurales chronologiques à passer. Après avoir recommencé et avoir échoué, le patient ignoré est exclu du système de santé ou social, c'est l'échec.

*La régulation systémique ou régulation complexe* : elle évalue des processus, des dynamiques. Elle aide à rendre intelligibles les situations. Elle se situe au niveau du projet qui doit solliciter l'interrelation soignant-soigné.

Après avoir changé de référentiel ou après avoir changé de programme, en toute connaissance des savoirs préexistants du patient et en coopération avec lui, la progression se fait chemin faisant pour tenter d'atteindre les objectifs, (Gatto, annexe 1).

Logique de contrôle : Dans *l'évaluation mesure* ou *l'évaluation contrôle*, ce sont les critères quantitatifs, les objectifs, le bilan mesure, le contrôle du produit fini qui priment. Pour la santé, la conformation aux normes, l'explication causale, le bilan diagnostic ou la fiche de synthèse vont permettre la maîtrise des actes, des procédures à engager. Il va être cherché à réduire l'écart, à régulariser.

La régulation va rechercher l'interaction et le questionnement. *L'évaluation sommative* ou *d'évaluation du sens*, dans une logique de questionnement, va permettre d'aider au développement des potentialités de la personne et à l'accompagnement du changement décidé avec et par le malade. Avant de mettre en place une stratégie d'apprentissage, il est nécessaire, écouter et de comprendre la personne dans sa singularité.

« Le processus, c'est l'élan que d'ailleurs les procédures doivent discipliner. C'est l'idée que la façon de prendre les choses est plus importante que la façon de les traiter, qui d'ailleurs en dépend ».

« Aider les gens à comprendre au lieu de les aider à ne pas se tromper » (Renard, 1996).

Le professionnel prend le rôle d'accompagnateur. « L'accompagnement consiste à ne plus faire à la place des gens, on fait avec eux, en étant à côté d'eux. En anglais, il existe une distinction assez nette entre to cure et to care. Guérir (to cure), ce serait remettre le chômeur au travail, résorber un handicap physique, etc. Par contraste, l'accompagnement (to care) ne s'occupe pas d'atteindre un état optimal, mais d'aménager la situation de vie de la personne » (Macquet & Vrancken, 2006).

### **3.7. LA COMPLEXITE**

#### **3.7.1. Pensée complexe**

En abordant la singularité, la condition humaine qu'il conçoit au travers de la culture scientifique, Morin (1999) nous dit : « Voici donc les cadeaux qu'une nouvelle culture scientifique peut apporter à la culture humaniste : la situation de l'être humain dans le monde, minuscule partie du tout mais portant la présence du tout dans cette minuscule partie. Elle relève à la fois dans son appartenance et son étrangeté au monde. Ainsi l'initiation aux sciences nouvelles devient en même temps initiation, par ces sciences, à notre condition humaine.

#### **3.7.2. Soin complexe**

« Par la notion de promotion de la santé, la prévention englobe la totalité de la vie : travail, relations humaines, motivations, corps-psyché-esprit » (Deccache, 1994, cité par Gatto, 2005). Au cours des soins, pour aider les patients à déstabiliser leurs savoirs, savoir-faire et savoir-être erronés, nous devrions faire preuve d'analyse et de réflexion pour pouvoir métisser nos savoirs, savoir-faire qu'ils soient et savoir-être médico-thérapeutiques, éducatifs, socioculturels, psychosocio-biologiques, relationnels, juridico déontologique.

« Il ne s'agit pas d'opposer ou de choisir entre démarches curatives indispensables et les approches éducatives mais de les articuler, de les tisser, de les fusionner dans un modèle global de la santé » Gatto (2005). Il en est ainsi aussi pour les activités d'évaluation, d'éducation où il est important de relier l'ensemble des concepts, modèles et théories dans une relation propre à chaque activité au cours du soin et entre les activités pour une conceptualisation particulière de la séquence thérapeutico-éducative.



### 3.7.3. Accompagnement, coaching

Auprès du patient ne pratiquons-nous pas une sorte de coaching ? (Vial, 2004) dit que le coaching est une sorte d'accompagnement au sens d'« être avec » dans « une relation avec l'autre que l'on rencontre et avec qui on fait un bout de chemin » et où « l'autre décide du but de la promenade ». Dans la relation soignante saluant la loi du 04 mars 2002 ne devrions-nous pas nous contenter d'aller à la rencontre du patient, d'être avec le patient « sur son chemin à lui, un moment ». Il dit qu'« Accompagner, c'est être personne ressource pour que l'autre trace son chemin, c'est l'aider à suivre son trajet et non pas lui donner une trajectoire à réaliser ». Il dit aussi qu'il y a « deux façons d'être au monde », « deux conceptions du réel » dissemblables que l'on nous inculque, le « mécanicisme » et le « biologisme » et « qui deviennent deux univers sémantiques avec lesquels nous construisons notre clôture identitaire, qui vont devenir un dualisme de référents (et non pas de substances) ». « Le mécaniciste risque de devenir un rationaliste obsessionnel » et « le biologiste risque de s'abîmer dans la caricature du relationnel convivial pour qui être heureux importe davantage que d'être raisonnable » et sa « logique de promotion des possibles » le désinvesti de tout contrôle et également de toute vérification de la conformité. Pour évaluer, il faut accepter d'avoir des « doubles compétences », « accepter ces deux logiques contradictoires et les mettre en dialectique ». Ni dans une « logique de contrôle », ni dans une « logique du reste, de l'évaluation ou de promotion des possibles », l'évaluation devrait être plurielle.

Pour Pastor (2004-a), « le masseur kinésithérapeute ne fait pas qu'un contrôle, un bilan, il va enclencher des techniques, utiliser des normes issues de différents référentiels et au cours de l'acte en fonction du discours du patient, de ses perceptions, des déficiences, incapacités, handicaps, de l'émotion du patient, il construira en permanence un différentiel propre à traduire la complexité de l'évaluation de l'action de soin. Il va accommoder, articuler, créer, réinventer autour des normes pour réorienter ce qu'il avait prévu lors du bilan diagnostique et du programmatique initial. L'amélioration de l'état de santé reste le projet visé commun au patient et au masseur-kinésithérapeute ».

En travaillant notre posture d'évaluateur, Vial (2004) nous dit que nous faisons « un travail sur soi indispensable que la formation initie et qui est inachevable » correspondant au « processus de professionnalisation ». Pour Wittorski (1994), cité par Ramin et Gatto (2003), « La notion de compétence est en voie de fabrication, « il n'existe pas de discours théorique stabilisé permettant

de définir précisément ses attributs. Cependant, la compétence se situe clairement à l'intersection de trois champs : champs du parcours de la socialisation biographique, le champ de l'expérience professionnelle et celui de la formation ».

Je cherche à savoir si les professionnels de l'ostéopathie s'inscrivent dans cette dynamique éducative, s'il existerait hypothétiquement des différences, des profils professionnels différents ?

« En formalisant les savoirs savants issus de nos pratiques mettent en avant le rôle de l'implication de la relation humaine intersubjective entre le soignant et le soigné, cela donnerait l'essence génésique de notre future discipline. De plus cela permettrait de répondre aux attentes implicites du patient incluses dans les nouvelles directives législatives en matière d'amélioration qualitative de la santé des citoyens » (Pastor, 2004-a).

#### 4. METHODOLOGIE

Pour prodiguer des soins de qualité en ostéopathie et pour englober les attentes et les besoins des patients au cœur du dispositif de soin, il me semble au regard de la loi du 04 mars 2002 et des avancées scientifiques énoncées ci-avant que les professionnels de l'ostéopathie ou ostéopathes doivent mettre en avant un certain nombre de critères d'évaluation, de posture, d'éducation pluridimensionnelle, le tout en s'inscrivant dans un modèle de soin plutôt global complexe dont la démarche de soin privilégie une approche thérapeutico-éducative plutôt que curative.

« La recherche-action relève d'une approche dialectique de la recherche et de l'action. Son projet poursuit donc conjointement deux objectifs : celui de la production de connaissances nécessaires à toute recherche, et celui du changement des pratiques professionnelles relevant de la science, l'optimisation de l'action (praxéologie). Les savoirs produits sont scientifiques, dans la mesure où ils sont fondés sur une méthode de recherche et répondent aux critères de scientificité de toute recherche » (Eymard, 2003). Mes motivations pour cette étude sont donc pour :

Les objectifs de soins et éducatifs : conceptualiser et améliorer l'approche thérapeutico-éducative de la pratique ostéopathique et d'aider les professionnels à devenir accompagnateur du patient co-auteur du soin ;

Les objectifs de formation et/ou d'encadrement : accompagner les thérapeutes vers l'autonomie et la posture d'auteur, améliorer la formation continue d'ostéopathie en favorisant l'évaluation questionnement, l'évaluation régulation, en favorisant la relation éducative dans la pratique professionnelle.

Cette recherche soutient la théorie et les modèles développés par Bury, Decacche, Lacroix et Assal sur l'éducation en santé et surtout celle de Gatto sur la fusion de l'évaluation et l'éducation au cours du soin, qui répond aussi à un besoin et une demande des patients consultants en ostéopathie et en recherche de santé. Ma recherche a été accompagnée par mon directeur de mémoire Franck Gatto, maître de conférence et chercheur à l'université d'Aix en Provence qui me semblait le plus à même de m'aider dans cette voie qu'il a déjà souvent éprouvée.

L'hypothèse théorique : Les ostéopathes possèdent-ils les connaissances et les savoir-faire et les savoir-être permettant de travailler avec une démarche thérapeutico-éducative ?

Dans quel modèle de santé et d'éducation en santé les professionnels de l'ostéopathie situent-ils leurs démarches et actions de soins ?

Observation de la variabilité d'appropriation de savoirs, savoir-faire et de savoir être dans la relation éducative des thérapeutes formés en ostéopathie. Est-ce qu'il existe des catégories d'individus différenciables ? Est-ce que l'âge, est-ce que le sexe, est-ce que leur cursus de formation initiale, est-ce que le mode d'accès direct ou indirect des patients peuvent avoir une influence sur le comportement en soins de ces professionnels?

#### **4.1. CHOIX DE LA METHODE**

Dans la méthode expérimentale, l'hypothèse se construit suite à l'observation d'une tendance générale, elle tend à établir une relation de cause à effet, un lien de causalité entre deux phénomènes. Cette enquête qui n'a pas d'hypothèse à priori et qui va plutôt rechercher une tendance générale ne peut pas correspondre à cette méthode.

Pas plus que la méthode clinique qui va s'intéresser à un individu, à un cas particulier. Ce pourrait être une piste à suivre éventuellement si un des individus se différenciait des autres, ne répondait pas aux règles générales, aux critères habituellement observés.

La méthode ethnos s'en approcherait en cherchant à expliquer, à comprendre le fonctionnement de groupes sociaux identifiés à partir de leurs pratiques et de leurs manières d'être. Dans un premier temps nous interrogeons les professionnels de l'ostéopathie et nous ne savons pas si des catégories stables sont observables. Cette méthode pourrait être utile mais plutôt en deuxième intention.

Eymard (2003), dit que « les recherches en santé ou en soins conduites avec une méthode historique contribuent au développement de la connaissance et des savoirs dans le champ de la santé et de la qualité des soins ». Dans cette recherche, il n'est pas recherché à expliciter un fait passé ou actuel à la lumière de son histoire mais plutôt à savoir si l'imprégnation des professionnels dans un ou l'autre modèle d'éducation serait liée à des catégories stables de sujets.

« La méthode différentielle cherche soit à construire des catégorisations stables des sujets, des listes de procédures mises en œuvre par les individus dans des situations identiques, soit à étudier la variabilité d'un individu dans des situations différentes » (Eymard, 2003). Il est recherché à l'aide de cette enquête, s'il existe des différences entre les individus pratiquant l'ostéopathie et s'ils peuvent être regroupés en catégories stables en fonction des caractéristiques repérées.

## 4.2. CHOIX DE L'OUTIL D'ENQUETE

Les outils d'enquête disponibles pour mener une recherche sont :

L'observation :

Elle a été écartée de cette recherche : « En effet, s'il est déjà peu aisé de convaincre des professionnels de se laisser observer, il l'est encore plus d'observer leur relation avec leurs patients, d'autant plus lorsque ceux-ci court-circuitent le cursus classique en ne passant pas par leur médecin traitant, donc en payant le professionnel pour un service qu'ils attendent avec raison, exclusif et de qualité » (Bogo, 2006).

L'entretien :

Cet outil, qui nécessite de créer un espace temps propice à l'expression des individus interrogés et de l'enquêteur, n'était pas concevable de par la difficulté des professionnels à libérer ce temps et de part la disponibilité supplémentaire que j'aurais du m'octroyer. De plus le climat toujours conflictuel régnant entre les différentes catégories de professionnels pratiquant l'ostéopathie, il aurait été difficile de laisser la liberté de chaque individu de s'exprimer sans outrepasser la problématique et devoir recadrer le discours.

Le questionnaire :

L'entretien comme l'observation aurait alors pu se présenter comme un frein à l'expression des enquêtés qui au lieu de refléter leur vécu, leurs comportements, montrerait une image standardisée du professionnel pratiquant l'ostéopathie. Puis par rapport à la méthode de recherche choisie et du fait de la répartition des professionnels et de leur disponibilité réduite, les outils tels que l'observation et l'entretien ne pouvaient qu'être écartés d'emblée. Le questionnaire, nous a permis d'avoir un échantillon plus volumineux et plus étendu, « son intérêt est dans la consultation d'un grand nombre de sujets. Il permet aisément les traitements statistiques » (Eymard, 2003).

Le questionnaire comporte 40 questions. J'ai retenu pour ce questionnaire les divers types de questions :

Questions ouvertes au nombre de 2 seulement (leur interprétation étant plus longue et plus fastidieuse) : l'enquêté a donc pour ces 2 questions toute la latitude pour répondre puisque dans ce cas aucune réponse ne lui est suggérée. Elles devraient permettre de voir si, les praticiens interrogés ont pu expérimenter une pratique qu'ils auraient inventée ou co-inventée à partir d'une situation personnelle à un patient. En sachant que la seule réponse oui uniquement, n'engage pas le répondant.

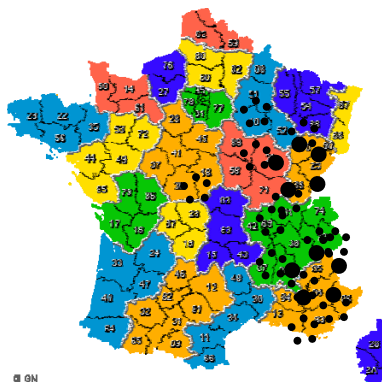
Questions préformées : une liste de réponses préétablies souvent sous forme d'échelle à repères numériques ou des choix par catégories est proposée.

Questions fermées : les réponses possibles, fixées à l'avance, contraignent des réponses et des données objectives recueillies assez aisément.

Pour certains enquêtés, les choix proposés n'ont permis aucune réponse (aucun choix ne correspondant certainement à la situation personnelle vécue), et pour l'interprétation des résultats, j'ai donc été amenée à ajouter une catégorie systématique appelée « non précisé », de manière à prendre en compte les non-réponses.

### 4.3. POPULATION

L'enquête a été menée sur 94 professionnels exerçant l'ostéopathie et répartis sur plusieurs départements. Un peu plus de la moitié d'entre eux était répartie sur deux départements, ceux des Hautes alpes et de la Côte d'Or, les autres étaient répartis sur un certain nombre de départements de l'EST de la France comme ceux de l'Isère, des Alpes de Hautes Provence, des Bouches du Rhône, du Doubs, de la Haute Marne, de la Région parisienne, du Nord, de la région Lyonnaise.



Les adresses ont été essentiellement sélectionnées parmi les rubriques activités des pages jaunes : ostéopathes et ostéopathie, ainsi que médecins : médecine manuelle ostéopathie.

Ce classement a permis de sélectionner : une trentaine de médecins, les autres professionnels étant répartis entre professionnels de santé et non professionnels de santé pratiquant l'ostéopathie. De part cette distribution, je pouvais espérer une répartition d'un tiers de médecins, un tiers de paramédicaux essentiellement masseurs-kinésithérapeutes (les professionnels de santé non médecins pratiquant l'ostéopathie étant généralement des masseurs-kinésithérapeutes) et un tiers de non professionnels de santé. Le tout avait pour but de solliciter des professionnels assez disséminés géographiquement et dont le cursus de formation ne soit pas similaire.

**Critères d'inclusion :** de 25 à 65 ans (Période d'activités des professionnels de santé).

Les professionnels ostéopathes non professionnels de santé sont généralement de très jeunes diplômés (voir figure 3, ci-après). Alors qu'il n'y avait pas de case prévue pour son âge sur le questionnaire, j'ai décidé de conserver le questionnaire d'un professionnel âgé de moins de 25 ans qui s'est donné la peine de répondre à toutes les questions (il avait fini son cursus de formation et il exerçait déjà). Seuls 28 questionnaires ont été exploités.

**Critères d'exclusion :**

J'ai exclu les réponses au questionnaire d'un professionnel de plus de 65 ans qui était encore en activité semble-t-il et qui n'a répondu que très partiellement au début du questionnaire. Malgré l'effort consenti à répondre, ses quelques réponses ne permettaient pas une interprétation homogène de l'enquête.

#### **4.4. OUTIL THEORISE**

Mucchielli 2007 affirme que l'identité est difficile à atteindre de part la multiplicité des critères et qu'il est rarement possible d'énoncer tous les critères utilisables. Donc quelque soit le mode de recherche, les résultats ne seront que partiels et même relatifs du fait de la subjectivité des questions, de leurs réponses et de leurs interprétations dans un contexte particulier voir même singulier pour chaque personne questionnée.

Deux types de variables sont identifiables : les variables indépendantes et les variables dépendantes.

Les variables indépendantes et interindividuelles des neuf premières questions permettent de catégoriser plusieurs sous populations parmi les professionnels pratiquants l'ostéopathie. Elles relatent le profil identitaire, leur formation professionnelle, leur activité professionnelle.

Les 31 questions suivantes sont en lien avec les modèles de la santé, de l'éducation, de l'évaluation, de la posture et des compétences transversales d'éducation.

**Le profil identitaire :**

Les trois premières révèlent le profil identitaire selon l'état civil et la catégorie socioprofessionnelle ou sous catégorie socioprofessionnelle des individus interrogés :

1. Vous êtes :  
 Un homme

une femme





- Vous en consultez régulièrement
- Vous en lisez de temps en temps
- Vous aimeriez en consulter et vous n'avez pas le temps
- Vous en consultez peu, ils ne vous paraissent pas scientifiques
- Vous n'en consultez pas

6. Les formations complémentaires en ostéopathie auxquelles vous avez participé: (plusieurs réponses possibles)

- Aucune
- Oui  Séquences d'information (colloques, journées, soirées)
- Formations courtes (1 à 5 jours par an) sur une année
- Formations longues (cycle de plusieurs jours) sur une ou plusieurs années

7. Si vous avez suivi un parcours universitaire – quel est le grade le plus élevé de votre diplôme ? (plusieurs réponses possibles)

- |   |   |
|---|---|
| En sciences de l'éducation                                  | En une autre discipline précisez : .....                    |
| <input type="checkbox"/> DU                                 | <input type="checkbox"/> DU                                 |
| <input type="checkbox"/> Licence                            | <input type="checkbox"/> Licence                            |
| <input type="checkbox"/> Maîtrise ou Master 1               | <input type="checkbox"/> Maîtrise ou Master 1               |
| <input type="checkbox"/> D.E.S.S. ou Master 2 Professionnel | <input type="checkbox"/> D.E.S.S. ou Master 2 Professionnel |
| <input type="checkbox"/> D.E.A. ou Master 2 Recherche       | <input type="checkbox"/> D.E.A. ou Master 2 Recherche       |
| <input type="checkbox"/> Doctorat                           | <input type="checkbox"/> Doctorat                           |
| <input type="checkbox"/> Autres : .....                     | <input type="checkbox"/> Autres : .....                     |

La formation soit à titre personnel (lecture ou écriture d'article professionnel ou résultat de recherche), soit sous forme de formation complémentaire ou universitaire, peuvent prendre un caractère de variable interindividuelle. Nous savons déjà que les travaux de recherches de Gatto, Pastor ont démontré l'incidence non négligeable de l'obtention d'un titre universitaire sur le profil et les comportements identitaires des professionnels masseurs-kinésithérapeutes.

L'activité professionnelle :

Les questions 8 et 9 permettent de déterminer le type d'exercice et le pourcentage d'actes en accès direct :

8. Votre exercice professionnel est : (une seule réponse possible)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sans emploi actuellement |  |   |
| <input type="checkbox"/> Salarié                  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Mixte                    | <input type="checkbox"/> Dans un cabinet de groupe | <input type="checkbox"/> Dans un cabinet en exercice individuel |
| <input type="checkbox"/> Libéral                  | <input type="checkbox"/> Dans un cabinet de groupe | <input type="checkbox"/> Dans un cabinet en exercice individuel |

Date de 1<sup>er</sup> exercice de la fonction d'ostéopathe : .....

Date de 1<sup>ère</sup> installation ostéopathe : .....

L'année d'obtention du diplôme permettra d'évaluer l'influence de la proclamation de reconnaissance du titre d'ostéopathe en 2002.

9. Quel temps représente votre pratique ostéopathique par rapport à votre temps de travail total ? (une seule réponse possible)

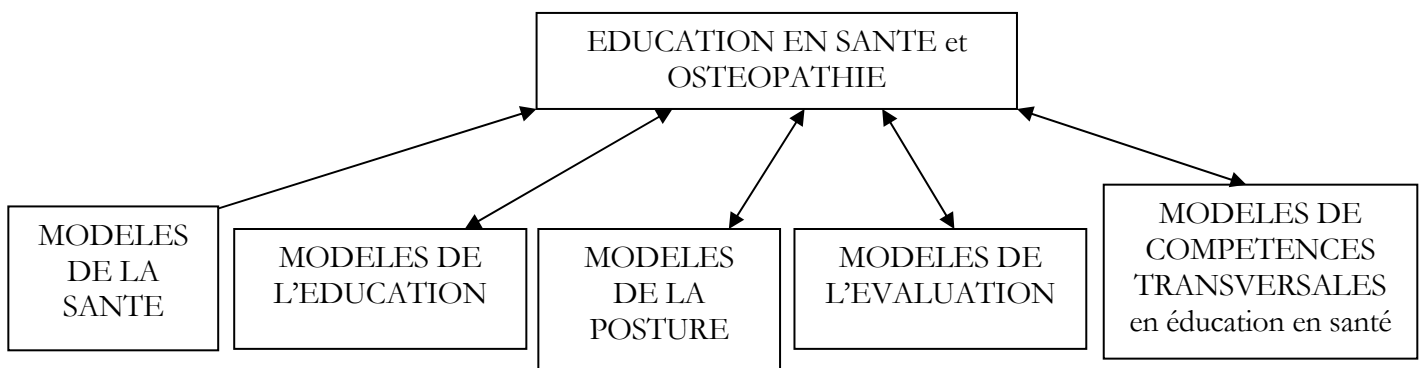
- Aucun  
 < 25%       entre 25 et 49%       50%       entre 51 et 75%       > 75%  
 La totalité

Cette question doit permettre d'identifier les actes en accès direct que pourraient accomplir les diverses catégories professionnelles d'ostéopathes.

Pour certains la thérapie manuelle se classerait parmi les soins curatifs dans une attitude positiviste pour d'autres, l'ostéopathie aurait une dimension holistique et préventive non négligeable en s'inscrivant dans une attitude plutôt phénoménologique. Certaines de ces modalités pourraient être mises en tension avec la posture des professionnels et les modèles de santé invoqués.

**Pour les variables dépendantes :**

Pour faire cette étude, un référentiel a été élaboré à partir des éléments à évaluer basés eux mêmes sur des références théoriques établies et scientifiquement reconnues (elles ont été développées dans la problématique théorique ci-avant). Cette grille est essentiellement inspirée des travaux de Gatto (2005) en éducation en santé et des écrits de Gatto et Ravestein (2008) sur le référentiel des critères d'évaluation des pratiques professionnelles concernant les activités d'éducation, d'aide à l'apprentissage, d'évaluation et d'activités selon les modèles de santé et l'imbrication des postures selon le tryptique d'Ardoino et le concept d'accompagnement cher à Vial. L'enquête a été construite selon une grille de critérisation rassemblant les variables théoriques et certains de leurs indicateurs et des indices ou items qui se rapportaient à l'éducation en santé.



Voici le référentiel constitué d'items et indicateurs suivants pour mieux définir les variables :

### Corrélation CSP (réponse 1) et Les activités selon les modèles de santé :

|    |    | INDICES   | Libellés   | Modalités de Réponse   |                    |
|----|----|---|--|--|--------------------|
| 21 | FU | Se centrer sur organe malade  | Pour vous l'ostéopathie, c'est plutôt : (une réponse, votre préférée)  | le repérage et le traitement de l'ensemble des diverses lésions ou dysfonctions comprises entre la maladie et la non maladie ; une approche globale des divers systèmes fonctionnels constitutifs de l'individu ;  | Biomédical curatif |
|    |    | Prendre en compte les déterminants de santé<br>Ecouter et comprendre le patient   |  | une recherche d'équilibration, d'harmonie du patient dans son contexte bio-médico-social ;<br>une approche éducative centrée sur un patient réflexif et participatif, codécideur de son projet de santé et de vie ;  | Global complexe    |
| 22 | FE | fusionner évaluation-soin   | Au cours de la séquence de soins, vous remplissez un dossier avec la participation de chaque patient : (une seule réponse possible)  | systématiquement ; fréquemment ;   | Global complexe    |
|    |    | Ne pas fusionner évaluation et soins ou ne pas faire d'évaluation au cours du soin  |  | rarement ; jamais ;  | Biomédical curatif |
| 23 | FE | Ne pas connaître ou ignorer les modèles de santé, les règles juridiques et déontologiques                                 | Les projets politiques en santé dont la loi du 04 mars 2002 répondent-ils aux valeurs et aux sens que vous donnez à vos actions professionnelles? (une réponse, votre préférée)  | n'a pas répondu ou ne sait pas; pas du tout ; parfois ;  | Biomédical curatif |
|    |    | Connaître les modèles de santé, les règles juridiques et déontologiques   |  | communément; toujours ;  | Global complexe    |
| 24 | FE | Considérer que le traitement vise principalement à guérir la maladie, savoir ce qui est bon pour le patient               | Pensez-vous que les seules techniques ostéopathiques puissent permettre l'amélioration de l'état de santé des patients : (une réponse, votre préférée)   | toujours ; souvent ;   | Biomédical curatif |
|    |    | Faire preuve d'esprit critique, remettre en question de la pratique professionnelle                                       |  | occasionnellement ; pas du tout ;  | Global complexe    |
| 25 | FU | Ne pas prendre en compte les émotions et les demandes du patient<br>Considérer que le traitement vise à guérir la maladie | Un patient en invalidité et suivi par un centre antidouleur après une vingtaine d'interventions chirurgicales de la face suite à un écrasement accidentel de sa tête dans une presse d'imprimerie, vous consultez parce qu'il souffre de migraines et de maux depuis 5 ans (une réponse, votre préférée) : | comme vos précédents confrères, vous vous préoccupez de tous les déséquilibres hormis de son crâne ; vous lui conseillez d'éviter les activités et les mouvements brusques et lui conseillez quelques recommandations ; vous réharmonisez l'ensemble des dysfonctions y compris celle des os du crâne ; vous l'encouragez à se réinsérer dans la vie professionnelle ; | Biomédical curatif |
|    |    | Prendre en compte les émotions et les besoins du patient<br>Considérer le patient comme co-auteur, codécideur             |  | après entretien et à sa demande, vous lui apprenez à repérer ses signes d'alertes et vous le guidez dans l'auto-application de massages, de techniques de décontraction et de relaxations ; après l'avoir écouté, vous l'accompagnez dans son cheminement pour se mobiliser et se réapproprier la moitié de face occultée et à sortir de l'isolement ;                 | Global complexe    |

|    |         |   |  |  |                    |
|----|---------|---|--|--|--------------------|
| 26 | FE      | Considérer que l'éducation ne fait pas partie du soin ou ne pas fusionner éducation et soin   | Comment concevez-vous l'éducation en santé au cours de vos actions ostéopathiques? (une réponse, votre préférentielle)                         | n'en fait jamais ;<br>en dehors des séquences de soins ;<br>à la suite des séquences de rééquilibrations ;   | Biomédical curatif |
|    |         | fusionner éducation et soin   |  | constitutive et se confondant avec la séquence de réharmonisations ;   | Global complexe    |
| 27 | FU      | Pas d'humilité et s'exprimer avec dogmatisme (PTDI), négligence du patient  | Après une séquence de réharmonisation où la personne vous dit: "enfin, vous êtes le seul à m'avoir guéri": (une réponse, votre préférentielle) | vous pensez: "je suis un bon professionnel" ;<br>"Ostéopathie est un extraordinaire traitement" ;  | Biomédical curatif |
|    |         | Faire preuve d'humilité et ne pas toujours s'exprimer avec dogmatisme et croyance (PTNDI)<br>+/- placer le patient comme co-auteur au cours du soin   |  | à condition que vous continuiez à repérer les signaux d'alerte et à prendre soins de vous ;<br>avec votre attention, votre coopération et vos efforts ;        | Global complexe    |
| 28 | FO<br>7 | Considérer que les soins, le traitement vise à guérir la maladie  | En tant qu'ostéopathe, sur quels déterminants pensez-vous agir préférentiellement? (classez de 1 à 7, 1 étant le préféré)                      | les dysfonctions ; les souffrances ; l'hygiène alimentaire ;   | Biomédical curatif |
|    |         | fusionner éducation et soins prendre en compte les représentations des patients, leur vécu et leur expérience<br><br>Connaître et se référer aux modèles de santé connaître et se référer aux règles juridiques et déontologiques de l'activité |  | l'intégration et la reconnaissance sociale ; la détente, l'estime de soi ; la reprise des loisirs et du travail ;<br><br>les comportements et les modes de vie | Global complexe    |

### Les modèles d'éducation :

|    |    | INDICES  | Libellés  | Modalités de Réponse  |   |
|----|----|--|---|---|---|
| 29 | FE | Appliquer des protocoles ou des programmes de soins ou des pratiques recommandées et se préoccuper uniquement du problème de santé (mettre le patient en posture agent soumis) | Au cours de votre exercice professionnel, généralement (une réponse, votre préférentielle): | vous vous mettez à la place du patient ;<br>vous recherchez une réponse à son problème de santé ;<br>vous mettez en place des stratégies pour le bien être de votre patient ;   | Béhaviorisme  |
|    |    | Discuter, écouter et comprendre le patient et l'aider à développer sa réflexivité et son autonomie (mettre le patient en posture de co-auteur dans les soins)                  |   | vous vous effacez et restez étranger pour laisser libre cours à la réflexivité de la personne consultante ;<br>vous discutez avec le patient et vous identifiez ses particularités ;<br>vous écoutez et identifiez les obstacles et les freins à son évolution et vous lui proposez de rencontrez d'autres patients pour l'aider à les déstabiliser ; | Constructivisme<br>Socioconstructivisme,<br>néo-socio-constructivisme |
| 30 | FU | Se centrer uniquement sur l'organe malade, expertiser les erreurs et les considérer comme des fautes   | Depuis que vous exercez l'ostéopathie (une réponse, votre préférentielle):                  | vous êtes centré sur les segments corporels et les organes douloureux ou en dysfonction ;<br>vous recherchez avant tout la cause ou les causes ;  | Béhaviorisme  |
|    |    | Prendre en compte les savoirs et savoir-faire préexistants, s'accommoder avec le sens et les potentialités du sujet  |   | vous identifiez les potentialités, le projet de santé et de vie du sujet consultant ;   | Constructivisme et socioconstructivisme                               |

|    |         |   |   |   |  |
|----|---------|---|---|---|--|
|    |         | Prendre en compte les obstacles cognitivo-affectifs des patients, utiliser l'erreur comme un outil d'apprentissage non culpabilisant et animer des ateliers entre pairs et entre patients |   | vous privilégiez la relation d'équilibre de l'individu dans son environnement et la confrontation de ces certitudes avec d'autres patients ou des proches ;   | Néo-socio-constructivisme  |
| 32 | FU      | prendre en compte les freins cognitivo-affectifs du patient, accompagner  | Lorsqu'un patient consulte suite à un lumbago ou une lombalgie, préférentiellement: (une réponse, votre préférentielle) | vous lui dites qu'il souffre du dos comme tout le monde ;<br>vous pensez qu'il connaît parfaitement la lombalgie ;<br>vous lui montrez ce qu'il aurait dû et devrait toujours faire ;<br>vous lui proposez de suivre des cours d'école du dos ;<br>régulièrement par l'enseignement, des schémas et des modèles anatomiques articulés vous l'aidez à mieux comprendre son problème de santé ;<br>vous laissez libre cours à l'autoévaluation par le patient des connaissances et des comportements qu'il acceptera de modifier ;<br>vous accompagnez le patient dans l'évolution de ses comportements pour l'aider à prévenir et se prémunir d'une éventuelle récurrence ;<br>par la discussion et le partage d'expériences avec d'autres patients, vous aidez le patient à déstabiliser ses certitudes ; | Béhaviorisme<br>Constructivisme<br>Socioconstructivisme<br>Néo-socio-constructivisme |
| 33 | FM<br>2 | Eduquer<br>aider le patient dans le développement de ses potentialités et de son autonomie<br><br>Instruire, prononcer des énoncés magistraux et dogmatiques                              | Pour vous, un ostéopathe devrait:(une réponse, votre préférentielle)  | éduquer les patients à gérer leur état de santé avec une meilleure compréhension de leurs dysfonctions et des possibles rééquilibrations, réharmonisations en fonction de leurs facteurs personnels, psychosociaux et environnementaux ;<br><br>se référer uniquement aux données scientifiques basées sur la preuve et les inculquer aux patients ;<br>reconnaître les connaissances et les savoir-faire enseignés aux patients comme acquis et invariables ;<br>convaincre et conformer le patient aux bonnes recommandations;  | Socioconstructivisme<br>Béhaviorisme   |

### Les modèles de la posture :

|    |    | INDICES  | Libellés   | Modalités de Réponse  |                 |
|----|----|--|--|---|-----------------|
| 35 | FU | Appliquer des démarches et des programmes de soins préétablis et recommandés<br><br>créativité, conceptualisation s'autoriser            | Au cours des séquences de réharmonisations (une réponse, votre préférentielle) :   | vous privilégiez le bilan suivi de la réharmonisation ostéopathe ;<br>vous suivez vos objectifs en fonction des besoins repérés ;<br><br>vous favorisez la spontanéité d'expression et le libre choix du patient dans son projet thérapeutique ;<br>à partir des potentialités, du questionnement émergent, de l'affectivité, du contexte, vous construisez une séquence de réharmonisation avec le patient ; | Agent<br>Auteur |
| 36 | FE | décider, s'autoriser, être autonome<br><br>Se mettre en posture d'expert et application des démarches d'évaluations ou bilans préétablis | Vous transmettez : (une réponse, votre préférentielle)   | si besoin un courrier co-rédigé avec le patient, pour collaborer et échanger avec d'autres des professionnels ;<br>généralement une fiche de synthèse pour chaque patient à son médecin traitant ;<br>systématiquement, un bilan ostéopathe préétabli pour répondre à la loi du 04 mars 2002 ;<br>jamais, seul l'ostéopathe connaît les dysfonctions ;  | Auteur<br>Agent |
| 38 | FE | Appliquer des démarches et des programmes de soins recommandés<br><br>créer, inventer  | Vos réharmonisations ostéopathiques sont-elles inventées pour chaque personne consultante? (une réponse, votre préférentielle) | jamais ;<br>quelques fois ;<br><br>fréquemment ;<br>systématiquement ;  | Agent<br>Auteur |

|    |    |   |   |  |               |
|----|----|---|---|--|---------------|
| 39 | FU | Exécuter des programmes et des démarches de soins préétablis et recommandés                                       | Une douleur ou une irradiation lors de la mise en tension des diverses structures musculosquelettiques et précèdent la réharmonisation (une réponse, votre préférée) :            | prouve que la technique employée va être efficace ; est un signe d'alarme signant l'arrêt de toute réharmonisation ostéopathique ; | Agent         |
|    |    | Choisir et utiliser les techniques adéquates  |   | souligne la nécessité de modifier ou de changer de technique de réharmonisation ;  | Acteur        |
|    |    | Choisir et utiliser des théories et des modèles pertinents et les changer si nécessaire autonomie, responsabilité |   | doit permettre une réorientation technique, éducative et comportementale de la réharmonisation envisagée ;                         | Auteur        |
| 40 | OT | Se soumettre avec passivité à ce qui a été enseigné   | Pouvez-vous décrire une situation pour laquelle vous avez inventé un traitement ou une technique qu'il serait intéressant d'expérimenter ou que vous ayez expérimenté vous-même ? | Non ;<br>Absence de réponse<br>Oui ;   | Agent         |
|    |    | S'autoriser, innover  |   | Oui et description de la situation   | Auteur<br>AET |

### Les modèles de l'évaluation :

|    |         | INDICES  | Libellés   | Modalités de Réponse   |                |
|----|---------|--|--|--|----------------|
| 41 | FO<br>6 | Mesurer, tester<br><br>Mesurer l'écart de conformité par rapport à la norme  | Vous évaluez vos compétences préférentiellement en rapport avec: (classez dans l'ordre, de 1 à 6, 1 étant le préféré)  | à l'amélioration des critères biomédicaux (douleur, sensibilité, mobilité) ; à l'application par le patient des conseils d'hygiène de vie ;<br><br>à la réalisation par le patient des performances que vous attendiez ;   | Contrôle       |
|    |         | Travailler sur et avec le sens que donne le patient à son cheminement<br><br>Donner une place à l'imprévu, l'inventivité par le patient                          |  | aux questionnements et aux décisions prises par le patient ;<br><br>à la transformation des savoirs antérieurs et à l'appropriation de nouvelles compétences par le patient ;<br>à la reprise d'activité et à la modification des comportements du patient par lui même  |                |
| 42 | FO<br>4 | Mesurer, tester et juger<br><br>Ne pas prendre en compte les besoins, demandes et les projets des patients   | Votre démarche de réharmonisation ostéopathique privilégiée : (classez dans l'ordre, de 1 à 4, 1 étant le préféré)   | la restauration de la fonction et la maîtrise des activités gestuelles ;<br><br>l'explication causale et la délivrance de la bonne information ;   | Contrôle       |
|    |         | Ecouter, dialoguer, échanger, comprendre et accepter les différences et la non-conformité<br><br>Encourager et stimuler la créativité et l'inventivité           |  | l'observation, l'écoute, la compréhension du référentiel et des savoirs expérimentiels des patients pour les aider à identifier et réaliser leurs ambitions, satisfaire leurs besoins et évoluer avec leur milieu ;<br><br>le gain d'autonomie, le partage des connaissances et des moyens s'articulant avec le projet de santé du patient |                |
| 43 | FU      | Comprendre et accepter les différences<br><br>Construire le traitement en cheminant avec le patient, l'erreur permet de réorienter le programme et ses objectifs | Un patient souffrant de migraines, à qui vous proposez de l'ostéopathie crânienne, vous interromp pour vous dire qu'un rebouteux l'a soulagé en lui tirant sur le pied (une réponse, votre préférée) : | vous lui dites qu'il sait ce qu'il ressent et qu'il peut exprimer ses choix à tout moment ;<br><br>vous l'écoutez et vous envisagez une modification de votre approche de soins en vous intéressant à son pied ;   | Questionnement |
|    |         | Ne pas changer les objectifs et le programme planifié, ne pas prendre en compte le patient<br><br>Statuer l'erreur comme une faute                               |  | vous analysez la situation et vous lui démontrez le bien fondé de votre protocole par rapport à celui du rebouteux ;<br><br>vous lui expliquez les risques d'aggravations de son état de santé en voyant un rebouteux  |                |
| 44 | FU      | Considérer la non-conformité, l'erreur comme une faute   | Un patient vous dit de temps à autre, " je me mets dans cette position d'étirement pour me faire craquer et ça me soulage ", vous vous lui diriez préférentiellement :                                 | vous allez aggraver votre problème ;<br>il est préférable de laisser les professionnels ostéopathes vous réharmoniser ;  | Contrôle       |

|    |    |   |  |   |                                    |
|----|----|---|--|---|------------------------------------|
|    |    | Questionner, laisser place à l'imprévu, à l'inventivité<br><br>Encourager et stimuler la créativité, l'autonomie cheminement patient  | (une réponse, votre préférée)  | d'autres situations vous sont-elles bénéfiques ?<br><br>votre démarche est intéressante, vous pouvez également opter pour d'autres techniques et moyens de décontractions que vous connaissez peut-être ?   | Questionnement                     |
| 45 | FE | Mesurer, comparer et considérer la non-conformité, l'erreur comme une faute<br>Ne pas prendre en compte le patient<br><br>Prise en compte des émotions et des souhaits du patient, acceptation des différences<br><br>auto-questionnement, remise en question | En tant que professionnel de santé, pensez- vous qu'il soit préférable : (une réponse, votre préférée) | d'évaluer la conformité aux critères appartenant à chaque déterminants de santé ;<br><br>de contrôler la compréhension de la bonne information ainsi que son application pour prévenir les risques de récurrence ;<br><br>d'accepter les différences et la non conformité pour mieux échanger et dialoguer ;<br><br>de cultiver le doute et le scepticisme, remettre ses savoirs, ses savoir-faire et ses attitudes en question | Contrôle<br><br><br>Questionnement |

### Les modèles de compétences transversales (A.E.T.) :

|    |         | INDICES   | Libellés   | Modalités de Réponse   |                       |
|----|---------|---|--|--|-----------------------|
| 31 | FU      | multiréférentialité, faire preuve d'esprit critique sur la science et sur la pratique   | Au cours des réharmonisations ostéopathiques, vous vous avisez essentiellement: (une réponse, votre préférée)                | des seules références de l'ostéopathie (enseignements et pratiques professionnelles) ;<br><br>de tous vos savoir-faire professionnels ;<br><br>des mixtions, des confrontations des recommandations, de vos références scientifiques et expérientielles et celles de vos patients dans les domaines biomédicaux, psychosociologiques ;<br>de la réflexion que vous menez avec votre patient sur son état de santé ;<br>de l'autoévaluation et autorégulation menées par le patient suite aux discussions   | NA<br><br>EC<br><br>A |
| 34 | FO<br>7 | Distiller des l'information, mettre des moyens en communs<br>Connaître et comprendre les modalités de gestion d'un réseau<br>Développer la réflexion sur la pratique et consensus pour des situations complexes | La création d'un réseau en ostéopathie vous semblerait intéressante pour: classez dans l'ordre de 1 à 7, 1 étant le préféré) | informer et enseigner votre pratique à d'autres confrères ;<br>informer et conseiller le public concerné ;<br><br>gérer les urgences ;<br>confronter vos expériences professionnelles ;<br>collaborer avec d'autres professionnels de la santé pour assurer la continuité des soins ;<br><br>concevoir et mener des actions d'éducation en santé pour mieux accompagner les patients dans l'amélioration de leur pouvoir sur leur santé ;<br>développer une capacité de réflexion sur votre propre pratique et innover dans des situations nouvelles ou complexes rencontrées au cours de la pratique complexe ; | NA<br><br>EC<br><br>A |
| 47 | FU      | autonomie, créativité   | La démarche ostéopathique vous permet préférablement: (une seule réponse possible)   | de réfléchir et de décider avec le patient de la démarche de réharmonisation ;<br>de conceptualiser vos actions de réharmonisations pour chaque patient en fonctions de ses besoins et de ses demandes ;<br><br>de choisir vos techniques de rééquilibrage en fonction de la dysfonction ;<br>de normaliser la ou les dysfonctions repérées et localisées  | A<br><br>NA           |

|    |         |   |  |   |    |
|----|---------|---|--|---|----|
| 48 | FE      | concevoir une séquence avec le patient            | Un patient vous dit qu'il souffre d'un torticolis depuis qu'il a eu un accident de voiture, il y a deux ans : (une réponse, votre préférée)  | vous aidez cette personne à améliorer ses relations avec son corps, son environnement en écoutant et valorisant sa manière de voir, ses savoirs antérieurs ;<br>vous cherchez à savoir ce qu'il souhaite, ce qu'il sait, comment il vit son problème de santé ; | A  |
|    |         |   |  | vous analysez cette situation et vous adaptez votre réharmonisation à ce cas ;<br>vous repérez et vous traitez ce problème de santé   | NA |
| 49 | FE      | connaissances données en santé publique actuelles | Parmi les propositions ci-dessous, laquelle représente les déterminants majeurs de la santé ? (une seule réponse)  | les soins curatifs ;<br>les souffrances ; l'alimentation et l'hygiène de l'eau ;<br>le niveau socioprofessionnel et les revenus ;<br>le stress et la confiance en soi ;<br>les loisirs et le travail ;  | NA |
|    |         |   |  | les comportements et les modes de vie ;   | A  |
| 50 | FM<br>6 | concevoir une séquence avec le patient            | En cas de lombalgie aiguë, vous pensez qu'il est préférable : (plusieurs réponses possibles)   | de ne pas nier la douleur ;<br>de dédramatiser et rassurer en expliquant la douleur ;<br>d'encourager la reprise précoce d'activité ; d'identifier les effets iatrogènes du traitement ;<br>de prévenir l'évolution vers la chronicité ;                        | NA |
|    |         |   |  | de ne pas nier la douleur, de dédramatiser et rassurer en expliquant la douleur, d'encourager la reprise précoce d'activité, d'identifier les effets iatrogènes du traitement, de prévenir l'évolution vers la chronicité                                       | A  |
| 51 | OT      | développer une nouvelle attitude professionnelle  | L'un de vos patients vous a-t-il émerveillé par une situation ou un comportement qu'il aurait lui-même expérimenté pour sa santé que vous ayez exploité ou modifié à des fins professionnelles ? |   |    |



La construction d'indicateurs et d'indices selon ce référentiel a permis de faire le lien entre la problématique théorique et la problématique pratique et de recueillir les informations recherchées.

## 4.5. DEROULEMENT DE L'ENQUETE

### 4.5.1. Test de l'outil

Un premier questionnaire de 48 questions a été testé auprès de quatre confrères. Des non-réponses et/ou d'éventuelles incompréhensions ont pu être discernées. Ce premier test m'a donc permis de sélectionner 43 questions, les plus pertinentes qui ont été reformulées pour certaines. Ce nouveau jet a été testé auprès de 3 autres confrères. Plus clair, moins imposant, le questionnaire est bien mieux perçu. Néanmoins trois questions, qui semblaient reprendre des items déjà abordés, ont été supprimées pour ne pas alourdir le questionnaire. Un certain nombre de modalités a été remanié pour limiter les risques d'ambiguïté et pour une meilleure compréhension du lecteur. Notamment, une catégorie professionnelle a été rajoutée ostéopathe non professionnelle de santé pour que ceux-ci ne se sentent pas exclu de par la formulation, autre, précisez.

Le questionnaire définitif comporte alors 40 questions dont 2 ouvertes. Les questions-réponses des questionnaires envoyés ont été numérotées différemment du questionnaire bâti à l'origine et les réponses classées autrement (soit désordonnées, soit parfois en tri croissant ou décroissant) pour éviter que les enquêtés ne repèrent les variables testées et les éventuelles réponses attendues.

Observation de la variabilité d'appropriation de savoirs, savoir-faire et de savoir être dans la relation éducative des thérapeutes formés en ostéopathie.

Cette enquête a pour fonction de vous permettre de questionner votre pratique de l'ostéopathie, d'analyser, de publier et d'utiliser les résultats dans le cadre de travaux de recherche réalisés en Sciences de l'Education (Université de Corse Pasquale Paoli).

Suffisamment nombreuses et personnelles à chaque praticien, votre collaboration et vos réponses peuvent influencer les résultats de ce travail et contribuer à améliorer la qualité des soins auprès des patients en le renvoyant à :

Laurence Perrin

8 traverses des frênes – 05330 Saint- Chaffrey

Il est important pour l'interprétation du questionnaire de suivre les consignes données tout au long du questionnaire.

---

#### 1. Vous êtes :

un homme

une femme

#### 2. Votre âge :

de  25 à 29 ANS

30 à 39 ANS

40 à 49 ANS

50 à 59 ANS

60 à 65 ANS

#### 3. Vous êtes : (plusieurs réponses possibles)

- professionnel de santé, précisez :
- infirmier
  - masseur-kinésithérapeute
  - médecin
  - ostéopathe
  - pédicure-podologue
  - sage-femme
  - autres, précisez : .....
  - en formation initiale
- si spécialité, précisez: .....
- Quel est votre diplôme : .....
- formateur
- enseignant-chercheur
- directeur d'un institut de formation
- autres, précisez : .....
- en formation continue

**4. La formation initiale d'ostéopathie suivie: (une seule réponse possible)**

- autodidacte
- formation continue } précisez :
- formation full time } précisez :
- Nombres d'heures de formation par an : .....
- < 40 h    40 à 80 h    80 à 160 h    > 160 h
- Nombres d'années de formation : .....
- 1 an    2 ans    3 à 6 ans
- Année d'obtention : .....

**5. Les articles et les écrits professionnels : (2 réponses maximum)**

- vous en avez écrit et publié
- vous en consultez régulièrement
- vous en lisez de temps en temps
- vous aimeriez en consulter et vous n'avez pas le temps
- vous en consultez peu, ils ne vous paraissent pas scientifiques
- vous n'en consultez pas

**6. Les formations complémentaires en ostéopathie auxquelles vous avez participé: (plusieurs réponses possibles)**

- aucune
- oui
- séquences d'information (colloques, journées, soirées)
- formations courtes (1 à 5 jours par an) sur une année
- formations longues (cycle de plusieurs jours) sur une ou plusieurs années

**7. Si vous avez suivi un parcours universitaire en sciences de l'éducation – quel est le grade le plus élevé de votre diplôme ? (plusieurs réponses possibles)**

- en sciences de l'éducation**
- DU
- Licence
- Maîtrise ou Master 1
- D.E.S.S. ou Master 2 Professionnel
- D.E.A. ou Master 2 Recherche
- Doctorat
- Autres : .....
- En une autre discipline précisez : .....**
- DU
- Licence
- Maîtrise ou Master 1
- D.E.S.S. ou Master 2 Professionnel
- D.E.A. ou Master 2 Recherche
- Doctorat
- Autres : .....

**8. Votre exercice professionnel est : (une seule réponse possible)**

- sans emploi actuellement
- salarié
- mixte
- libéral
- dans un cabinet de groupe
- dans un cabinet de groupe
- dans un cabinet en exercice individuel
- dans un cabinet en exercice individuel
- date de 1<sup>er</sup> exercice de la fonction d'ostéopathe : .....
- Date de 1<sup>ère</sup> installation ostéopathe : .....

**9. Quel temps représente votre pratique ostéopathique par rapport à votre temps de travail total ? (une seule réponse possible)**

- aucun  
 < 25%       entre 25 et 49%       50%       entre 51 et 75%       > 75%  
 la totalité

**10. Vos lectures et vos références professionnelles concernent préférentiellement : (une réponse, vôtre préférentielle)**

- La biomécanique, la physiologie, la biologie, la médecine, l'ostéopathie  
 La santé publique  
 La sociologie, la psychologie, l'économie, l'anthropologie, l'ethnologie  
 L'articulation de références biomédicales, en sciences humaines, en santé publique
- Biomed (PTDI, patient agent)  
Global c (PTNDI, auto-questionnement, patient co-auteur)  
Global c (PTNDI, auto-questionnement, patient co-auteur)  
Global c (PTNDI, auto-questionnement, patient co-auteur)  
AET (éducation et conseils des patients en fonction de l'influence des facteurs psychosociaux, environnementaux et personnels dans la gestion de leur état de santé)

**11. Au cours de votre exercice professionnel, généralement: (une réponse, vôtre préférentielle)**

- vous vous mettez à la place du patient  
 vous recherchez une réponse à son problème de santé  
 vous mettez en place des stratégies pour le bien-être de votre patient  
 vous discutez avec le patient et vous identifiez ses particularités  
 vous vous effacez et restez étranger pour laissez libre cours à la réflexivité de la personne consultante  
 vous écoutez et identifiez les obstacles et les freins à son évolution et vous lui proposer de rencontrer d'autres patients pour l' aider à les déstabiliser
- Béhaviorisme Biomed  
Béhaviorisme (culpabilisation, erreur est une faute) Biomed  
Béhaviorisme (culpabilisation, erreur est une faute) Biomed  
Socioconstructivisme, constructivisme (prise en compte des demandes de la personne, tâche proche de ce qu'elle sait faire) Global c  
Constructivisme( tâche proche de ce qu'elle sait faire) Global c  
Néo-socio-constructivisme (travail sur le sens que la personne donne à son projet et apprentissage entre pairs) Global c

**12. Pour vous l'ostéopathie, c'est plutôt : (une réponse, vôtre préférentielle)**

- le repérage et le traitement de l'ensemble des diverses lésions ou dysfonctions comprises entre la maladie et la non-maladie  
 une approche globale des divers systèmes fonctionnels constitutifs de l'individu  
 une recherche d'équilibre, d'harmonie du patient dans son contexte bio-médico-social  
 une approche éducative centrée sur un patient réflexif et participatif, co-décideur de son projet de santé et de vie
- Biomed (prof centré sur l'organe malade)  
Biomed (pas de prise en compte de la subjectivité de la demande du patient)  
Global c (prise en compte des savoirs pré-existants)  
Global c (prise en compte des demandes, des savoirs, des émotions, du vécu du patient), AET (assurer l'adaptation à des situations nouvelles, innover face à des situations inédites ou complexes)

**13. Au cours des séquences de réharmonisations (une réponse, vôtre préférentielle) :**

- vous privilégiez le bilan suivi de la réharmonisation ostéopathique  
 vous suivez vos objectifs en fonction des besoins repérés  
 Vous favorisez la spontanéité d'expression et le libre choix du patient dans son projet thérapeutique  
 A partir des potentialités, du questionnement émergent, de l'affectivité, du contexte, vous construisez une séquence de réharmonisation avec le patient
- Agent (application de programmes, de pratiques recommandées), Biomed (évaluation contrôle et soins dissociés)  
Agent (applications de programmes préétablis à l'avance, référencés) Biomed protocole systématisés  
Auteur (utilisation de théories et de modèles pertinents, créer conceptualiser la séquence de soins) Global c (prise en compte des savoirs préexistants, des demandes et projet du patient)  
Auteur (utilisation de théories et de modèles pertinents, créer conceptualiser la séquence de soins) Global c (fusion de l'évaluation questionnement et l'éducation dans le soin)

**14. Depuis que vous exercez l'ostéopathie: (une réponse, vôtre préférentielle)**

- vous êtes centré sur les segments corporels et les organes douloureux ou en dysfonction
- Béhaviorisme (non prise en compte des besoins de l'élève)

vous recherchez avant tout la cause ou les causes

Béhaviorisme (culpabilisation, erreur est une faute)

vous identifiez les potentialités, le projet de santé et de vie du sujet consultant

Socioconstructivisme, constructivisme (prise en compte des demandes de la personne, tâche proche de ce qu'elle sait faire)

vous privilégiez la relation d'équilibre de l'individu dans son environnement et la confrontation de ces certitudes avec d'autres patients ou des proches

Néo-socio-constructivisme (travail sur le sens que la personne donne à son projet)

**15. Au cours de la séquence de soins, vous remplissez un dossier avec la participation de chaque patient : (une seule réponse possible)**

systématiquement

Global c (fusionner évaluation et soins)

fréquemment

Global c (fusionner évaluation et soins)

rarement

Biomed (protocoles et mesures systématisés)

jamais

Biomed (protocoles et mesures systématisés)

**16. Vous transmettez : (une réponse, votre préférée)**

si besoin un courrier co-rédigé avec le patient, pour collaborer et échanger d'autres des professionnels

Auteur (décider, s'autoriser, être autonome et responsable)

généralement une fiche de synthèse pour chaque patient à son médecin traitant

AET (évaluation et régulation des processus thérapeutico-éducatifs)

systématiquement, un bilan ostéopathique préétabli pour répondre à la loi du 04 mars 2002

Auteur (créer, inventer)

jamais, seul l'ostéopathe connaît les dysfonctions

Agent (soumission, respecter la loi)

Agent, biomed (savoir ce qui est bon pour le patient)

**17. La démarche ostéopathique vous permet préférentiellement (une seule réponse possible)**

de normaliser la ou les dysfonctions repérées et localisées

Biomed (ne pas prendre en compte la subjectivité et les demandes)

de choisir vos techniques de rééquilibrage en fonction de la dysfonction

Biomed (utiliser des protocoles systématisés)

de conceptualiser vos actions de réharmonisations pour chaque patient en fonction de ses besoins et de ses demandes

Global c (écouter et comprendre le patient)

Global c (placer le patient en posture de co-auteur de son évaluation et de son programme thérapeutique), AET (développer une capacité de réflexion sur son activité d'ostéopathie)

de réfléchir et de décider avec le patient de la démarche de réharmonisation

**18. La parution au J.O. des décrets d'application de l'ostéopathie : (une réponse, votre préférée)**

vous permet d'assumer la fonction d'ostéopathe

Agent (ne pas discuter)

vous pensez que c'est préjudiciable au patient qui n'est plus sous contrôle médical

Agent (obéissance, application de protocoles systématisés, de pratiques recommandées)

de vous autoriser à mieux communiquer, d'échanger sur votre pratique

Auteur (s'autoriser, décider)

vous espérez maintenant pouvoir obtenir le droit de prescription notamment d'exams complémentaires

Auteur (être responsable et autonome)

de réfléchir et conceptualiser votre pratique dans le respect des règles juridiques et déontologiques concernant l'activité d'ostéopathie

AET (auto-questionnement et régulation des procédures et processus développés au cours de la pratique professionnelle)

**19. Au cours des réharmonisations ostéopathiques, vous vous avisez essentiellement : (une réponse, votre préférée)**

des seules références de l'ostéopathie (enseignements et pratiques professionnelles)

Béhaviorisme (programme préétabli à l'avance)  
Biomed (ostéopathe et pratiques professionnelles comme seuls référents)

de tous vos savoir-faire professionnels

Béhaviorisme (programme préétabli à l'avance, centré sur l'enseignant)

Biomed (recommandations et pratiques professionnelles comme seuls référents)

Socioconstructivisme (conception, réorientation de l'approche thérapeutique possible) et eval questionnement (construire le traitement en cheminant avec le patient, cultiver le doute et le scepticisme)

des mixtions, des confrontations des recommandations, de vos références scientifiques et expérimentales et de celles de vos patients dans les domaines biomédicaux, psychosociologiques

Global c (faire preuve d'esprit critique et réflexif sur la science et la pratique et prendre en compte le point de vue du patient)

AET (réalisation de recherches appropriées sur

les pratiques et les données scientifiques à confronter aux représentations des patients)

Socioconstructivisme (conception, réorientation de l'approche thérapeutique possible) et eval questionnement (construire le traitement en cheminant avec le patient)

Global c (prise en compte des savoirs préexistants et des projets du patient)

néosc (créer et gérer des conflits cognitifs et émotionnels pour le patient)

Global c (fusionner l'évaluation, l'éducation dans le soins, patient co-auteur)

de la réflexion que vous menez avec votre patient sur son état de santé

de l'auto-évaluation et autorégulation menée par le patient suites aux discussions

**20. Les projets politiques en santé dont la loi du 04 mars 2002 répondent-ils aux valeurs et aux sens que vous donnez à vos actions professionnelles? (une réponse, votre préférée)**

pas du tout

parfois

communément

toujours

Biomed (considérer que le traitement vise principalement à guérir le maladie)

Biomed (considérer que le traitement vise principalement à guérir le maladie)

Global c (connaître le modèle de santé global c, placer le patient en position de co-auteur de son projet thérapeutique)

AET et Global c (connaître le modèle de santé global c, placer le patient en position de co-auteur de son projet thérapeutique)

**21. Vous évaluez vos compétences préférentiellement en rapport avec: (classez dans l'ordre, de 1 à 6, 1 étant le préféré)**

à l'amélioration des critères biomédicaux (douleur, sensibilité, mobilité)

Eval contrôle (mesurer, tester, juger)

à l'application par le patient des conseils d'hygiène de vie

Eval contrôle (mesure de l'écart de conformité à la norme)

à la réalisation par le patient des performances que vous attendiez

Eval contrôle (ne pas changer le programme)

aux questionnements et aux décisions prises par le patient

Eval questionnement (laisser place à l'inventivité et à la non conformité)

à la transformation des savoirs antérieurs et à l'appropriation de nouvelles compétences par le patient

Eval questionnement (construire le traitement en cheminant avec le patient)

à la reprise d'activité et à la modification des comportements du patient par lui même

Eval questionnement (encourager et stimuler la créativité)

**22. Votre démarche de réharmonisation ostéopathique privilégie : (classez dans l'ordre, de 1 à 5, 1 étant le préféré)**

la restauration de la fonction et la maîtrise des activités gestuelles

Eval contrôle (mesure de l'écart de conformité à la norme)

l'explication causale et l'a délivrance de la bonne information

Eval contrôle (l'erreur est une faute)

l'observation, l'écoute, la compréhension du référentiel et des savoirs expérimentiels des patients pour les aider à identifier et réaliser leurs ambitions, satisfaire leurs besoins et évoluer avec leur milieu

Eval questionnement (laisser place à l'inventivité et à la non conformité)

le gain d'autonomie, le partage des connaissances et des moyens s'articulant avec le projet de santé du patient

Eval questionnement(encourager et stimuler la créativité)

**23. Pensez-vous que les seules techniques ostéopathiques puissent permettre l'amélioration de l'état de santé des patients : (une réponse, votre préférée)**

toujours

Biomed

souvent

Biomed

occasionnellement

Global c (faire preuve d'esprit critique et d'humilité)

pas du tout

Global c (faire preuve d'esprit critique et d'humilité)

**24. Vos réharmonisations ostéopathiques sont-elles inventées pour chaque personne consultante? (une réponse, votre préférée)**

jamais

Agent (appliquer des protocoles)

- quelques fois Agent (appliquer des protocoles)
- fréquemment Auteur (créer, inventer)
- systématiquement Auteur (créer, inventer)

**25. Une douleur ou une irradiation lors de la mise en tension des diverses structures musculo-squelettiques**

**précédant la réharmonisation (une réponse, votre préférentielle) :**

- prouve que la technique employée va être efficace Agent (appliquer des protocoles)
- est un signe d'alarme signant l'arrêt de toute réharmonisation ostéopathique Agent (appliquer des protocoles)
- souligne la nécessité de modifier ou de changer de technique de réharmonisation Auteur (décider, modifier le processus)
- doit permettre une réorientation technique, éducative et comportementale de la réharmonisation envisagée Auteur (créer, inventer, s'autoriser, être autonome et responsable)

**26. Un patient souffrant de migraines, à qui vous proposez de l'ostéopathie crânienne, vous interromp pour vous dire qu'un rebouteux l'a soulagé en lui tirant sur le pied (une réponse, votre préférentielle) :**

- vous lui expliquez les risques d'aggravations de son état de santé en voyant un rebouteux Eval contrôle (la non conformité, l'erreur est une faute )
- vous analysez la situation et vous lui démontrez le bien fondé de votre protocole par rapport à celui du rebouteux Eval contrôle (ne pas changé le programme prévu à l'avance, pas de prise en compte des demandes et projets des patients)
- vous l'écoutez et vous envisagez une modification de votre approche de soins en vous intéressant à son pied Eval questionnement (erreur permet de discuter, de réorienter le programme, cultiver le doute et le scepticisme)
- vous lui dites qu'il sait ce qu'il ressent et qu'il peut exprimer ses choix à tout moment Eval questionnement (compréhension, acceptation des différences)

**27. Un patient vous dit de temps à autre, « je me mets dans cette position d'étirement pour me faire craquer et ça me soulage », vous vous lui diriez préférentiellement : (une réponse, votre préférentielle)**

- vous allez aggraver votre problème Eval contrôle (la non conformité, l'erreur est une faute )
  - il est préférable de laisser les professionnels ostéopathes vous réharmoniser Eval contrôle (la non conformité, l'erreur est une faute )
  - d'autres situations vous sont-elles bénéfiques ? Eval questionnement (construire le traitement en cheminant avec le patient)
  - votre démarche est intéressante, vous pouvez également opter pour d'autres techniques et moyens de décontractions que vous connaissez peut-être ? Eval questionnement (erreur permet de discuter, de réorienter le programme, cultiver le doute et le scepticisme)
- AET (évaluation des effets thérapeutiques de l'éducation et régulation des processus et procédure thérapeutico-éducatives)

**28. Lorsqu'un patient consulte suite à un lumbago ou une lombalgie, préférentiellement (une réponse, votre préférentielle) ou plusieurs réponses :**

- vous lui dites qu'il souffre du dos comme tout le monde Béhaviorisme (non prise en compte des besoins de l'élève)
  - vous pensez qu'il connaît parfaitement la lombalgie Biomed (non prise en compte les savoirs pré-existants et du vécu du patient)
  - vous lui montrez ce qu'il aurait dû et devrait toujours faire Béhaviorisme (non prise en compte des besoins de l'élève)
  - vous lui proposez de suivre des cours d'école du dos Béhaviorisme (culpabilisation)
  - régulièrement par l'enseignement, des schémas et des modèles anatomiques articulés vous l'aidez à mieux comprendre son problème de santé Béhaviorisme (cours magistral et pratique et répétition)
  - vous laissez libre cours à l'auto-évaluation par le patient des connaissances et des comportements qu'il acceptera de modifier Biomed (centrer sur l'organe malade et les recommandations)
  - vous accompagnez le patient dans l'évolution de ses comportements pour l'aider à prévenir et se prémunir d'une éventuelle récurrence Constructivisme (construction de l'objet d'apprentissage par des tâches successives et par étapes)
  - par la discussion et le partage d'expériences avec d'autres patients, vous aidez le patient à déstabiliser ses certitudes Constructivisme (travail sur le sens que donne le patient à son projet et à ses objectifs thérapeutiques)
- Sc Utiliser l'erreur comme un outil non culpabilisant d'apprentissage)  
Sc et néosc (animation d'atelier entre pairs et auto-questionnement du patient)

**29. Un patient en invalidité et suivi par un centre anti-douleur après une vingtaine d'interventions chirurgicales de la face suite à**

**l'écrasement accidentelle de sa tête dans une presse d'imprimerie, vous consultez parce qu'il souffre de migraines et maux de tête depuis 5 ans (une réponse, votre préférée) :**

- comme vos précédents confrères, vous vous préoccupez de tous les déséquilibres hormis de son crâne Biomed (utiliser des protocoles systématisés et soumission)
- vous lui conseillez d'éviter les activités et les mouvements brusques et lui conseiller quelques recommandations Biomed (erreur est une faute)
- vous réharmonisez l'ensemble des dysfonctions y compris celle des os du crâne Biomed (utiliser des protocoles systématisés)  
Global c (prise en compte des émotions et des déterminants de la santé)
- vous l'encouragez à se réinsérer dans la vie professionnelle Global c (connaître le modèle de santé global c, placer le patient en position de co-auteur de son projet thérapeutique)
- après entretien et à sa demande, vous lui apprenez à repérer ses signes d'alertes et vous le guidez dans l'auto-application de massages, de techniques de décontractions et de relaxations Global c (faire preuve d'esprit critique et réflexif sur la pratique, d'humilité)
- après l'avoir écouté vous l'accompagnez dans son cheminement pour à mobiliser et à se réapproprier la moitié de face occultée et à sortir de l'isolement

**30. Comment concevez-vous l'éducation en santé au cours de vos actions ostéopathiques? (une réponse, votre préférée)**

- n'en fait jamais Biomed
- en dehors des séquences de soins Biomed
- à la suite des séquences de rééquilibrations Biomed
- constitutive et se confondant avec la séquence de réharmonisations Global c (fusionner l'éducation dans le soin)

**31. Un patient vous dit qu'il souffre d'un torticolis depuis qu'il a eu un accident de voiture, il y a deux ans : (une réponse, votre préférée)**

- vous repérez et vous traitez ce problème de santé
- vous analysez cette situation et vous adaptez votre réharmonisation à ce cas
- vous cherchez à savoir ce qu'il souhaite, ce qu'il sait, comment il vit son problème de santé
- vous aidez cette personne à améliorer ses relations avec son corps, son environnement en écoutant et valorisant sa manière de voir, ses savoirs antérieurs AET (concevoir une séquence d'ostéopathie avec le patient)

**32. Après une séquence de réharmonisation où la personne vous dit : « enfin, vous êtes le seul à m'avoir guéri », (une réponse, votre préférée)**

- vous pensez : « je suis un bon professionnel » Biomédical (professionnel comme seul référent)
- « l'ostéopathie est un extraordinaire traitement » Biomédical (centré sur la bonne pratique)
- à condition que vous continuiez à repérer les signaux d'alerte et à prendre soin de vous Global c (PTNDI)
- avec votre attention, votre coopération et vos efforts Global c (humilité)

**33. Parmi les propositions ci-dessous, laquelle représente les déterminants majeurs de la santé ? (une seule réponse)**

- les soins curatifs
- le niveau socioprofessionnel et les revenus AET (connaissance des données scientifiques actuelles)
- les comportements et les modes de vie
- les souffrances
- le stress et la confiance en soi
- les loisirs et le travail
- l'alimentation et l'hygiène de l'eau

**34. En tant qu'ostéopathe, sur quels déterminants pensez-vous agir préférentiellement? (classez de 1 à 7, 1 étant le préféré)**

- les dysfonctions Biomédical
- les souffrances Biomédical
- les comportements et les modes de vie Global c et éducation
- l'intégration et la reconnaissance sociale Global c et éducation
- la détente, l'estime de soi Global c et éducation
- la reprise des loisirs et du travail Global c et éducation

l'hygiène alimentaire

Biomédical

**35. En tant que professionnel de santé, pensez- vous qu'il soit préférable de : (une réponse, vôtre préférée)**

- d'évaluer la conformité aux critères appartenant à chaque déterminants de santé
- de contrôler la compréhension de la bonne information ainsi que son application pour prévenir les risques de récurrence
  
- d'accepter les différences et la non conformité pour mieux échanger et dialoguer
- de cultiver le doute et le scepticisme, remettre ses savoirs, ses savoir-faire et ses attitudes en question

Eval contrôle (pas de prise en compte des effets de ses émotions et de celles des patients)  
Eval contrôle (pas de prise en compte des demandes et des projets des patients)  
Eval questionnement (compréhension, l'erreur est un outil non culpabilisant et non pas une faute)  
Eval questionnement (auto-questionnement)

**36. En cas de lombalgie aigue, vous pensez qu'il est préférable : (plusieurs réponses possibles)**

- de ne pas nier la douleur
- de dédramatiser et rassurer en expliquant la douleur
- d'encourager la reprise précoce d'activité
- d'identifier les effets iatrogènes du traitement
- de prévenir l'évolution vers la chronicité
- de ne pas nier la douleur, de dédramatiser et rassurer en expliquant la douleur, d'encourager la reprise précoce d'activité, d'identifier les effets iatrogènes du traitement, de prévenir l'évolution vers la chronicité

AET (concevoir une séquence d'ostéopathie avec le patient)

**37. Pour vous un ostéopathe devrait :**

- Convaincre et conformer le patient aux bonnes recommandations
- Reconnaître les connaissances et les savoir-faire enseignés aux patients comme acquis et invariables
- Se référer uniquement aux données scientifiques basées sur la preuve et les inculquer aux patients
  
- Eduquer les patients à gérer leur état de santé avec une meilleure compréhension de leurs dysfonctions et des possibles rééquilibrations, réharmonisations en fonction de leurs facteurs personnels, psychosociaux et environnementaux

Béhaviorisme (programme préétabli à l'avance)  
Béhaviorisme (programme préétabli à l'avance)  
Béhaviorisme (programme préétabli à l'avance) néosc (créer et gérer des conflits cognitifs et émotionnels pour le patient)  
AET (réflexion sur la pratique professionnelle et recherche d'un consensus)

**38. La création d'un réseau en ostéopathie vous semblerait intéressante pour : (classez dans l'ordre, de 1 à 6, 1 étant le préféré)**

- informer et enseigner votre pratique à d'autres confrères
- informer et conseiller le public concerné
- gérer les urgences
- confronter vos expériences professionnelles
- collaborer avec d'autres professionnels de la santé pour assurer la continuité des soins
- concevoir et mener des actions d'éducation en santé pour mieux accompagner les patients dans l'amélioration de leur pouvoir sur leur santé
- développer une capacité de réflexion sur votre propre pratique et innover dans des situations nouvelles ou complexes rencontrées au cours de la pratique complexe

Béhaviorisme (programme préétabli à l'avance)  
Béhaviorisme (programme préétabli à l'avance, centré sur l'enseignant)  
Constructivisme (taches proposées en fonction de la gravité)  
Socioconstructivisme (animer des ateliers entre pairs)  
Socioconstructivisme (conception, réorientation de l'approche thérapeutique possible)  
Socioconstructivisme (prise en compte des demandes des patients, animer des ateliers entre patients)  
Socioconstructivisme et néosc  
AET (réflexion sur la pratique professionnelle et recherche d'un consensus)

**39. Pouvez-vous décrire une situation pour laquelle vous avez inventé un traitement ou une technique qu'il serait intéressant d'expérimenter ou que vous ayez expérimentez vous-même ?**

**Auteur : Création, innovation, conceptualisation**

**40. L'un de vos patients vous a-t-il émerveillé par une situation ou un comportement qu'il aurait lui-même expérimenté pour sa santé que vous ayez exploité ou modifié à des fins professionnelles ?**

**Global complexe : Développer une capacité de réflexion sur sa propre pratique d'ostéopathe, assurer l'adaptation à des situations nouvelles**  
**AET : Développer une nouvelle attitude professionnelle en fonction de l'éthique**



#### **4.5.2. Protocole**

Le questionnaire a été adressé par la poste accompagné d'une enveloppe libellée à mes nom et adresse et timbrée pour faciliter la réexpédition du questionnaire. L'enveloppe pré remplie et pré timbrée était systématiquement agrafée au questionnaire et en cas de perte de l'enveloppe, mes coordonnées étaient précisées en préambule de l'enquête.

L'entête au questionnaire permit également de préciser le thème, les motivations, les intentions de cette enquête dans le but d'impliquer plus fortement les professionnels interrogés :

« Cette enquête a pour fonction de vous permettre de questionner votre pratique de l'ostéopathie, d'analyser, de publier et d'utiliser les résultats dans le cadre de travaux de recherche réalisés en Sciences de l'Education (Université de Corse Pasquale Paoli).

Suffisamment nombreuses et personnelles à chaque praticien, votre collaboration et vos réponses peuvent influencer les résultats de ce travail et contribuer à améliorer la qualité des soins auprès des patients ».

A la suite, il est recommandé pour une analyse pertinente des résultats : « qu'il est important pour l'interprétation du questionnaire de suivre les consignes données tout au long du questionnaire ».

Aucune date butoir n'a été fixée, pour laisser la plus grande liberté au répondant et ceci compte tenu de la période estivale à laquelle les questionnaires ont été expédiés.

#### **4.5.3. Recueil et traitement des données**

Le questionnaire a été réalisé à l'aide du tableur EXCEL puis converti en format texte sous WORD pour l'envoi.

Sur 94 questionnaires envoyés, 34 ont été retournés:

- 3 ont été retournés parce qu'il n'y avait pas les personnes correspondant à cette adresse ou leur nom ne figurait pas sur la boîte aux lettres.
- Un des médecins a renvoyé le questionnaire « en précisant que les ostéopathes n'ayant pas de statut de professionnel de santé, je ne suis pas allé au-delà ». Ce commentaire montre à quel point les querelles voir les altercations sont encore concrètes et visibles après la reconnaissance du titre d'ostéopathe.
- Un envoi s'est fait soit par erreur à un professionnel masseur-kinésithérapeute ne pratiquant pas ou plus l'ostéopathie. Il l'a retourné en notant simplement erreur.
- 29 professionnels pratiquant l'ostéopathie ont répondu. Un questionnaire n'a pas été retenu du fait du trop grand nombre de réponses incomplètes.

Le traitement des données a été réalisé par l'intermédiaire du tableur EXCEL.

En première ligne, soit en abscisse ont été numérotées les questions en fonction de la critérisation suivante (Grille de critérisation des questions et les variables théoriques).

Les questionnaires renvoyés par ces professionnels pratiquant l'ostéopathie sont numérotés en ordonnées de la ligne 2 à 29 et classés en ordonnées sous quatre catégories professionnelles qui sont clairement ressorties lors du dépouillement (MK, Ostéopathes Professionnels de Santé soit PS et Non Professionnels de Santé soit NPS et Médecins).

Lors du traitement les non réponses ont été comptabilisées (elles ont été notifiées comme « non précisé » ou « V » comme vide).

## 5. RESULTATS

Gatto et Ravestein (2008), « Lorsque le lecteur de votre travail aura fini de le lire il devra pouvoir répondre à la question suivante : qu'est-ce que j'ai appris ? Autrement dit : qu'est-ce que je sais de plus ou qu'est-ce que je sais de mieux ou encore qu'est-ce que je sais avec plus de certitude ? »

### 5.1. ANALYSE DESCRIPTIVE DES DONNEES RECUEILLIES

#### 1. L'échantillon

Il comporte : 22 hommes, 6 femmes

Soit 78% d'hommes et 22% de femmes.

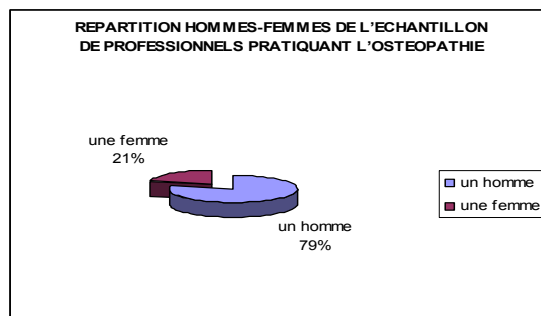


Figure 4

La population choisie refléterait la population plus générale des ostéopathes. Ces chiffres correspondent à la population des 591 adhérents du ROF Registre des Ostéopathes de France en 2000. Le chiffre plus élevé dans ce cas pour les hommes que pour les femmes pourrait être lié au caractère physique de certaines techniques, encore que les formations d'ostéopathes comme celle des masseurs-kinésithérapeutes aient tendance à se féminiser. Il serait intéressant de chercher si des facteurs particuliers caractérisent la population des femmes.

#### 2. Les catégories d'âges :

Les individus sont répartis de moins de 25 ans à moins de 65 ans, selon des catégories d'âge :

| Catégories d'âge | effectifs |
|------------------|-----------|
| - de 25 ans      | 1         |
| de 25 à 29 ans   | 3         |
| de 30 à 39 ans   | 9         |
| de 40 à 49 ans   | 8         |
| de 50 à 59 ans   | 4         |
| de 60 à - 65 ans | 3         |
| <b>totaux</b>    | <b>28</b> |

Tableau 1

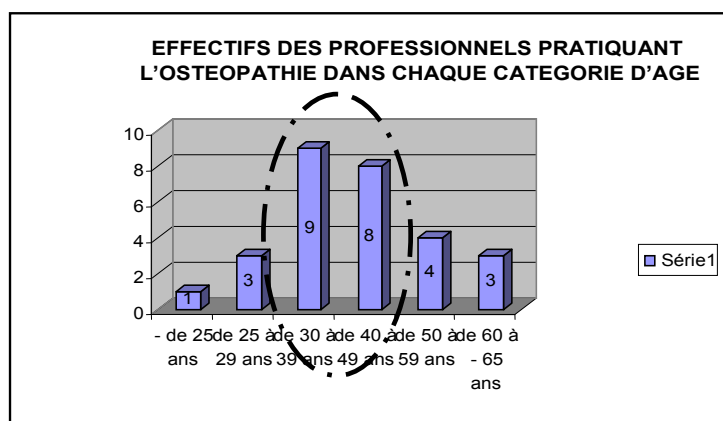


Figure 5

Les individus qui ont répondu à ce questionnaire se situent majoritairement dans les tranches d'âge comprises entre 30 et 49 ans (17 individus) soit 60,7% des effectifs. La tranche d'âge la plus fréquente étant comprise entre 30 et 39 ans. La moyenne se situant autour de 40 ans.

Ces chiffres correspondent à ceux du ROF registre des ostéopathes de France concernant la moyenne d'âge de la population de ses 591 adhérents qui est de 40 ans (Radioscopie 2000 des D.O. MROF, <http://osteopathie.org/devenir6membre/elements-statistiques-rof.asp>).

Des caractéristiques sont peut-être liées aux catégories d'âges selon que les professionnels se situent entre 30 et 49ans, en deçà ou au-delà ?

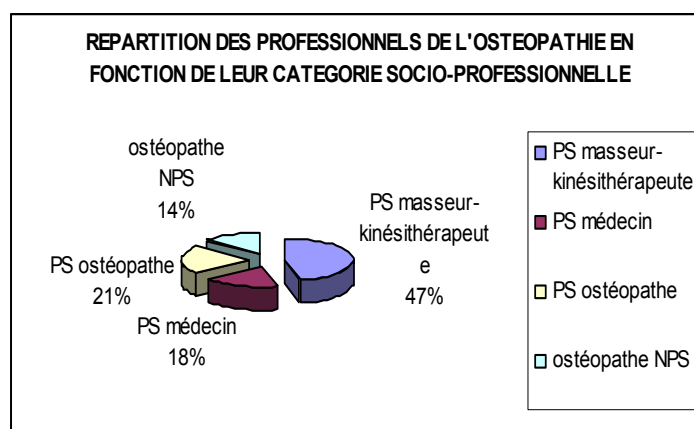
### 3. Les catégories et sous-catégories professionnelles :

Répartition des professionnels pratiquant l'ostéopathie selon leur catégorie socioprofessionnelle :

| CSP des professionnels pratiquant l'ostéopathie | effectifs |
|---|-----------|
| PS masseur-kinésithérapeute                     | 13        |
| PS médecin                                      | 5         |
| PS ostéopathe                                   | 6         |
| ostéopathe NPS                                  | 4         |
| <b>totaux</b>                                   | <b>28</b> |

Tableau 2

Figure 6



Soit 47 % de masseurs-kinésithérapeutes

18 % de médecins

21% d'ostéopathes professionnels de santé.

14 % d'ostéopathe non professionnel de santé (ils n'ont pas de pré requis soit doctorat de médecine ou D.E. de masseur-kinésithérapeute ou autres Diplômes d'Etat en santé).

La répartition des professionnels diffèrerait d'une population plus générale, sauf si tous les ostéopathes professionnels de santé sont des masseurs kinésithérapeutes et que le pourcentage des MK avoisine les 70% (sachant que la plupart des professionnels de santé étant installés comme ostéopathes sont des masseurs-kinésithérapeutes 75% selon le ROF et la Chambre Nationale des ostéopathes).

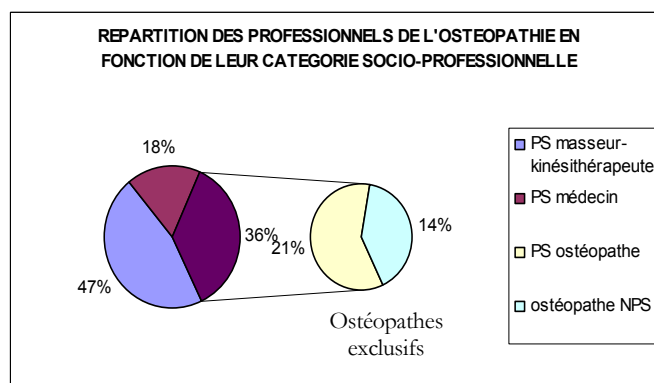


Figure 7

Un total de 35% de professionnels (figure 5) se dit ostéopathes. Est-ce que le fait d'avoir ce statut conduit à des situations ou des comportements particuliers ?

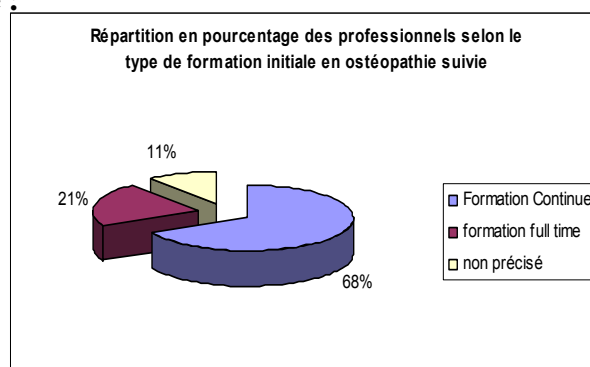
#### 4. Formation initiale d'ostéopathie suivie :

##### Le type de formation initiale d'ostéopathie suivie :

| Type de formation ostéopathie | effectifs |
|-------------------------------|-----------|
| Formation Continue            | 20        |
| formation full time           | 6         |
| non précisé                   | 3         |
| <b>totaux</b>                 | <b>29</b> |

Tableau 3

Figure 8



La formation continue est le type de formation professionnelle qui prédomine sur cet échantillon. 68% des professionnels interrogés ont effectué leur formation d'ostéopathie en formation continue, 11% ne l'ont pas déterminée. Les résultats sont assez similaires aux 70% de formation par alternance et 18% en temps plein pour les adhérents du ROF. Compte tenu de l'évolution de la formation et du nombre important de professionnels ostéopathes non professionnels de santé formés chaque année, l'échantillon n'est peut-être pas représentatif des prochaines années à venir. Il serait intéressant de croiser les données concernant la formation et l'âge, puis la formation et le type de CSP pour voir si des profils différents sont liés à cette répartition.

### Durée formation professionnelle en année :

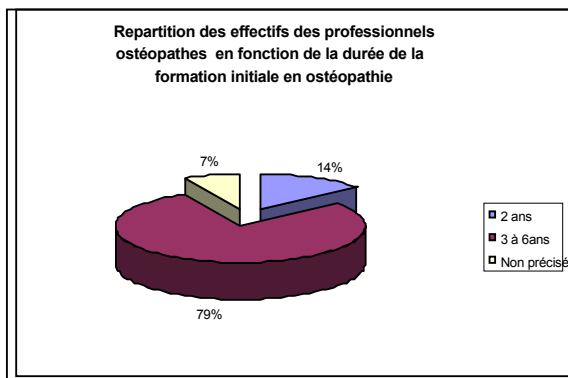


Figure 9

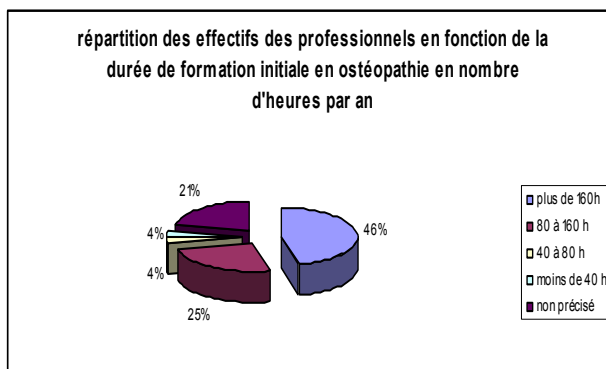


Figure 10

Les formations initiales en ostéopathie suivies par les professionnels pratiquant l'ostéopathie sont plutôt des formations longues de 3 à 6 ans pour 79% d'entre eux et dont la durée serait plutôt supérieure à 160 heures par an pour 46% d'entre eux. 71% ont suivi une formation d'une durée supérieure à 80h par an. Ce n'est pas négligeable mais tout dépend des contenus et des pédagogies de formation.

### Année d'obtention du diplôme :

| date diplôme  | effectifs |
|---------------|-----------|
| janv-76       | 1         |
| janv-83       | 1         |
| janv-88       | 1         |
| janv-91       | 1         |
| janv-92       | 1         |
| janv-95       | 1         |
| janv-98       | 1         |
| janv-00       | 2         |
| janv-02       | 3         |
| janv-04       | 4         |
| janv-05       | 1         |
| janv-06       | 1         |
| janv-07       | 1         |
| janv-08       | 1         |
| non précisé   | 8         |
| <b>totaux</b> | <b>28</b> |

Tableau 4

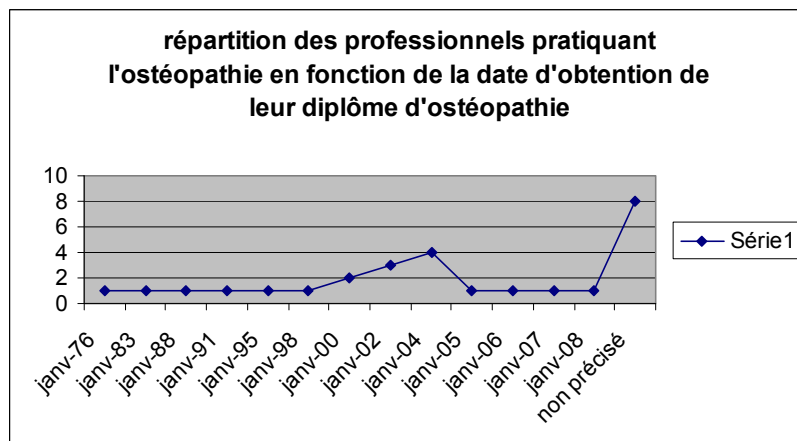


Figure 11

Les abstentions nombreuses (8 sur 28) à cette question de date du diplôme et la petitesse de l'échantillon ne permettent pas une déduction très significative. Cette modalité de la question a pu leur paraître sans importance ou la question a été mal formulée ou pas assez mise en valeur.

Sur le reste de l'échantillon, on constate néanmoins un pic de 2001 à 2004 (soit 8 individus, 28% par rapport au nombre total enquêtés ou 40% de ceux qui se sont prononcés), qui pourrait être lié à la date de reconnaissance du titre d'ostéopathe en mars 2002. La légalisation du titre d'ostéopathe aurait peut-être influencé les formés dans leur décision, les autres résultats étant similaires et reproductibles avec un professionnel sur une année environ. Ces résultats pourraient être à corrélés à d'autres indices comme par exemple la posture des professionnels et le profil identitaire.

### 5. Les articles et les écrits professionnels :

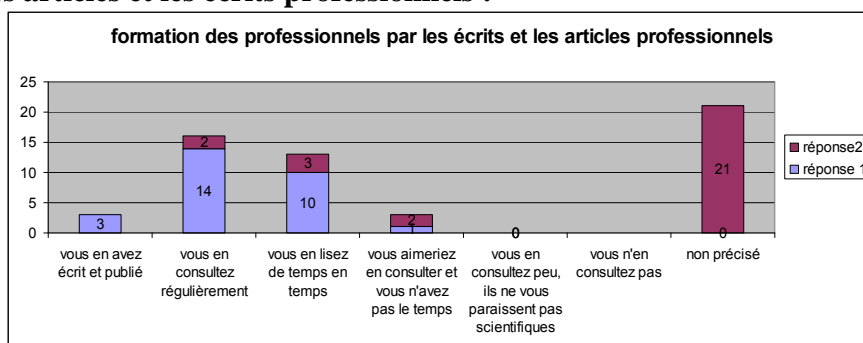


Figure 12

La majorité des professionnels lise des articles professionnels, pour environ la moitié d'entre eux régulièrement, pour l'autre moitié de temps en temps. Rares sont les professionnels (au nombre de 3 soit 11%) qui ont déjà écrit et publié des articles professionnels. Peut-être correspondent-ils à un profil particulier ? Un seul aimerait en consulter et n'a pas le temps, aucun autre en consulte peu ou pas du tout. Ceci prouve que les professionnels s'intéressent aux évolutions de leur profession et que rare sont ceux qui créent et produisent des écrits professionnels.

### 6. Les formations complémentaires en ostéopathie auxquelles vous avez participé :

La première réponse montre que 5 professionnels sur 28 (soit 18%) n'ont pas effectué de formations complémentaires. La majorité des formations sont effectuées sous forme courte de 1 à 5 jours par an (réponse 1). Les réponses cumulées montrent aussi une légère prédominance des séquences de formations par rapport aux formations longues sachant que les réponses 2 et 3 sont peu significatives (beaucoup de non réponses). Les professionnels semblent effectuer peu de formations suites à leur formation en ostéopathie.

Est-ce en rapport avec la longueur et la durée assez importantes en heures de formations par an ? Ou est-ce dû à la l'absence de besoin de se former car les professionnels pensent avoir trouvé la formation indispensable ?

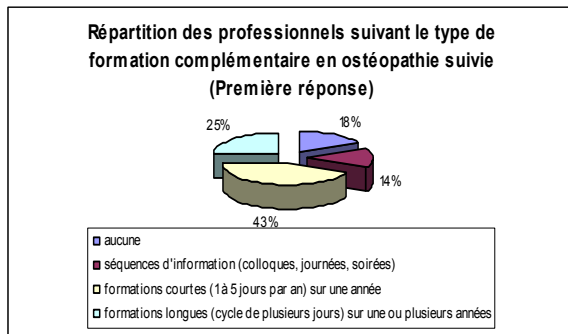


Figure 13

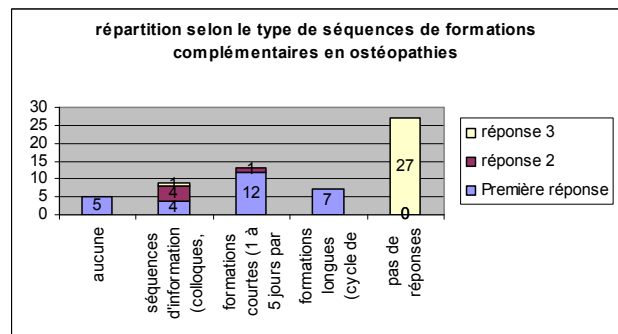


Figure 14

### 7. Si vous avez suivi un parcours universitaire, quel est le grade le plus élevé de votre diplôme ?

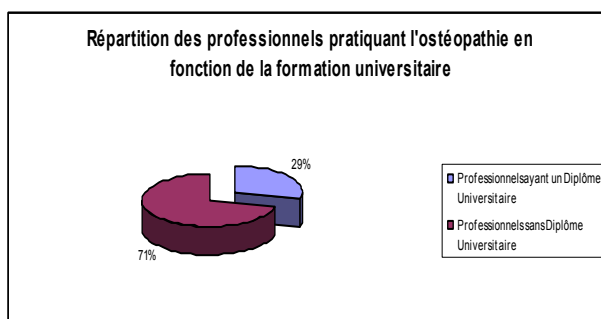


Figure 15

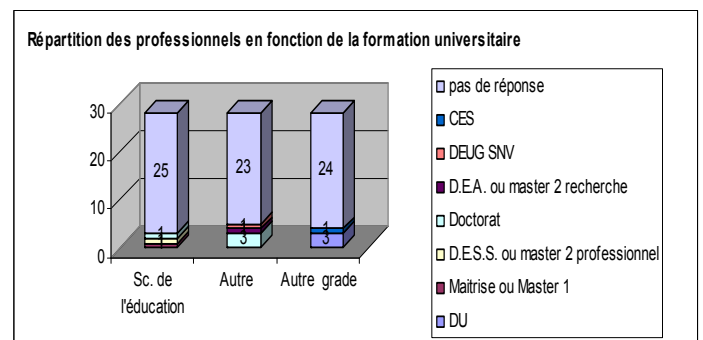


Figure 16

Huit professionnels affirment être diplômés suite à un cycle de formation universitaire soit 29%, près d'un tiers. Les autres professionnels n'ont aucune formation universitaire. Qui sont ces professionnels ? Quelle portée peut avoir cette formation sur ces professionnels ?

En sciences de l'éducation : seuls 3 professionnels sont diplômés en Sciences de l'Éducation, du grade le moins élevé Maîtrise ou Master 1 au plus élevé Doctorat Sc. E.

En d'autre discipline universitaire : 5 professionnels déclarent être diplômés du Deug au doctorat. 4 personnes déclarent avoir également effectué en plus un D.U. ou un C.E.S.

La formation universitaire pourrait être corrélée avec d'autres variables, telles que le profil professionnel, la posture, les modèles de l'éducation, les modèles de santé, invoquées.

### 8. Votre exercice professionnel est :

Les professionnels ostéopathes exerceraient pour la plupart en exercice libéral exclusif. 4 individus sur les 28 enquêtés ont un exercice mixte (libéral et salarié) soit 14% seulement. Le recrutement quasi exclusif sur les pages jaunes est un biais dans l'enquête au recensement de professionnels salariés.

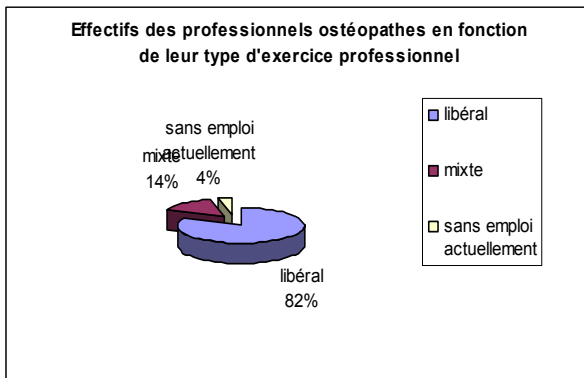


Figure 17

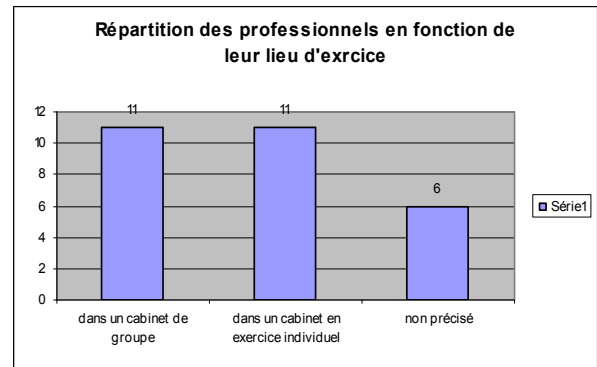


Figure 18

### Date de 1<sup>er</sup> exercice de la fonction d'ostéopathe :

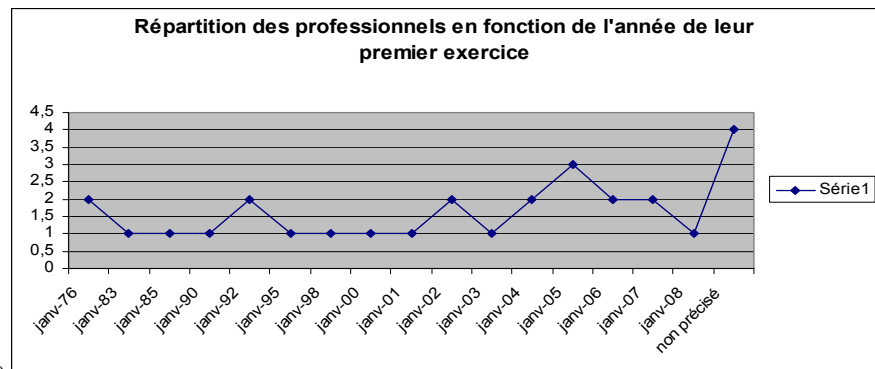


Figure 19

On constate un petit pic à proximité de l'année 2005-2006. Ce phénomène pourrait être lié à l'installation de jeunes diplômés qui ont terminé leur cursus ou d'anciens diplômés qui ont osé affirmer leur profession suite à la parution du titre d'ostéopathe en 2002.

### Date de 1<sup>ère</sup> installation ostéopathe :

Le constat est similaire au précédent. Ce phénomène pourrait donc être lié au statut, à l'identité.

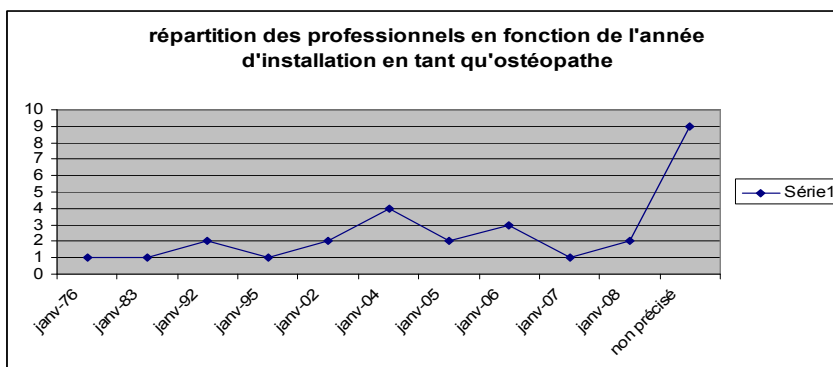


Figure 20



9. Quel temps représente votre pratique ostéopathique par rapport à votre temps de travail total ?

| Temps de pratique ostéopathique par rapport au temps de travail total | effectifs |     |
|---|-----------|-----|
| - de 25%  | 9         | 1/3 |
| entre 25 et 49 %  | 5         | 1/3 |
| entre 51 et 75%   | 2         |     |
| + de 75%  | 3         |     |
| La totalité   | 9         | 1/3 |

Tableau 5

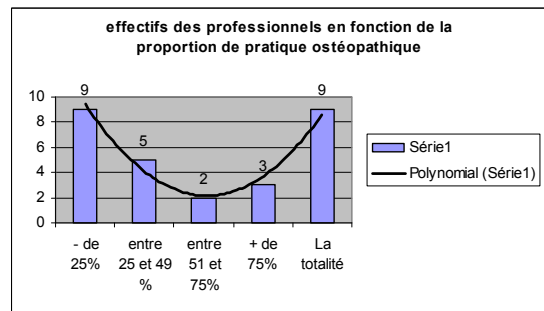


Figure 21

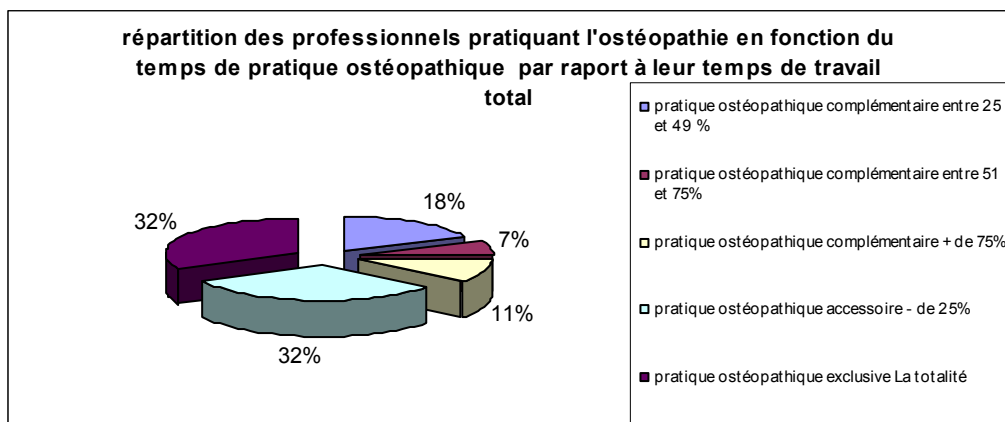


Figure 22

Un tiers de professionnels pratique l'ostéopathie de manière exclusive. Dans leur cas, la pratique ostéopathique doit donc être en accès direct.

Les deux autres tiers pratiquent l'ostéopathie de manière complémentaire. La moitié d'entre eux exerce en ostéopathie de manière très accessoire (moins de 25% de leur activité). Ce qui déterminerait trois sous groupes (- 25%, de 25% à 75%, la totalité).

Nous pouvons nous demander s'il existe ou non un lien probable avec le cursus de formation et les comportements professionnels. Il serait intéressant de corréler l'accès direct et les divers items.

**Questions relatives aux modèles de santé :**

Question 12 (21) Pour vous l'ostéopathie, c'est plutôt : (une réponse, votre préférée) et

Question 29 (25)

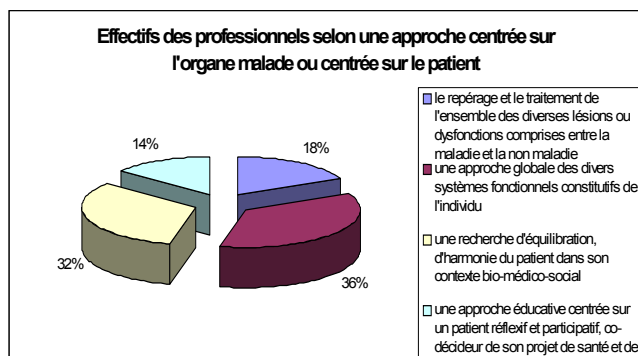


Figure 23

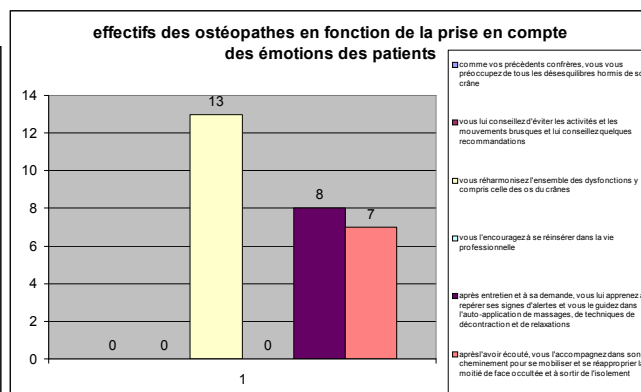


Figure 23

Un peu plus de la moitié des professionnels interrogés soit 54% pensent que l'ostéopathie est un traitement plutôt curatif soit d'une lésion ou d'une dysfonction pour 18% seulement ou avec une vision plus globale de l'organisme 36%. Et c'est plutôt positif, un individu ne peut pas être et ne devrait plus être considéré que par une articulation ou un organe dysfonctionnant, mais cette vision reste très insuffisante. L'être humain ne peut pas non plus être assimilé qu'à son organisme, il est également une tête pensante qui a des sentiments, qui a ses propres références, ses propres valeurs, qui vit dans et avec son contexte psychosociologique. Cette démarche de soin semble déjà être privilégiée par 32% des enquêtés soit un tiers des professionnels de l'ostéopathie. Cela témoigne d'une volonté des professionnels de la santé d'évoluer au profit d'un système de santé global plutôt que curatif.

Si le patient est mieux considéré dans son contexte de vie, il n'est pas encore évident que celui-ci soit placé au centre du dispositif de soin. Sa participation ne semble pas majeure, la prise en compte de ses besoins et de ses demandes est loin d'être entendue et satisfaite. Les 4% seulement de réponses pour une approche éducative centrée sur un patient réflexif et coauteur de son projet de soin témoignent de la difficulté des professionnels pratiquant l'ostéopathie et des professionnels de santé en général à se positionner comme accompagnateur, comme éducateur. Ils gardent le pouvoir, la suprématie dans le soin où ils pensent être les seuls en tant que professionnels à détenir le savoir et le pouvoir de guérir. Ils ordonnent, ils prescrivent ce qu'il est bon pour le patient. Ce dernier résultat est assez singulier.

Question 15 (22) Au cours de la séquence de soins, vous remplissez un dossier avec la participation de chaque patient : (une seule réponse possible)

La plupart des professionnels de l'ostéopathie remplissent un dossier, semblent suivre et notifier l'évolution des patients. Cette démarche pourrait même être automatisée pour les 71% qui ont

répondus systématiquement et ne plus entraîner par conséquent de remise en question au cours de l'évaluation.

|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| (22) 15-fusion évaluation-soin | effectifs |
| systématiquement               | 20        |
| fréquemment                    | 4         |
| rarement                       | 2         |
| jamais                         | 2         |
| <b>totaux</b>                  | <b>28</b> |

Tableau 6

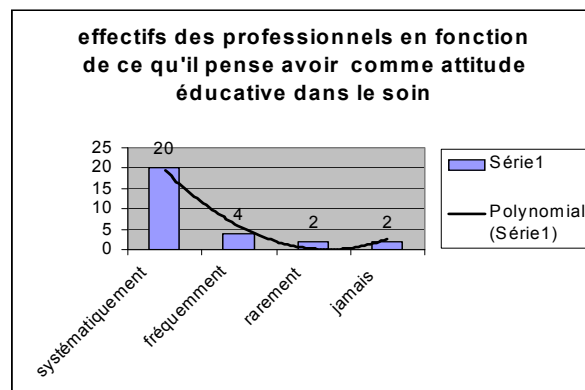


Figure 24

Pourtant l'évaluation, si elle comprend le patient, devrait être dans le domaine de l'imprévu. Les résultats sont plutôt positifs pour le suivi et la sécurité des soins aux patients avec seulement 8 personnes qui ne remplissent pas ou jamais de dossiers avec leur patient. Néanmoins, cette majorité de réponses « systématiquement » pourrait laisser penser qu'une confusion ait pu être faite, de par la question, entre évaluation et bilan. Compte tenu des réponses à la question précédente où la coparticipation au cours du soin ne semble pas majeure, il est possible que l'évaluation ressemble plus à un bilan que le professionnel ferait du patient et de son contexte.

Question 20 (23) Les projets politiques en santé dont la loi du 04 mars 2002 répondent-ils aux valeurs et aux sens que vous donnez à vos actions professionnelles? (Une réponse, votre préférentielle)

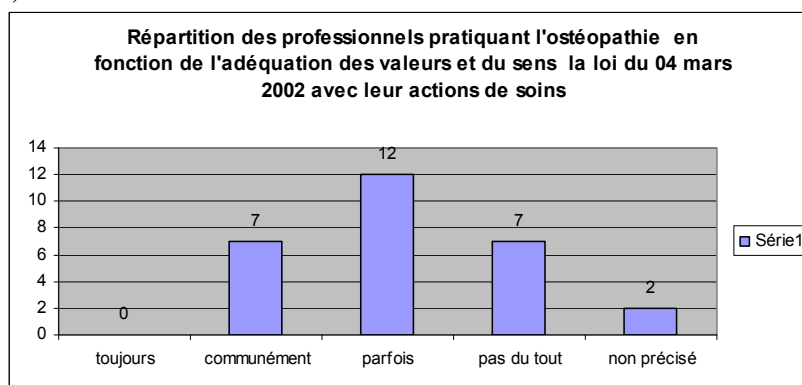


Figure 25

Un nombre relativement important (deux tiers des professionnels interrogés) ne connaîtrait pas ou mésestimeraient l'existence de la loi du 04 mars 2002. Le tiers restant heureusement s'y réfère communément. Soit les deux items communément et toujours étaient trop proches et n'ont pas permis une graduation des réponses suffisantes. Donc un certain nombre de réponses se sont retrouvées nivelées vers le bas, soit les résultats reflètent bien la situation actuelle.

Ces derniers devraient évoluer vers la connaissance des modèles de santé pour améliorer le respect des droits des patients et de la mise du patient au cœur du système de soin en s'inscrivant dans un modèle de santé global complexe.

Question 23 (24) Pensez-vous que les seules techniques ostéopathiques puissent permettre l'amélioration de l'état de santé des patients : (une réponse, votre préférée)

| (24) 23-esprit critique, remise en question de la pratique professionnelle | Effectifs |
|--|-----------|
| toujours   | 0         |
| souvent  | 16        |
| occasionnellement  | 8         |
| pas du tout  | 4         |
| <b>totaux</b>  | <b>28</b> |

Tableau 7

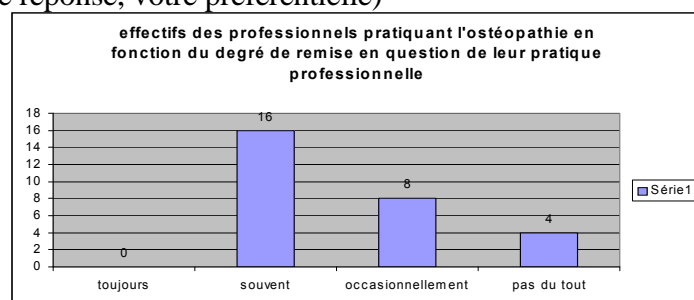


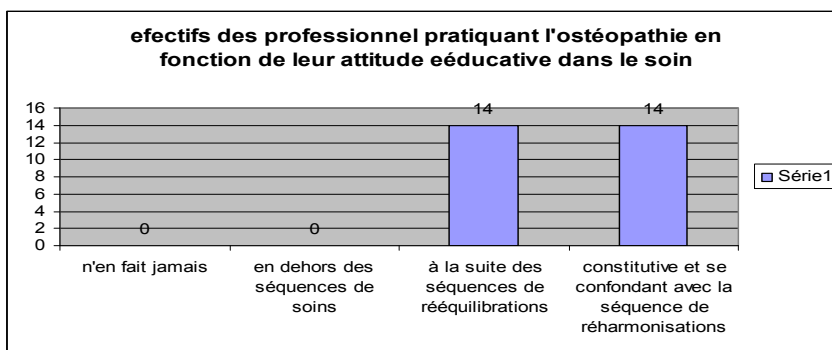
Figure 26

Les professionnels pratiquant l'ostéopathie s'inscriraient majoritairement dans une conception du soin de préférence mécaniciste avec plus de 50% qui estiment que souvent les seules techniques ostéopathiques permettent l'amélioration de l'état de santé des patients. L'ensemble des autres facteurs influents et le patient, là encore, seraient en grande partie négligés. Le questionnement et la remise en question dans la pratique de l'ostéopathie ne seraient pas de rigueur, seules 4 personnes auraient un esprit critique développé de leur pratique professionnelle. A la fois ces résultats sont également rassurants dans le sens où l'on pourrait également considérer que ces professionnels ont certainement confiance en ce qu'ils font et qu'ils sont convaincus des bienfaits de leur pratique professionnelle, d'où le peu de doute et de contingence au cours des soins. Néanmoins, cette pratique continue de s'appuyer essentiellement sur des savoirs de l'expérience où elle fait ses preuves plutôt que de démontrer scientifiquement ses bien-fondés.

Question 30 (26) Comment concevez-vous l'éducation en santé au cours de vos actions ostéopathiques? (une réponse, votre préférée) FE

Nous avons vu précédemment que l'éducation au cours du soin semblait insuffisante. Tous les professionnels font ou ont l'impression de faire de l'éducation pendant le soin. Pour moitié d'entre eux, le soin et l'éducation restent distincts et la technique reste favorisée, l'éducation ne venant qu'à la suite, secondairement. L'autre moitié ne les isole pas, ils mêlent l'éducation et le soin, ceux-ci s'inscriraient plus dans une démarche de soin Global complexe.

Figure 27



Question 32 (27) Après une séquence de réharmonisation où la personne vous dit: "enfin, vous êtes le seul à m'avoir guéri": (une réponse, vôtre préférée) FU

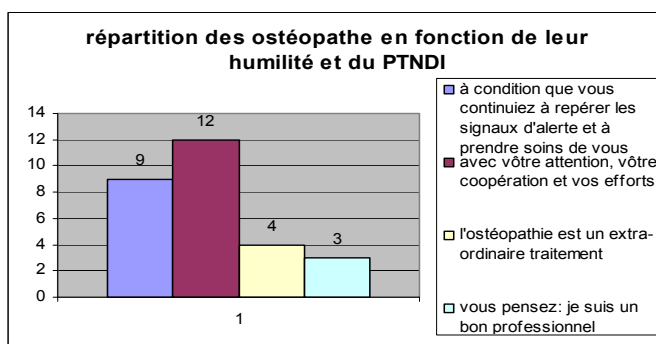


Figure 28

Face à leur pratique, un grand nombre de professionnel reste modeste. Seul un quart se positionne comme des thérapeutes ayant le savoir et le pouvoir, qui détient seul la vérité et où la vérité et les potentialités du patient ne sont pas mises en exergues. Ils doivent positionner préférentiellement leur patient en posture d'agent passif et soumis. Vue la formulation de la question, l'implication très importante du répondant a pu fausser les résultats.

Question 34 (28) En tant qu'ostéopathe, sur quels déterminants pensez-vous agir préférentiellement? (Classez de 1 à 7, 1 étant le préféré) FO7

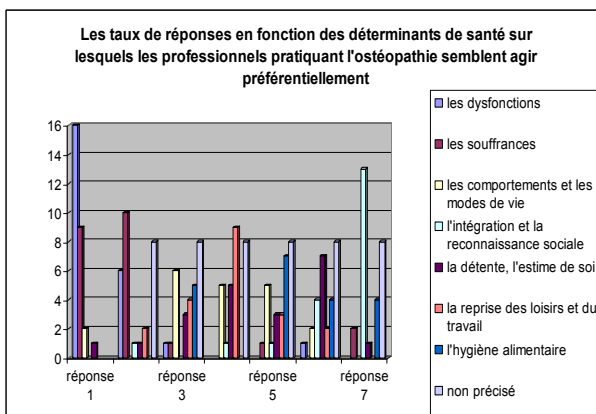


Figure 29

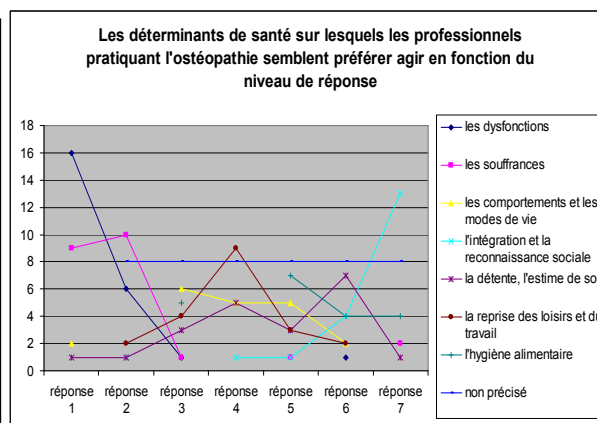


Figure 30

Compte tenu du nombre important d'absence de réponses hormis pour la première réponse, nous pouvons nous poser la question de savoir si la question ne comportait pas d'ambiguïté ou de difficulté particulière. Tout simplement les thérapeutes n'ont peut-être vu que les items qui correspondaient à leur pratique régulière, ne voyant aucun ou peu d'intérêt pour les autres. Les schémas sont intéressants si nous faisons abstraction des non-réponses.

Les déterminants de santé sur lesquels l'ensemble des individus de l'échantillon semble préférentiellement agir, sont les dysfonctions en premier lieu, les souffrances ensuite. Les réponses semblent confirmer la logique mécano-thérapeutique dans laquelle un nombre important de professionnels pratiquant l'ostéopathie s'inscrirait (réponses 1 et 2). Les comportements et modes vies arrivent en troisième choix (réponse 3) et pourtant les facteurs comme l'intégration et la reconnaissance sociale, la détente et l'estime de soi ne semblent que peu les intéresser.

Si on cumule l'ensemble des réponses, elles sont néanmoins assez équilibrées variant de 18 à 23 sur l'ensemble des items avec une prédominance des dysfonctions et des souffrances qui arrivent légèrement en tête.

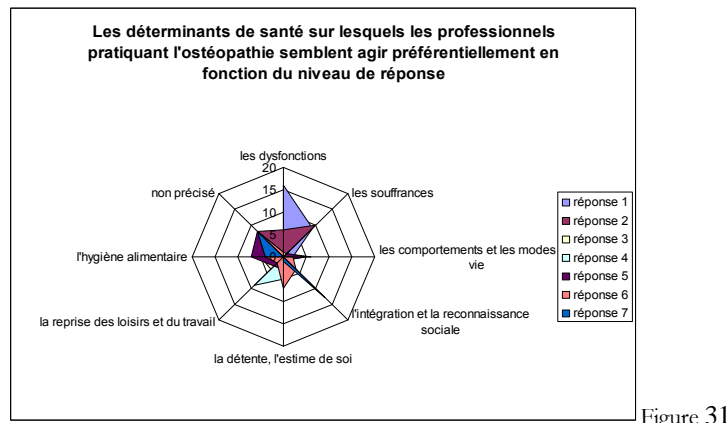


Figure 31

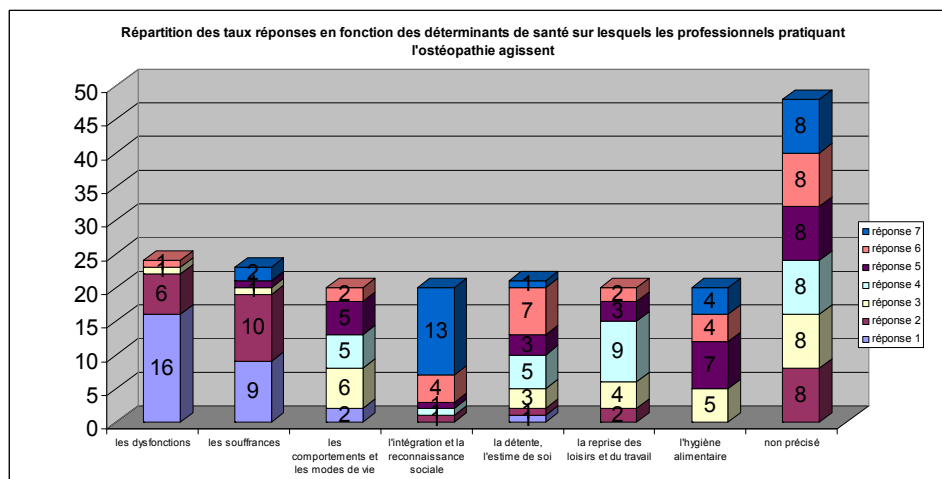


Figure 32

## Questions relatives aux activités d'éducation et d'aide à l'apprentissage:

Question 11 (29) Au cours de votre exercice professionnel, généralement (une réponse, votre préférée): FE

Bien qu'aucun des professionnels ne se mette à la place de son patient, dans 86% des réharmonisations, les professionnels pratiquant l'ostéopathie ne tiendraient pas compte des freins cognitivo-affectifs du patient, ils recherchent pour lui des réponses, des stratégies à son problème de santé. En ayant cette approche, ils octroyaient à leur patient une place d'agent exécutant et plutôt que de l'aider à trouver sa propre stratégie, son cheminement particulier vers le mieux-être et la santé, les professionnels déterminent ce qui est bien pour lui. Aucun ne laisse libre cours à la réflexivité du patient. Rares sont ceux qui communiquent avec le patient et l'écourent pour comprendre ses problèmes, ses points de vue, ses besoins, ses comportements pour mieux l'accompagner sans choc dans la déstabilisation de ses freins cognitivo-affectifs et proposer ses savoirs et savoir-faire de manière non dogmatique.

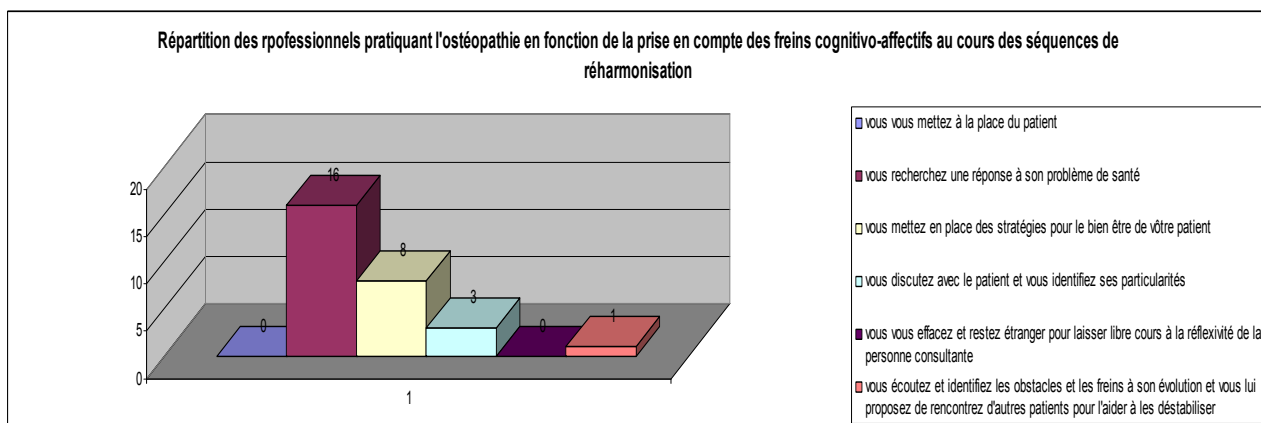


Figure 33

Question 14 (30) Depuis que vous exercez l'ostéopathie (une réponse, votre préférée): FU

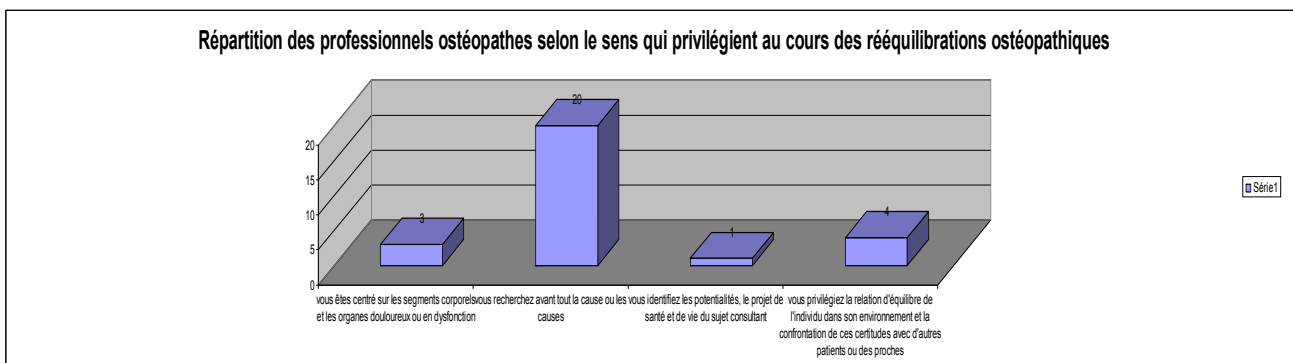
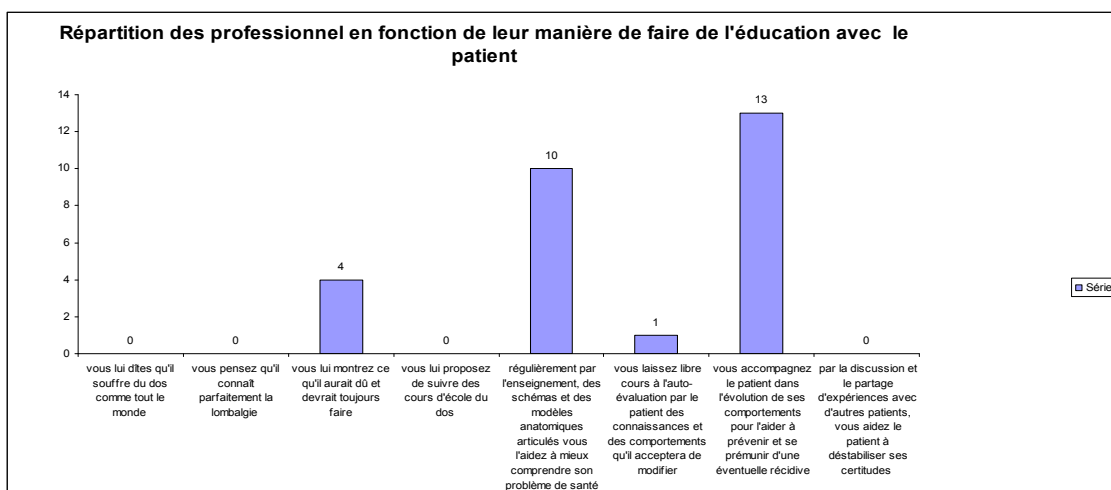


Figure 34

Le sens privilégié au cours des réharmonisations ostéopathiques est très majoritairement la recherche de la ou des causes liées au problème de santé. Les dysfonctions corporelles sont les préoccupations majeures des professionnels de l'ostéopathie. Le contexte bio-psycho-social et les potentialités, que le patient peut développer, au cours de la réharmonisation, ne les interpelleraient pas ou peu. Ces résultats confirment encore que l'attitude professionnelle des ostéopathes s'inscrit majoritairement dans un modèle de soin de type curatif en considérant plutôt que la symptomatologie.

Question 28 (32) Lorsqu'un patient consulte suite à un lumbago ou une lombalgie, préférentiellement: (une réponse, votre préférentielle) FU



Figure

35

Il y a deux attitudes. Une plutôt de type positiviste et un mode d'apprentissage béhavioriste où 50% des professionnels transmettent des savoirs à acquérir, où ils contrôlent l'erreur et la corrigent, où ils montrent ce qui est bon de faire. La deuxième plutôt de type phénoménologique où les 50% de professionnels restants vont chercher à analyser puis développer les potentialités du patient, pour l'aider à s'autonomiser. Dans cette dernière conduite, un très faible pourcentage de professionnels (4%) va permettre au patient de s'auto évaluer pour mieux se questionner.

L'animation d'atelier de type école du dos n'est pas considérée comme un atout pour ces professionnels ni même la confrontation et le partage d'expérience avec d'autres patients. L'accompagnement individuel, le duo soignant-soigné est une exclusivité. Cette attitude est peut-être liée au type et au lieu d'exercice libéral (seuls quatre individus ont un exercice mixte et



aucun n'est salarié). Les facteurs espaces et temps sont souvent très limités en libéral par l'étroitesse des locaux et un temps imparti compté et facturé directement au patient même si l'on sait que les groupes de pairs sont les plus favorables au questionnement, à la déstabilisation des idées et des attitudes préconçues.

Question 37 (33) Pour vous, un ostéopathe devrait:(une réponse, votre préférée) FM 2  
S'ils ne le font pas forcément au cours de leur pratique, néanmoins ils pensent qu'éduquer les patients à gérer leur santé, que d'aider les patients à comprendre leur situation et de les aider en fonction de leurs potentialités et de leur contexte sont importants (21 individus sur 28 soit ¾).

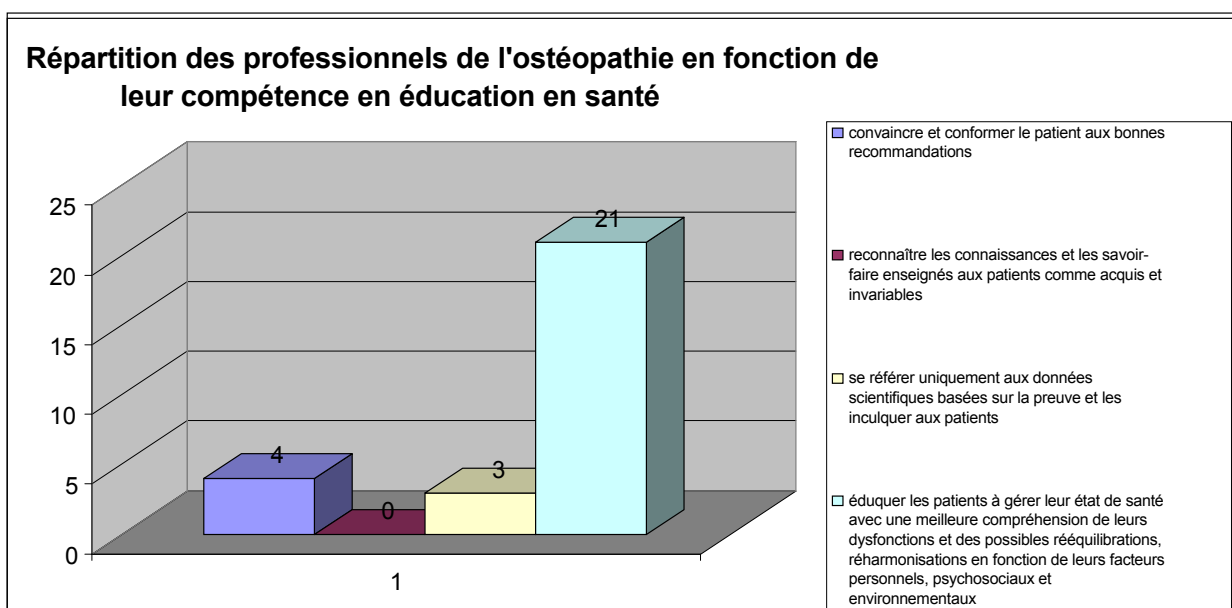


Figure 36

Question 38 (34) La création d'un réseau en ostéopathie vous semblerait intéressante pour: classez dans l'ordre de 1 à 7, 1 étant le préféré) FO7

Hormis la première réponse où l'abstention à la question est faible (3/28), pour les autres réponses, elle est de 29% (8/28) donc leur interprétation ne sera pas très représentative de la réalité. Soit la question a mal été posée soit les professionnels pratiquant l'ostéopathie ne voit que peu d'intérêt à créer un réseau de soin, si ce n'est pour collaborer avec d'autres professionnels de la santé pour assurer la continuité des soins.

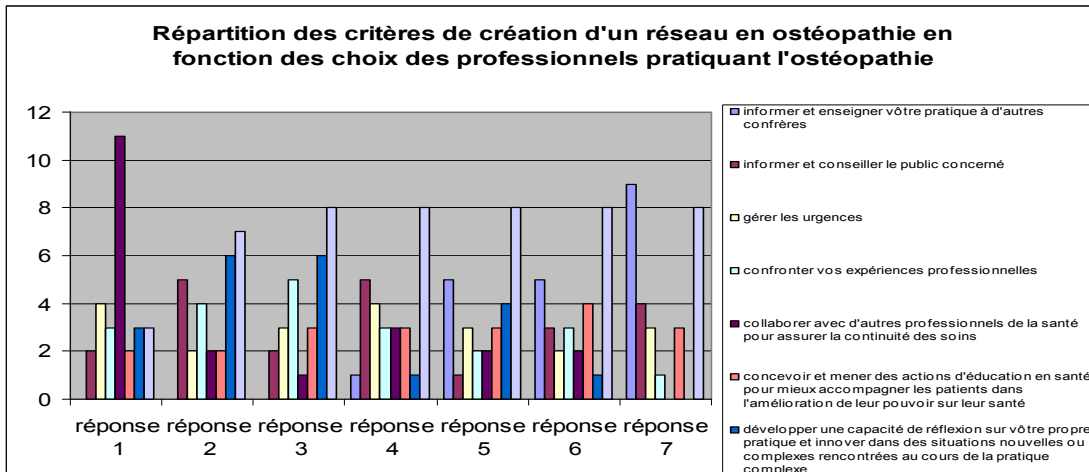


Figure 37

Le soin à la personne, la thérapeutique prédomine. Le deuxième critère serait de développer une capacité de réflexion sur la pratique et d'innover dans des situations nouvelles ou complexes rencontrées au cours de la pratique.

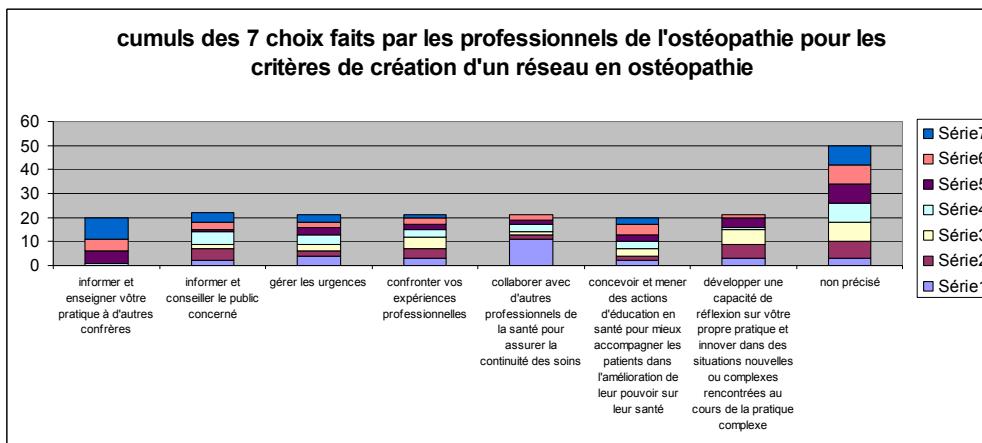


Figure 38

L'ensemble des critères a une distribution équilibrée et moyenne si l'on considère le cumul des 7 réponses.

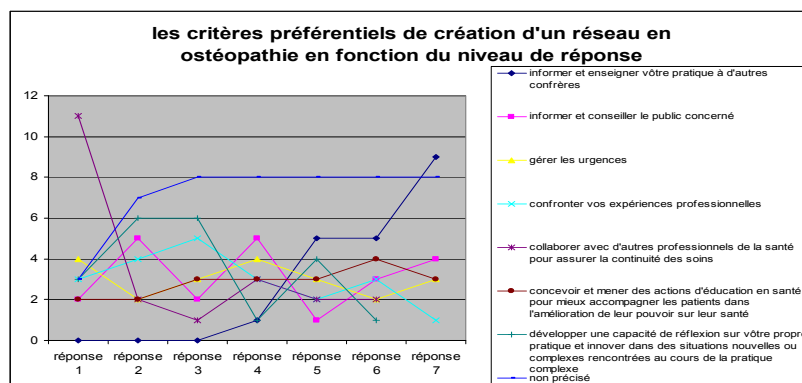


Figure 39

L'enseignement aux autres confrères est un critère mineur qui n'apparaît que tardivement et faiblement à partir de la réponse 3.

**Questions relatives aux postures :**

Question 13 (35) Au cours des séquences de réharmonisations (une réponse, votre préférée) : FU

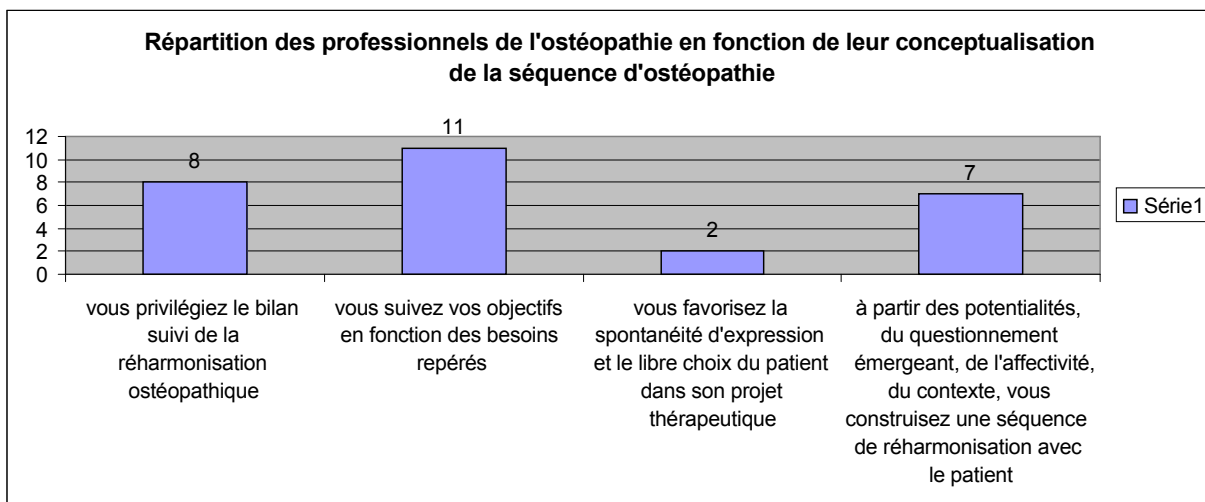


Figure 40

La majorité d'entre eux, les deux tiers (68%) suivent un programme préétabli à l'avance. Ils suivent des objectifs qui sont décidés à l'avance. La démarche est de type positiviste et behavioriste : le patient n'est pas impliqué personnellement, seuls ses besoins sont repérés pour adapter la réharmonisation à ses seuls critères mesurables. Le bilan, les mesures, les objectifs prédéfinis en sont les principales caractéristiques pour une démarche de soin.

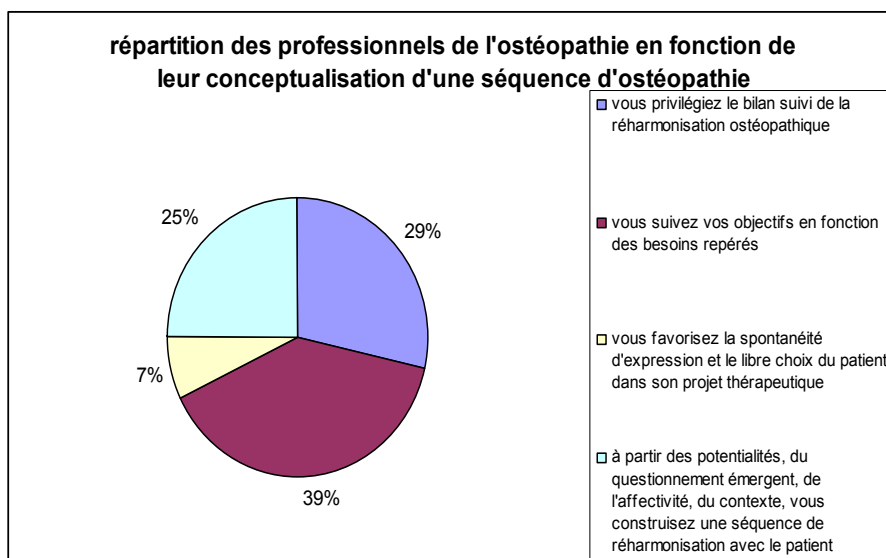


Figure 41

L'autre tiers a la capacité de réorientation et de modification du programme qui se crée en cheminant avec le patient. Dans ce cas, la phénoménologie est représentée par l'imprévisible, la remise en question, le doute. La séquence de réharmonisation est co-conceptualisée avec le patient.

Question 16 (36) Vous transmettez : (une réponse, votre préférée)  
Décider, s'autoriser, être autonome FE

Un quart des ostéopathes pense être seul à pouvoir repérer des dysfonctions (sous-entendu également à connaître leur savoirs et savoir-faire de l'ostéopathie). Ils ne souhaitent pas communiquer et partager les problèmes de santé du patient avec d'autres professionnels, même pas avec son médecin traitant. Ce qui est à mon avis contraire à la sécurité des patients.

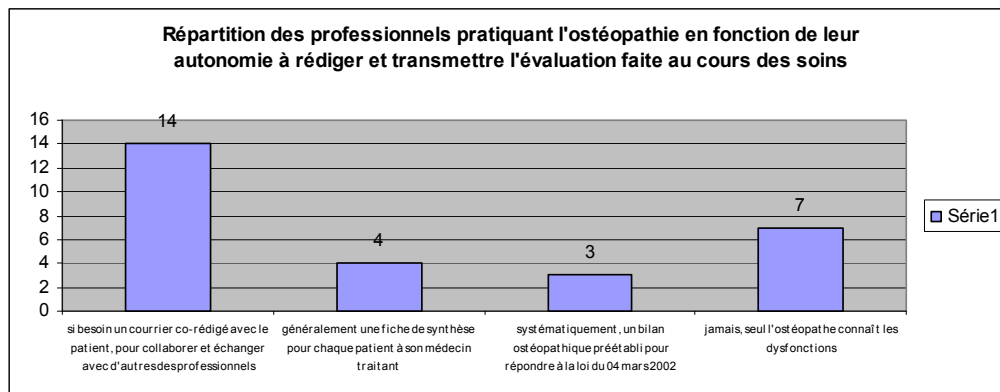


Figure 42

L'ostéopathe ne peut pas tout connaître, ni tout maîtriser. La collaboration avec d'autres professionnels de santé me semble indispensable à une démarche de qualité. Les trois quarts des enquêtés ont heureusement répondu qu'ils transmettaient au moins un bilan et si nécessaire un courrier co-rédigé avec le patient pour informer et coopérer avec d'autres spécialistes de la santé. Cette démarche de transmission des données concernant le patient par courrier (pour 50% d'entre eux) montre une évolution du système de santé vers la co-construction du projet de santé entre le patient et plusieurs professionnels de santé.

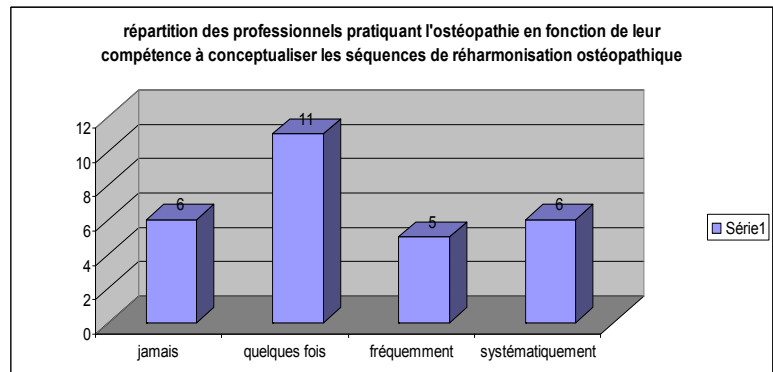
Question 24 (38) Vos réharmonisations ostéopathiques sont-elles inventées pour chaque personne consultante? (une réponse, votre préférée) FE

La majorité des professionnels ostéopathes de cet échantillon (60%) ne conceptualise jamais ou rarement les séquences de réharmonisation. Les rééquilibrations sont protocolaires, nous avons vu précédemment que dans une majorité de cas, elles répondraient à la recherche de la ou des causes et à la normalisation d'une dysfonction. Seuls 20% inventent systématiquement et de

manière singulière les séquences de soins pour chaque patient. Bien qu'une approche particulière et co-inventée avec le patient soit essentielle, elle reste très insuffisante dans la pratique ostéopathique.

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| (38) 24- créer, inventer | effectifs |
| jamais                   | 6         |
| quelques fois            | 11        |
| fréquemment              | 5         |
| systématiquement         | 6         |
| <b>totaux</b>            | <b>28</b> |

Tableau 8 Figure 43



Question 25 (39) Une douleur ou une irradiation lors de la mise en tension des diverses structures musculo-squelettiques précédant la réharmonisation (une réponse, votre préférée) : FU

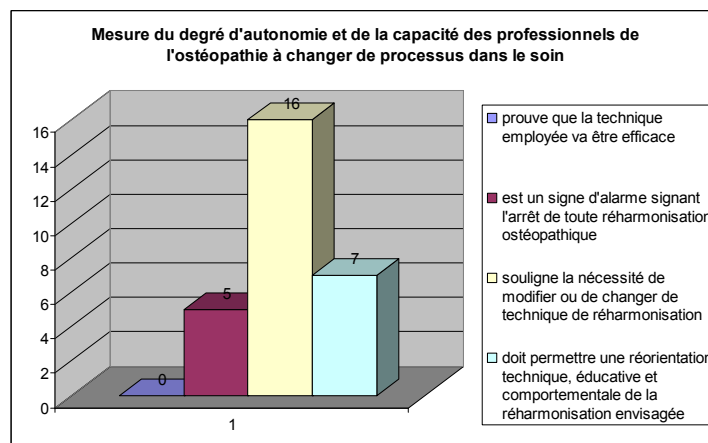


Figure 44

De nombreux professionnels se permettraient d'adapter les protocoles techniques, de changer de technique de rééquilibration (23/ 28). Seuls quelques uns parmi eux (25% dans cette étude) auraient la capacité et s'autoriseraient à modifier la séquence de réharmonisation et non pas seulement son abord technique. Ils concevraient et modifieraient si nécessaire les objectifs, les contenus et les modalités d'une séquence d'ostéopathie par une réorientation technique, comportementale et éducative. En fonction du contexte et des réactions du patient, le professionnel pourrait faire un va-et-vient entre les différentes théories de l'apprentissage, les diverses modèles de l'évaluation, il déciderait de plus ou moins placer le patient au cœur du dispositif de soin et de s'accomplir tour à tour comme guide ou accompagnateur du projet de santé du patient.

Question 39 (40) Pouvez-vous décrire une situation pour laquelle vous avez inventé un traitement ou une technique qu'il serait intéressant d'expérimenter ou que vous ayez expérimenté vous-même ? Création, innovation conceptualisation OT

### Questions relatives aux modèles de l'évaluation :

Question 21 (41) Vous évaluez vos compétences préférentiellement en rapport avec: (classez dans l'ordre, de 1 à 6, 1 étant le préféré) FO6

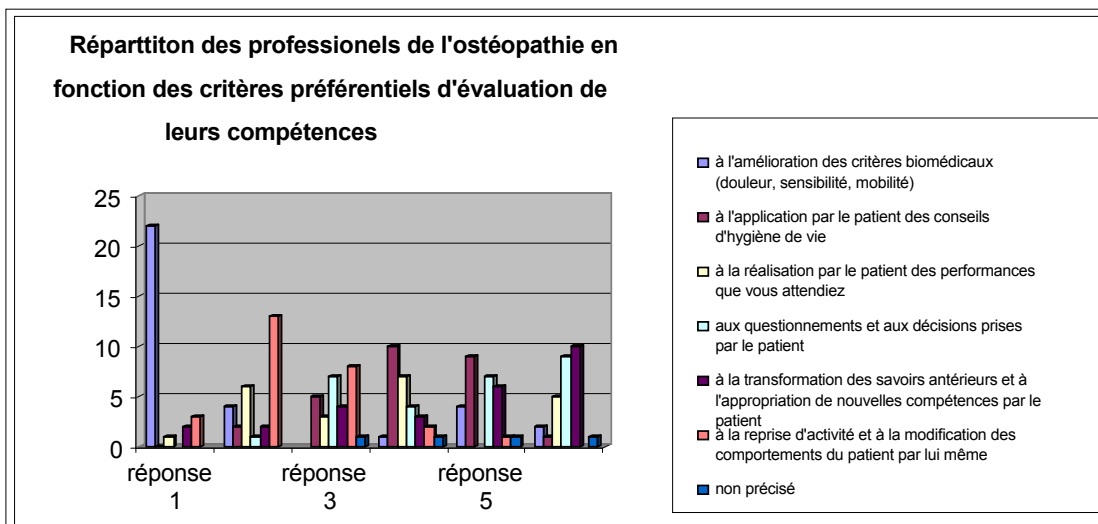


Figure 45

Que ce soit en première réponse ou en réponses cumulées, pour évaluer leurs compétences, les professionnels pratiquant l'ostéopathie feraient confiance préférentiellement à l'amélioration des critères biomédicaux des patients. Ce critère est assez fortement pointé et il confirmerait l'orientation plutôt biomédicale et assez positiviste du soin pratiqué en ostéopathie.

En deuxième et troisième positions, les critères préférentiels les plus choisis sont la reprise d'activité et la modification des comportements du patient par lui-même. Ces choix pourraient être liés au fait que les masseurs-kinésithérapeutes qui ont répondu sont assez nombreux et que l'activité d'ostéopathie s'inscrirait préférentiellement dans une démarche de rééducation, que le rétablissement la fonction et retour à une meilleure fonctionnalité seraient inscrites au cœur du soin.

Si nous cumulons pour chaque critère l'ensemble des réponses, la deuxième réponse la plus citée est : aux questionnements et aux décisions prises par le patient. Les autres réponses suivent d'assez près et sont peu distinctes hormis la réponse à la réalisation par le patient des performances que vous attendiez qui arrivent loin derrière.

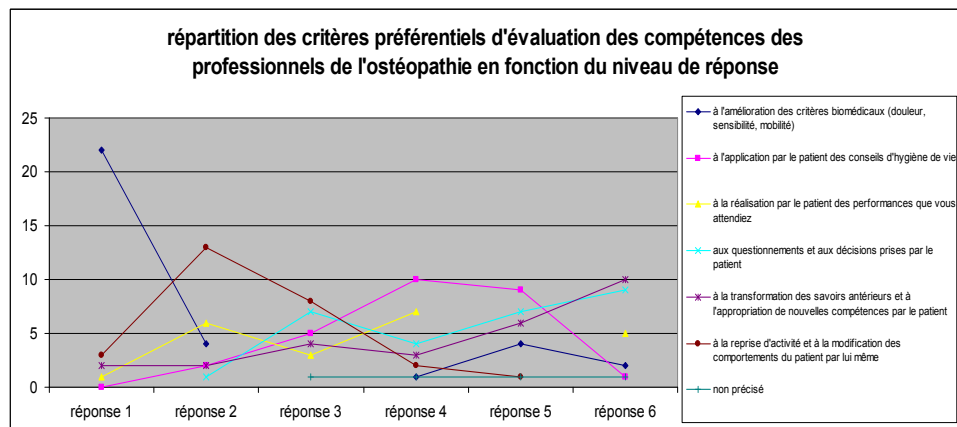


Figure 46

En tête du choix n°6 et assez mal considéré dans les premières réponses, nous retrouvons la réponse : à la transformation des savoirs antérieurs et à l'appropriation de nouvelles compétences par le patient. Ces résultats viendraient confirmer que l'attitude éducative n'est pas une priorité dans les séquences d'ostéopathie que les professionnels s'inscriraient (nous l'avons vu précédemment) plutôt dans une démarche thérapeutique (critère certainement privilégié dans le dispositif de la plupart des formations en ostéopathie).

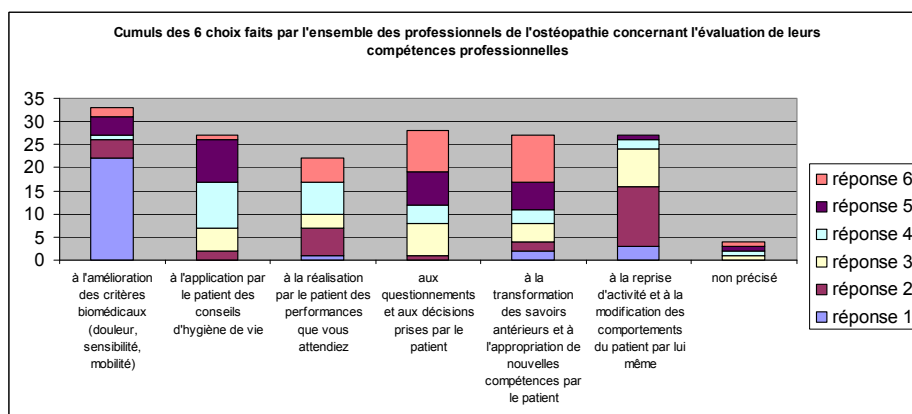


Figure 47

En réponse cumulée, à la réalisation par le patient des performances que vous attendiez est le dernier choix des professionnels de l'ostéopathie. Ceci pourrait tendre à prouver que globalement le thérapeute ostéopathe ne se mette tout de même pas à la place de son patient et que son patient n'est pas totalement agent prescrit, bien que contrairement à la question relative à la loi du 04 mars 2002, il ne serait pas ou peu mis au cœur du dispositif de soin.

Question 22 (42) Votre démarche de réharmonisation ostéopathique privilégie : (classez dans l'ordre, de 1 à 4, 1 étant le préféré) FO4

Dans 75% des cas, la première réponse est la restauration de la fonction et la maîtrise des activités gestuelles.

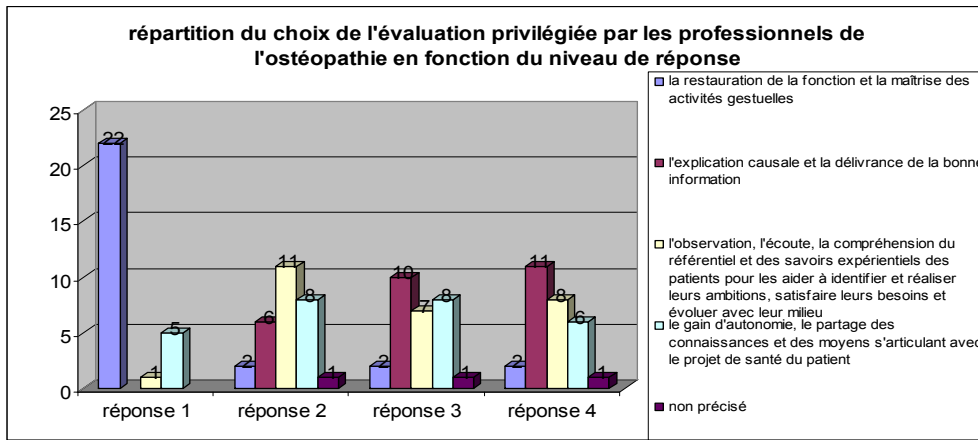


Figure 48

L'observation, l'écoute, la compréhension du référentiel et des savoirs expérimentiels des patients, pour les aider à identifier et réaliser leurs ambitions, satisfaire leurs besoins et évoluer avec leur milieu, seraient faiblement favorisés. En réponse 2, le gain d'autonomie n'est pas loin derrière et assez bien représenté sur l'ensemble des réponses.

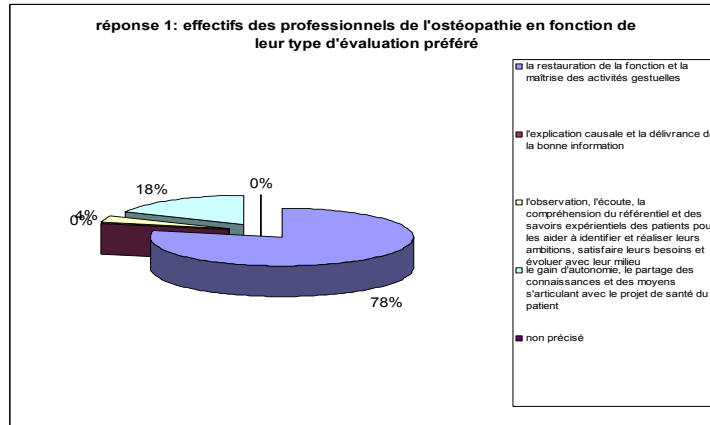


Figure 50

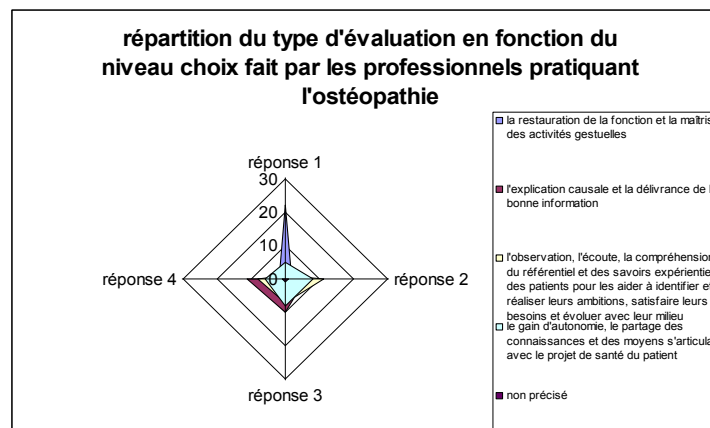


Figure 51



Le cumul des réponses montre un assez bon équilibre entre chaque réponse. La restauration de la fonction et la maîtrise des activités gestuelles sont faiblement plus représentées que les autres. Seule la première réponse fait largement la différence.

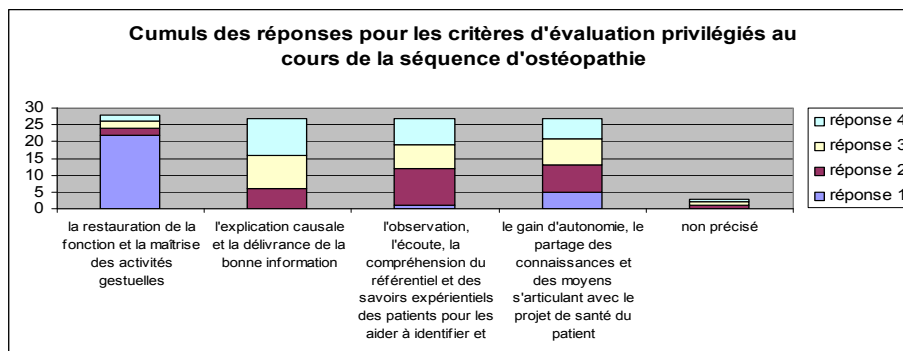


Figure 52

Question 26 (43) Un patient souffrant de migraines, à qui vous proposez de l'ostéopathie crânienne, vous interrompt pour vous dire qu'un rebouteux l'a soulagé en lui tirant sur le pied (une réponse, votre préférée) FU

Les ostéopathes s'inscriraient préférentiellement dans une attitude d'acceptation des différences, ils laisseraient place à l'imprévu, à la non-conformité comme pour l'humilité (figure 23). Cette attitude serait peut-être à rapprocher de leur situation professionnelle qui, elle-même, est restée ni structurée, ni réglementée plus d'une trentaine d'années.

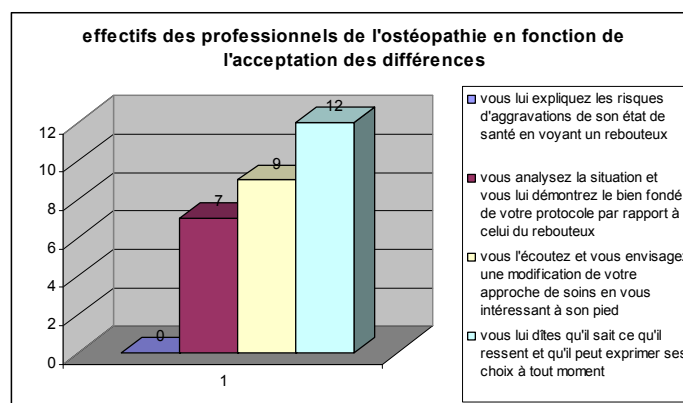


Figure 53

Question 27 (44) Un patient vous dit de temps à autre, " je me mets dans cette position d'étirement pour me faire craquer et ça me soulage ", vous vous lui diriez préférentiellement : (une réponse, votre préférée) FU

Majoritairement (22/28 soit 78% des cas), l'erreur, la non-conformité n'est pas considérée comme une faute. Ils semblent évaluer les savoirs et les savoir-faire préexistants des patients. Ils semblent écouter le patient, le questionner sans pour autant tenir compte de cette évaluation au cours du soin ostéopathique. Nous avons vu dans les réponses précédentes que la

réharmonisation était centrée sur l'organe malade, les causes du ou des dysfonctions, la technique, sans prendre en considération le patient, ni prendre en compte ses savoirs préexistants.

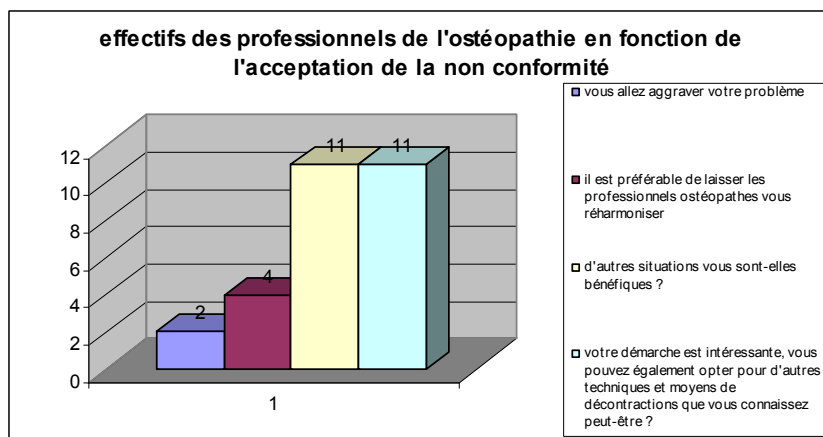


Figure 54

Question 35 (45) En tant que professionnel de santé, pensez- vous qu'il soit préférable : (une réponse, votre préférée) FE 6

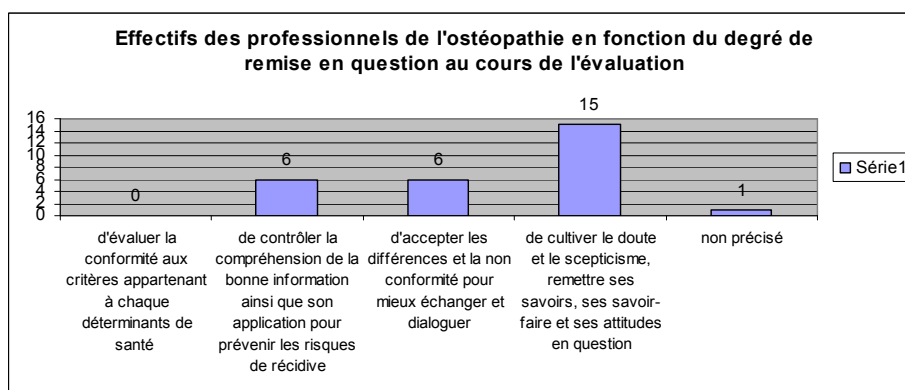


Figure 55

Les professionnels interrogés acceptent visiblement la remise en question de leurs savoirs, savoir-faire et de leur comportement dans leur travail sans accepter que les patients puissent être à l'origine de cette remise en question. Il semble que ces réponses confirment que le thérapeute en ostéopathie place son patient en posture d'agent passif ou prescrit.

L'évaluation pourrait s'apparenter à une évaluation questionnement dans une démarche de soin qui resterait de type biomédical avec un patient qui est plutôt considéré comme agent exécutant ou récepteur passif acceptant le soin prodigué sans pouvoir de décision ou sans pouvoir influencer l'approche thérapeutico-éducative.

## Questions relatives aux activités éducatives transversales :

Question 19 (31) Au cours des réharmonisations ostéopathiques, vous vous avisez essentiellement: (une réponse, votre préférée) FU

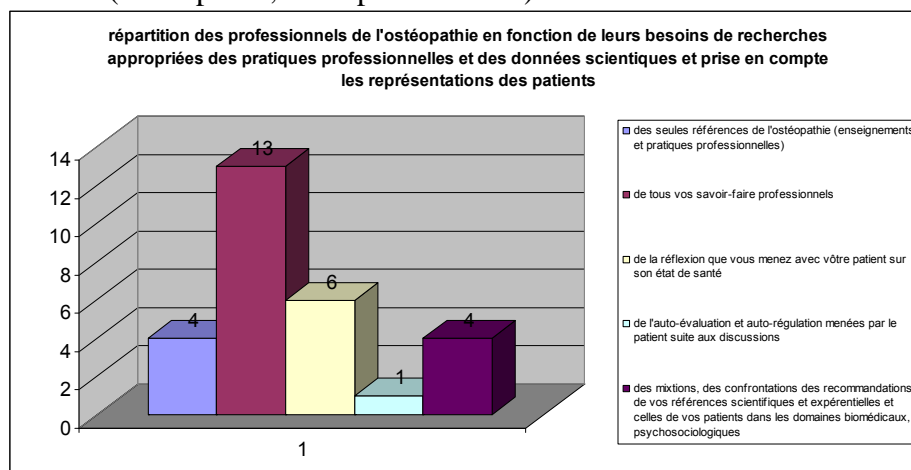


Figure 56

Seuls 4/28 soit 14% seulement des professionnels de l'ostéopathie ont la compétence de pouvoir faire des recherches professionnelles, scientifiques et didactiques appropriées sans négliger la prise en compte des représentations du patient. Cette démarche est essentielle à l'activité d'éducation dans le soin. Les 86% de professionnels restants ne semblent prendre en compte qu'une partie des critères pour répondre à la pratique professionnelle souhaitable.

Question 18 (37) La parution au J.O. des décrets d'application de l'ostéopathie : (une réponse, votre préférée) FE

Bien que la pratique de l'ostéopathie ait longtemps été non réglementée et considérée comme de l'exercice illégal de la médecine, la majorité des professionnels de l'ostéopathie ont besoin pour se rassurer de se sentir encadrés par la législation pour assumer leur fonction.

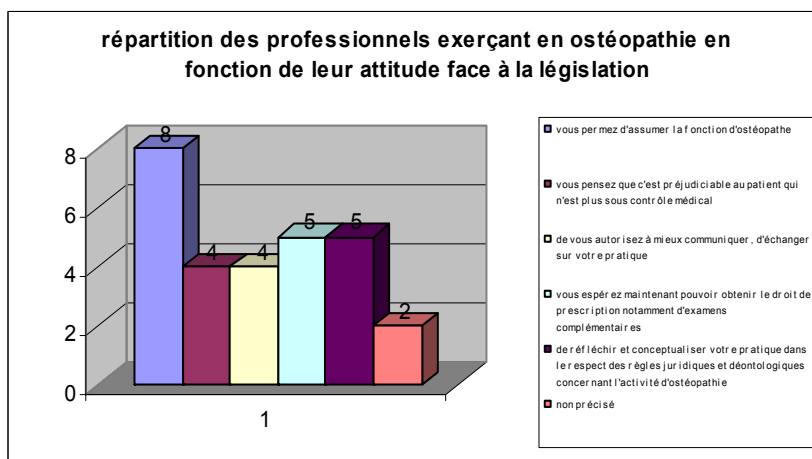


Figure 57

Seuls ceux qui ont choisi les 2 dernières réponses semblent être dans une posture d'auteur souhaitant faire évoluer la profession.

Question 10 (46) vos lectures et vos références professionnelles concernent préférentiellement: (une réponse, vôtre préférentielle) FU

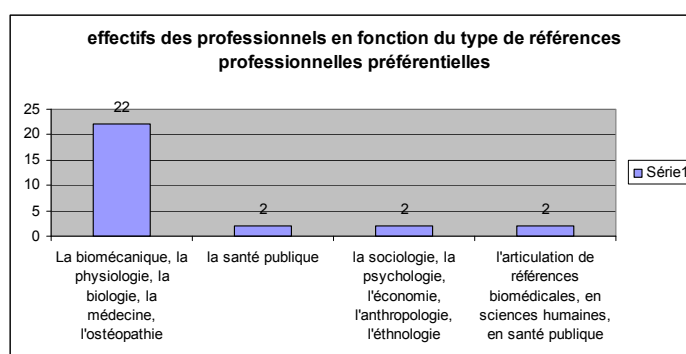


Figure 58

Les professionnels ont pour la plupart uniquement des références biomédicales et techniques. 4 sur 28 s'intéressent à des aspects plus généraux tels la santé publique ou des sujets de Sciences Humaines et Sociales et seules 2 personnes semblent articuler l'ensemble de ces données de références.

Question 17 (47) La démarche ostéopathique vous permet préférentiellement: (une seule réponse possible) FU

L'objet de la réharmonisation et la technique, sont les critères prédominants. Pour 65% des professionnels de l'ostéopathie, la démarche ostéopathique leur permet soit de normaliser les dysfonctions soit de choisir leurs techniques de réharmonisation.

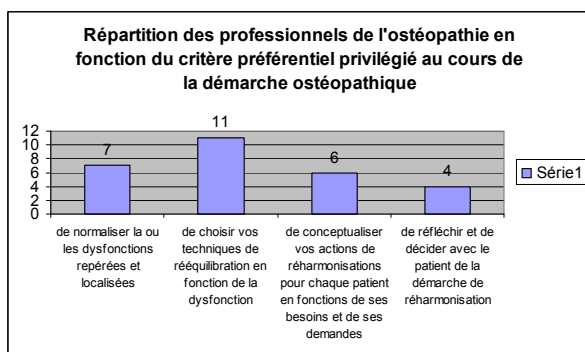


Figure 49

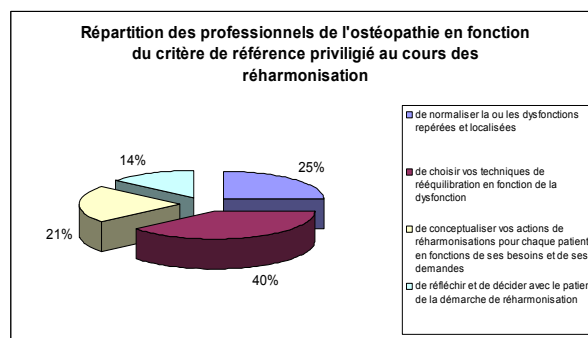


Figure 50

10 sur 28 semblent faire preuve de conceptualisation en fonction de la situation repérée et seulement 4 sur 28 co-inventeraient la séquence de soins avec le patient en faisant preuve d'initiative et de créativité.

Question 31 (48) Un patient vous dit qu'il souffre d'un torticolis depuis qu'il a eu un accident de voiture, il y a deux ans : (une réponse, votre préférée) FE

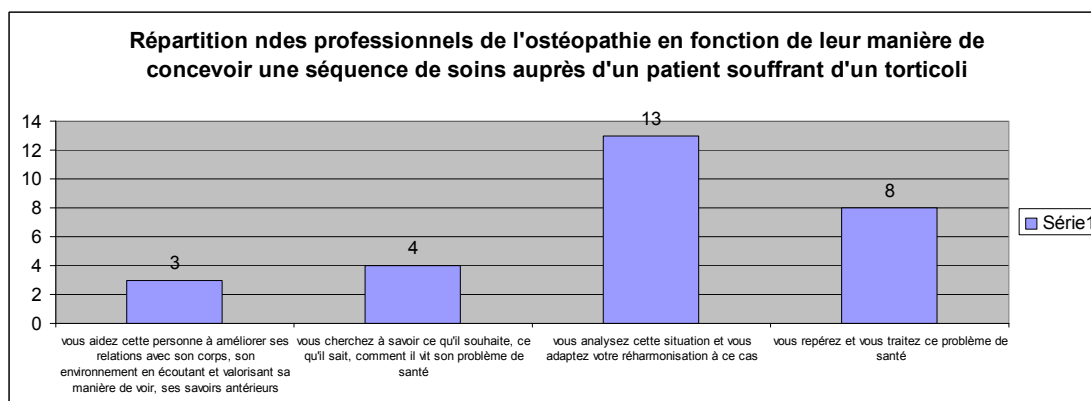


Figure 51

21 sur 28 soit 75% des individus interrogés conçoivent leur séquence de soins soit uniquement en référence au problème de santé repéré donc de manière plutôt protocolaire et standardisée pour la même dysfonction, soit en adaptant la normalisation à la situation sans prendre en compte ni savoirs préexistants, ni les obstacles d'apprentissage, ni les demandes, ni le vécu du patient. Globalement, chaque personne consultante n'est ni personnalisée, ni individualisée. Elle est objet de soins. Elle n'est prise en considération, écoutée et aidée dans sa démarche de santé que par quelques professionnels qui personnalisent, dialoguent et inventent régulièrement avec chaque consultant et à chaque séance (4 sur 28%).

Question 33 (49) Parmi les propositions ci-dessous, laquelle représente les déterminants majeurs de la santé ? (une seule réponse) FE

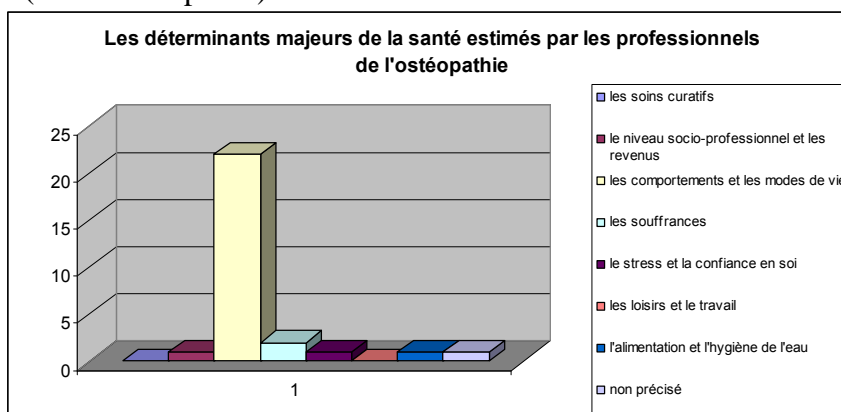


Figure 52

Les professionnels (22/28 soit 79%) de l'ostéopathie semblent bien connaître les déterminants majeurs de la santé.

Question 36 (50) En cas de lombalgie aiguë, vous pensez qu'il est préférable : (plusieurs réponses possibles) FM

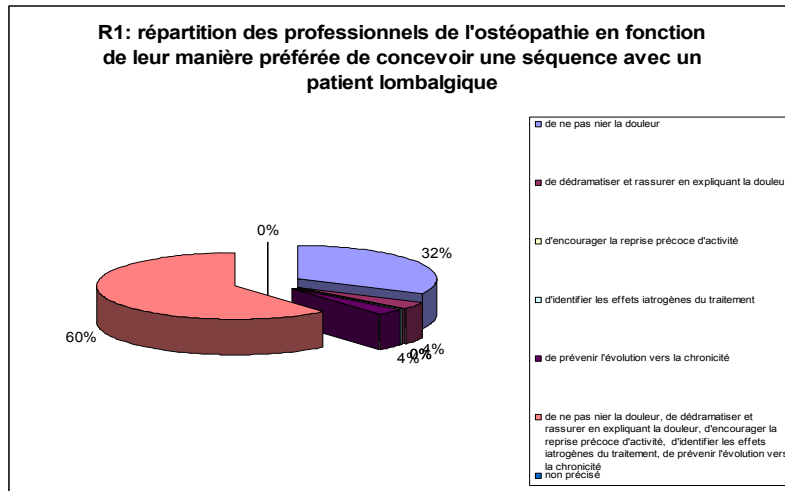


Figure 53

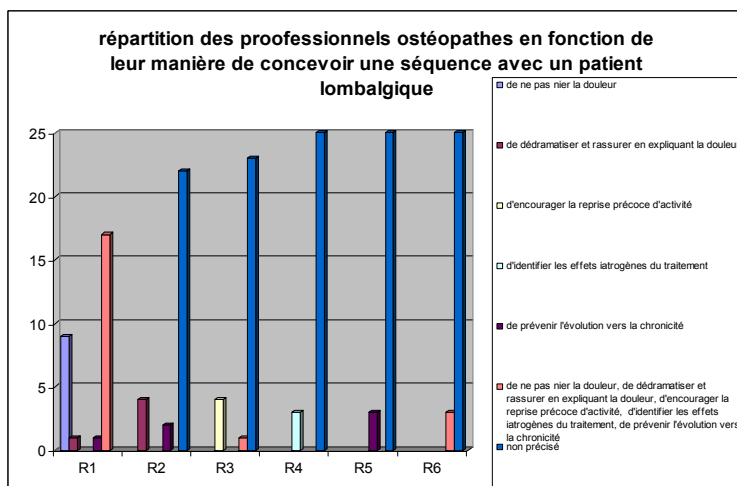


Figure 54

60% des professionnels affirment mêler le soin et l'éducation au cours de la séquence d'ostéopathie. Dans cette question les professionnels sont aidés dans leur choix par 6 propositions de séquence de soin possibles et clairement établies, la dernière réponse d'ailleurs très précise a certainement orienté ce pourcentage. Sur les 40% restant 32% se préoccupent essentiellement de la douleur en première intention (réponse 1).

Question 40 (51) L'un de vos patients vous a-t-il émerveillé par une situation ou un comportement qu'il aurait lui-même expérimenté pour sa santé que vous ayez exploité ou modifié à des fins professionnelles ? OT

Seules trois personnes sur 28 sont susceptibles de développer une nouvelle démarche ou attitude professionnelle et en donnent des éléments.

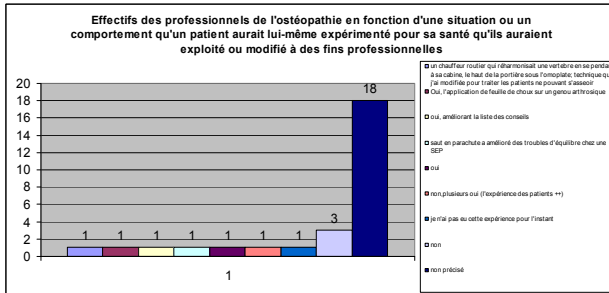


Figure 55

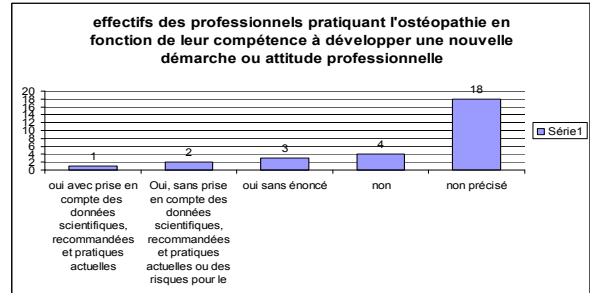


Figure 56

## 5.2. LES CORRELATIONS

Recherche des corrélations entre les variables :

### 5.2.1. Corrélation avec le sexe

#### ■ Corrélation du sexe et de la CSP (réponse 1)

L'échantillon est trop faible pour pouvoir l'affirmer : il semblerait néanmoins que le nombre de femme ostéopates NPS soient plus nombreuses que les autres femmes pratiquant l'ostéopathie et que la profession ostéopathe NPS soit plutôt représentée par des femmes.

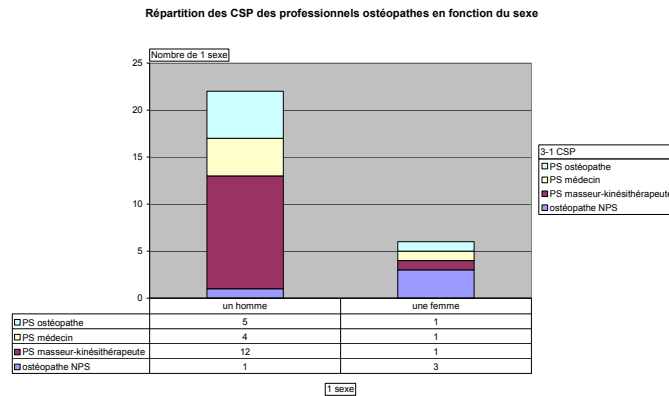


Figure 57

### 5.2.2. Corrélation avec l'âge

#### ■ Corrélation de l'âge et de la CSP (réponse 1) :

La figure ci-dessus montre que les catégories d'âges comprises entre – de 25 ans à 29 ans caractérisent uniquement les ostéopates non professionnels de santé sur cet échantillon de population d'ostéopathe (les autres ayant un cursus de formation professionnelle ne peuvent guère être diplômé avant 30 ans sachant que les études d'ostéopathie même en formation continue sont assez longue 3 – 6 ans le plus souvent).

Répartition des professionnels de l'ostéopathie en fonction des catégories d'âges

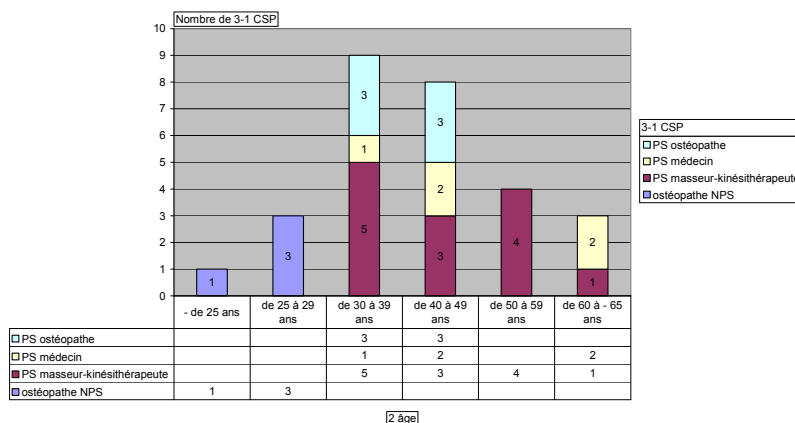


Figure 58

Les masseurs-kinésithérapeutes recouvrent toutes les catégories d'âges après 30 ans.

Les ostéopathes PS recouvrent 2 tranches d'âges seulement de 30 à 49 ans. Leur installation correspond certainement à l'émancipation de quelques professionnels avant même la reconnaissance de cette profession). Ce phénomène n'a que quelques années seulement, il était sporadique avant.

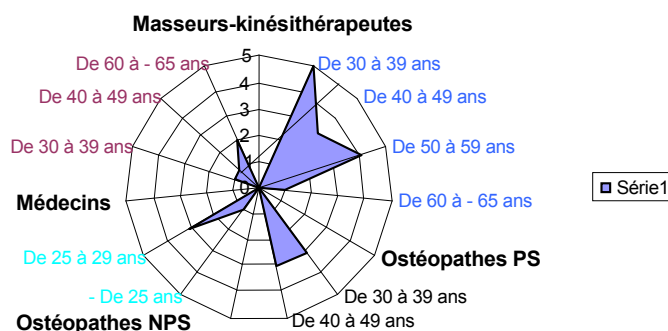


Figure 59

Ce sont les plus jeunes, ostéopathes non professionnels de santé et les ostéopathes professionnels de santé de 40 à 49 ans qui exercent la totalité de leur temps de travail en pratique ostéopathique. 50% des médecins de 60 à 65 ans, qui exercent l'ostéopathie, ont un temps de pratique ostéopathique supérieur à 75% de leur temps de travail.



- **Corrélation âges, CSP et temps de pratique ostéopathe par rapport au temps de travail total :**

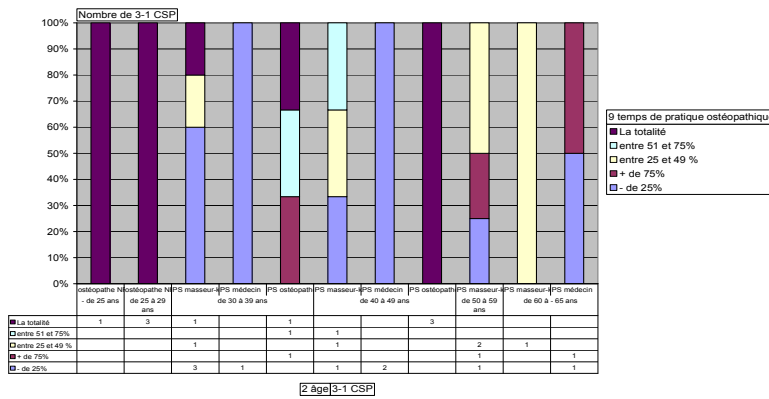


Figure 60

### Corrélation de l'âge et formation initiale d'ostéopathie:

Il semble que plus les individus sont jeunes plus la formation est de type formation temps plein.

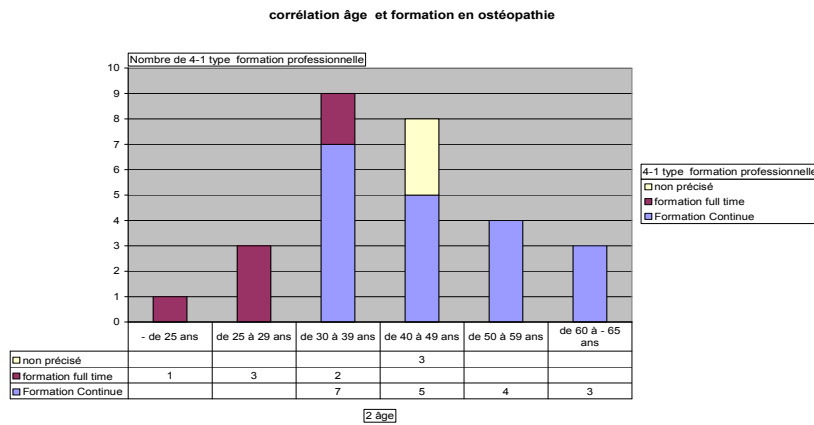


Figure 61

- **Corrélation de l'âge et initiative formation professionnelle**

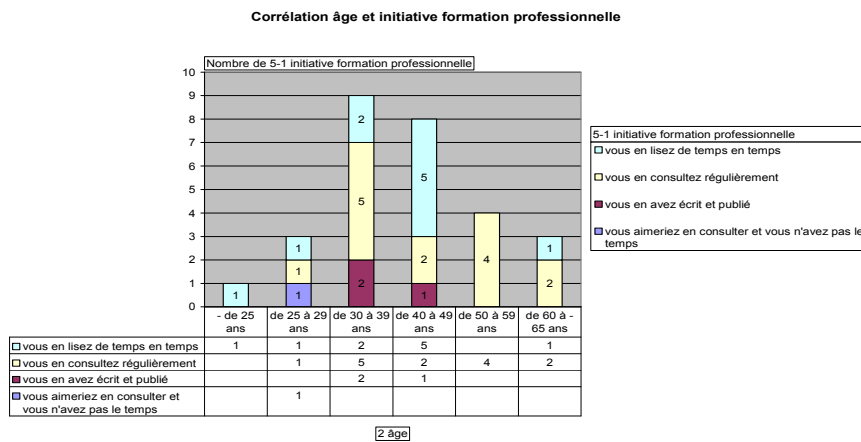


Figure 62

L'écriture et la publication d'écrits professionnels seraient liées à un âge moyen, compris entre 30 et 49 ans.

### 5.2.3. Corrélation des dates de diplôme, de premier exercice et de première installation

Les dates de diplôme de première fonction et de premier exercice de la fonction d'ostéopathe sont fortement corrélées. La grande majorité des professionnels de l'ostéopathie déclarent exercer et s'installer comme ostéopathe dans la même année que leur diplôme.

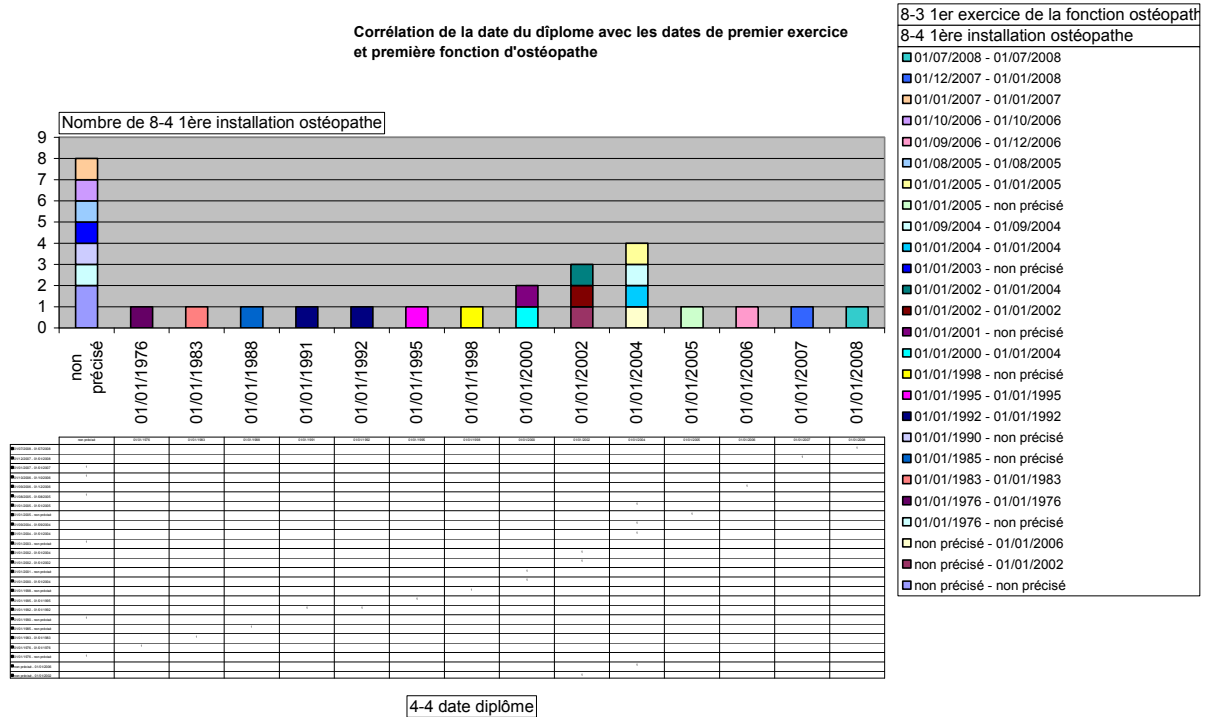


Figure 63

### 5.2.4. Corrélation avec la CSP (réponse 1)

#### ■ Corrélation CSP (réponse 1) et formation initiale d'ostéopathie

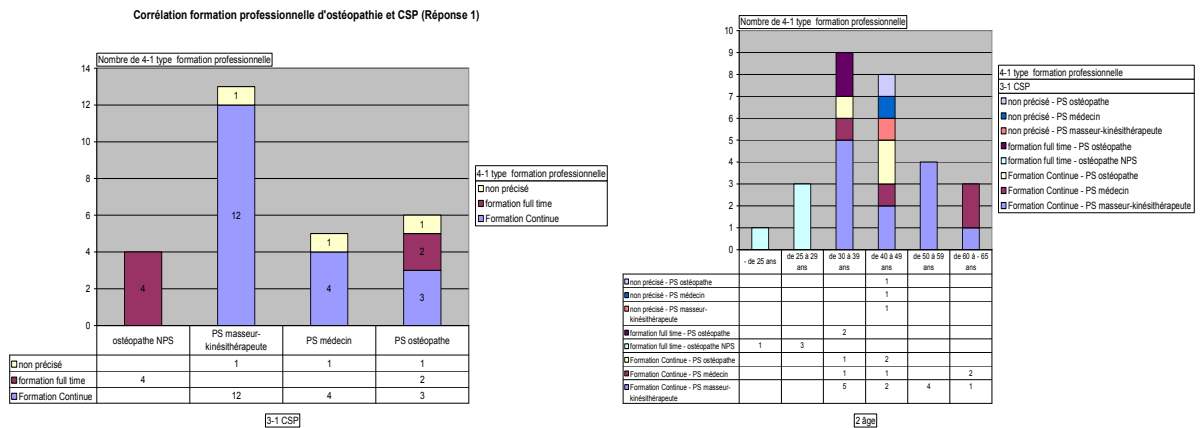


Figure 64

Figure 65

La formation temps plein semble être caractéristique des ostéopathes NPS (ce qui est une évidence) et des ostéopathes PS. Ce sont les jeunes ayant moins de 30 ans ostéopathes non professionnels de santé qui effectuent des formations temps plein en ostéopathie. Pour les autres professionnels rien ne sert de reprendre l'ensemble des données initiées dans leur pré requis de formation.

La formation de 3 à 6 ans est fortement corrélée aux ostéopathes et également aux masseurs-kinésithérapeutes. Pour les médecins la tendance serait plutôt une formation sur 2 années. Les médecins n'effectueraient que des formations courtes voir très succinctes (de moins de 160h à moins de 40h par an).

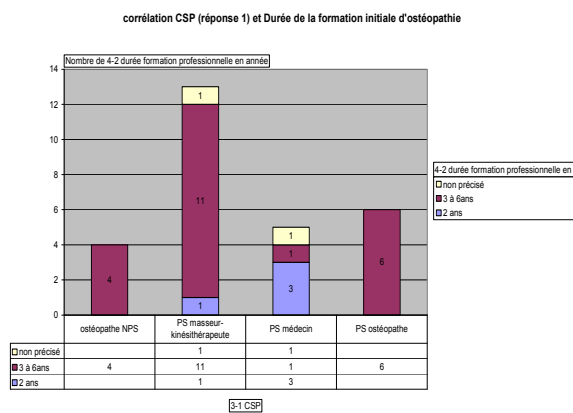


Figure 66

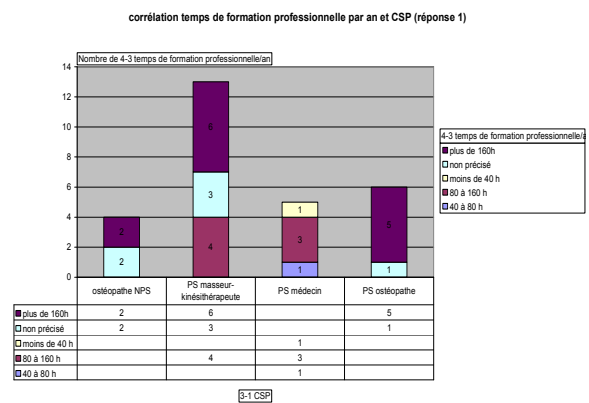


Figure 67

## ■ Corrélation CSP (réponse 1) et initiative professionnelle

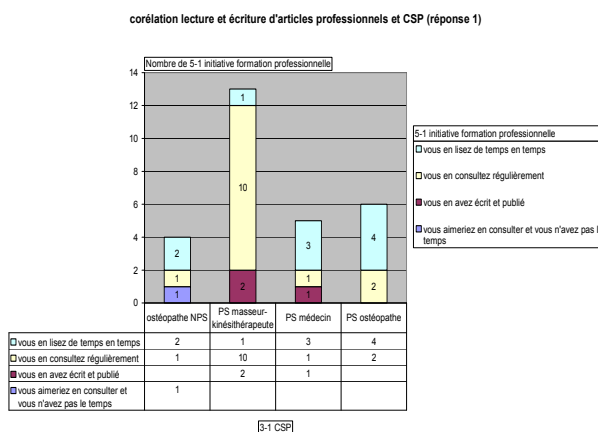


Figure 68

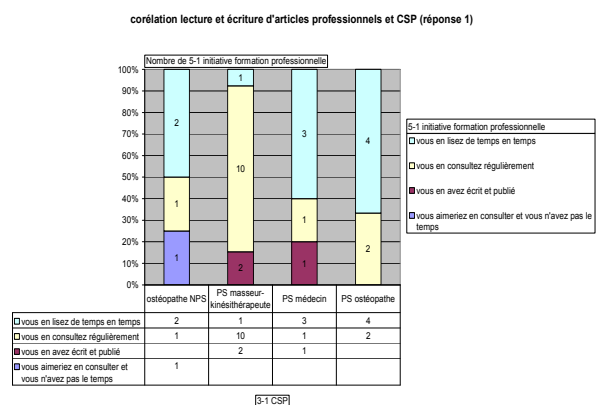


Figure 69

L'écriture semble liée aux professionnels de santé. Les ostéopathes masseurs-kinésithérapeutes seraient plus enclins à lire des articles professionnels et donc à s'auto-former.

■ **Corrélation CSP (réponse 1) et formation complémentaire d'ostéopathie**

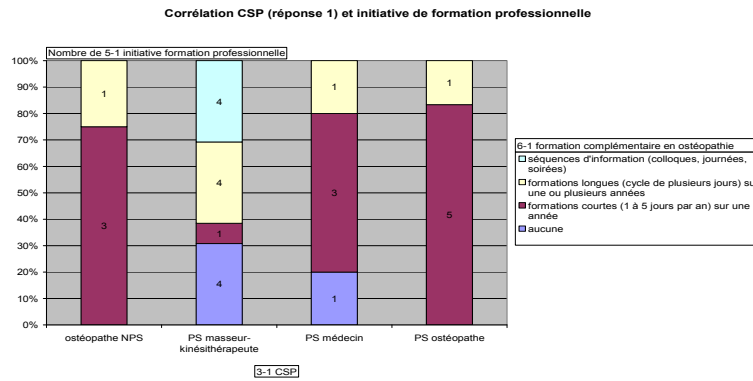


Figure 70

Les masseurs-kinésithérapeutes effectueraient tous types de formations complémentaires en ostéopathie et les séquences d'informations complémentaires en ostéopathie seraient propres aux masseurs-kinésithérapeutes ostéopathes qui effectueraient préférentiellement soit des formations complémentaires longues, soit des séquences d'informations. Les autres professionnels effectueraient plutôt des formations courtes de 1 à 5 jours par an et rarement des formations longues.

■ **Corrélation CSP (réponse 1) et formation universitaire**

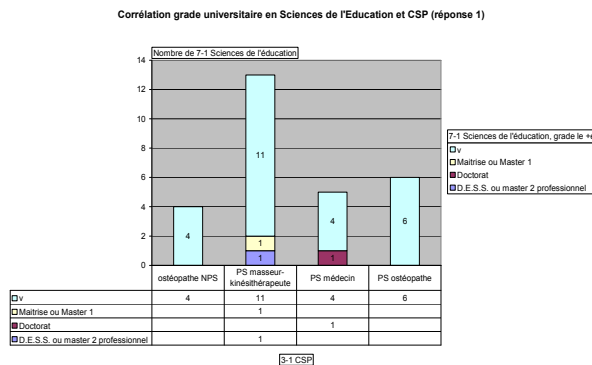


Figure 71

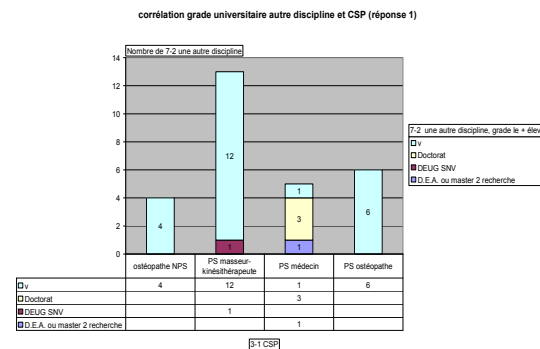


Figure 72

Seuls des professionnels de santé ostéopathes (médecins ou masseurs-kinésithérapeutes) ont dans cette enquête une formation universitaire en Sciences de l'Education, seulement 2 kinésithérapeutes et 1 médecin se sont formés. Nous pourrions avoir un doute sur cette réponse de la part du médecin, il a coché doctorat en Sciences de l'Education et DEA ou master 2 recherche en autre discipline (la plupart des médecins ont dû noter leur doctorat de médecine dans autre discipline). Maintenant, il est possible qu'il ait un doctorat en Médecine, un doctorat en Sciences de l'Education et master 2 ou DEA. Alors est-ce un biais ? Il est sûr que j'aurais dû préciser Sciences de l'Education, Médecine et autre discipline.

▪ **Corrélation CSP (réponse 1) et nature de l'exercice professionnel**

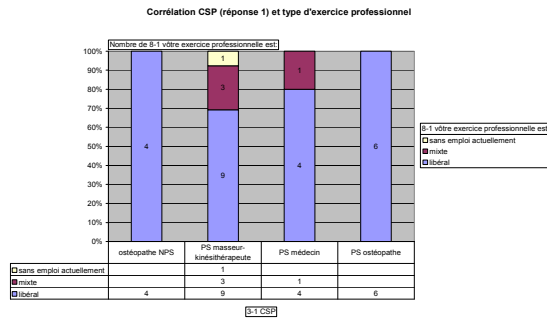


Figure 73

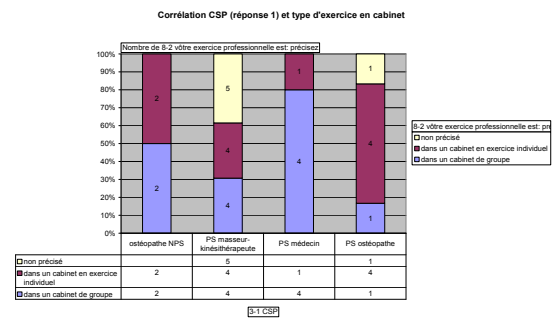


Figure 74

Les ostéopathes NPS et PS n'exerceraient qu'en exercice libéral. Ce constat pourrait être en lien avec les coordonnées relevées essentiellement sur les pages jaunes et encore que les médecins peu nombreux (5) ont un exercice mixte dans leur population. L'exercice en cabinet de groupe caractériserait les médecins, tandis que l'exercice en cabinet individuel caractériserait les ostéopathes PS.

▪ **Corrélation CSP (réponse 1) avec les dates de 1<sup>er</sup> exercice et de 1<sup>ère</sup> fonction d'ostéopathe**

Aucune donnée n'est significative

▪ **Corrélation CSP (réponse 1) et temps de pratique ostéopathe**

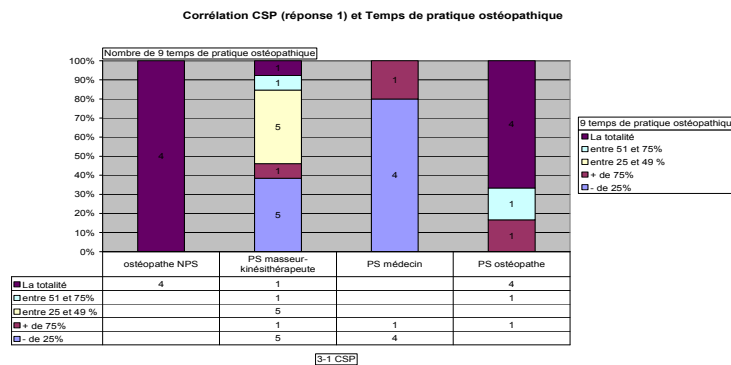


Figure 75

La totalité du temps CSP de pratique ostéopathe est corrélée aux ostéopathes PS et NPS. Les médecins exerceraient pour leur part plutôt en dessous de 25% l'ostéopathie par rapport à leur temps de travail total. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, l'exercice est assez varié de moins de 25% à la totalité de temps de pratique ostéopathe et il serait plus particulièrement compris entre 25% et 49%.

## Corrélation CSP (réponse 1) et Les activités selon les modèles de santé :

□ Corrélation CSP (réponse 1) et prise en compte de freins émotionnels et cognitifs et des déterminants de santé

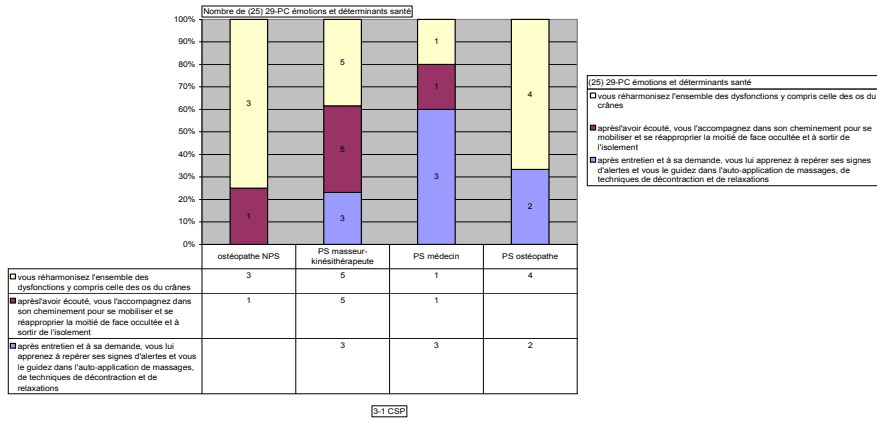


Figure 76

Corrélation CSP (réponse 1) et considération du patient

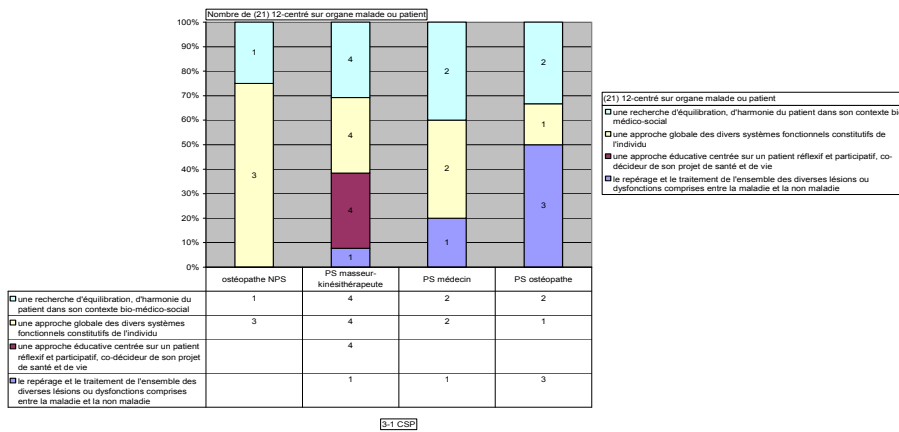


Figure 77

Corrélation CSP (réponse 1) et éléments majeurs du traitements

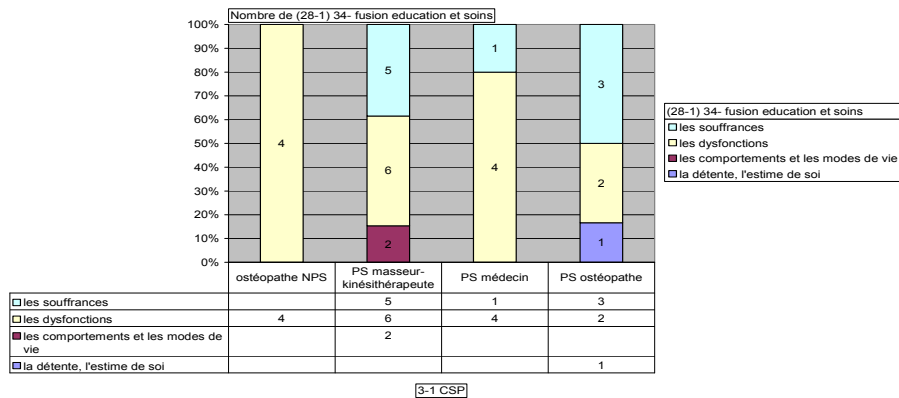


Figure 78

PS et NPS s'inscriraient majoritairement et principalement dans une démarche de soins de type biomédicale. Les masseurs-kinésithérapeutes ostéopathes seraient les plus prédisposés et les

compétents pour exercer des activités éducatives au cours des soins, pour l'accompagnement du patient dans sa démarche de soins.

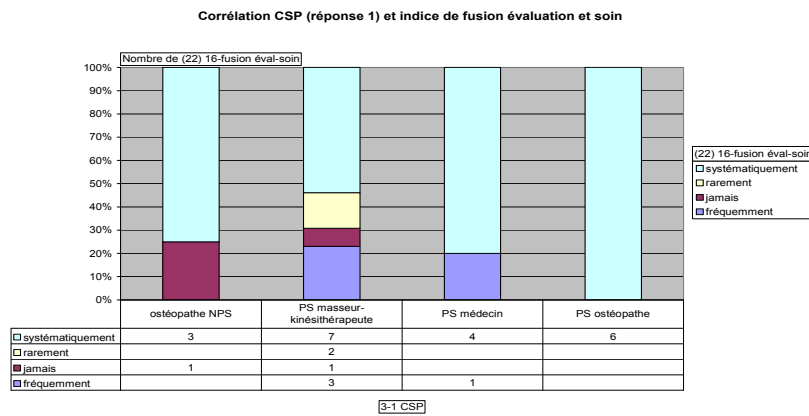


Figure 79

Les professionnels ostéopathes pensent agir essentiellement sur les souffrances et les dysfonctions. Seules trois personnes pensent que leur activité à un impact soit sur la détente et l'estime de soi (domaine de la psychologie) soit sur les comportements et les modes de vies (domaine de l'éducation et de la santé publique).

Les ostéopathes feraient globalement fusionner l'évaluation au cours du soin et les ostéopathes professionnels de santé systématiquement. Après reste à savoir si l'évaluation dont ils font usage est une évaluation de type contrôle et mesure sous forme d'un bilan et d'une recherche de conformation à la norme ou une évaluation régulation qui va permettre l'auto-évaluation et l'auto-questionnement pour le patient. 25% des ostéopathes non professionnels de santé ne feraient jamais d'évaluation.

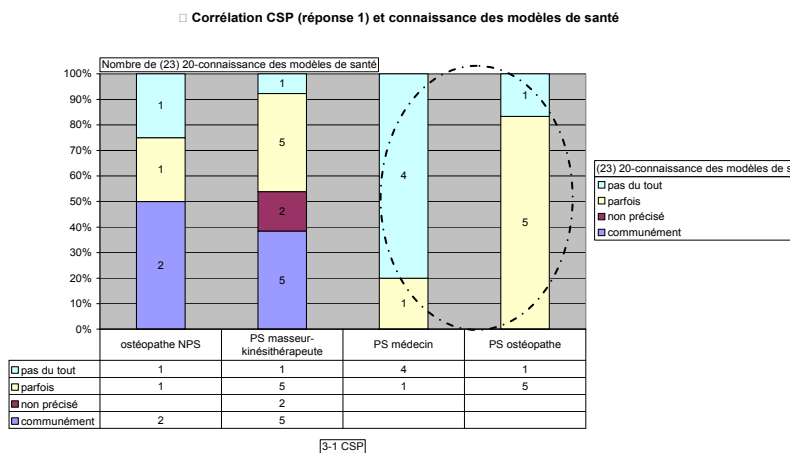


Figure 80

Peu de professionnels de l'ostéopathie respecteraient les droits des patients et les obligations énoncées dans la loi du 04mars 2002. Les médecins et les ostéopathes PS seraient d'ailleurs les moins enclins à la respecter.

Pratiquement la moitié des ostéopathes NPS et des masseurs-kinésithérapeutes ostéopathes s'y référerait. Cet élément prouve que ces professionnels seraient plus dans une posture d'auteur conceptualisant le soin en prenant connaissance et en se référant à l'ensemble des critères du patient, juridiques, déontologiques pour les fusionner.

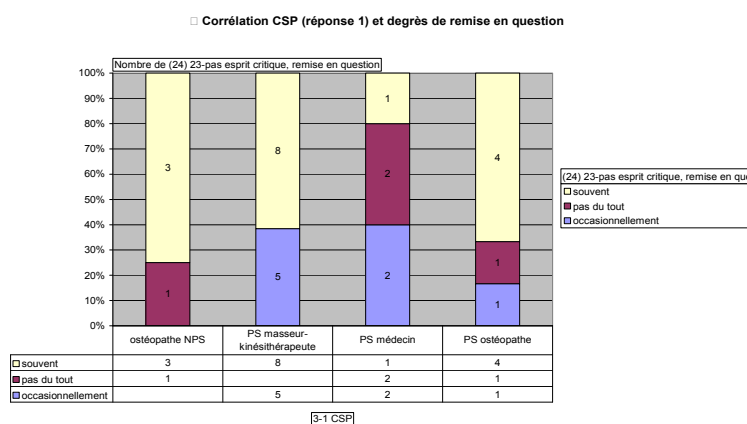


Figure 81

Ce sont les médecins ostéopathes qui se remettraient le plus en question dans leur pratique et qui feraient preuve d'humilité. Les ostéopathes PS et NPS ne se questionneraient pas ou peu, ils seraient sûrs d'eux et de leur pratique, l'ostéopathie serait essentiellement pour eux le traitement qui guérit le malade.

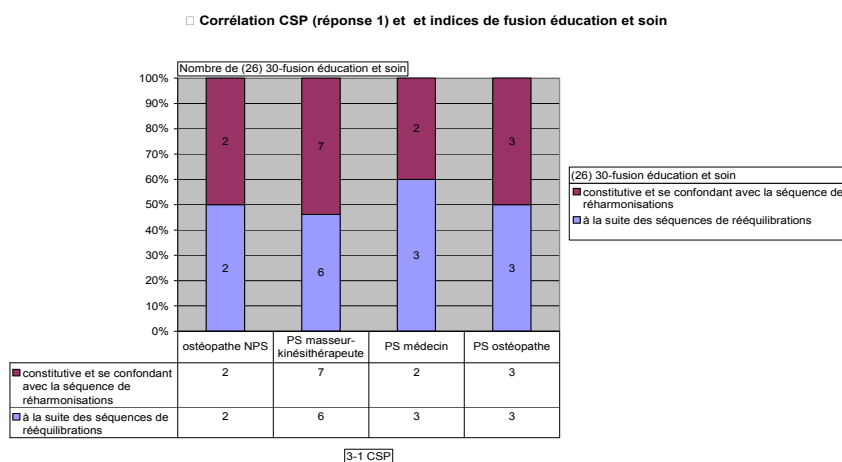


Figure 82

Moitié des professionnels ne fusionneraient jamais l'éducation au soin. L'autre moitié pense le faire.



Les masseurs-kinésithérapeutes seraient très majoritairement les professionnels qui feraient le plus preuve d'humilité au cours du soin, qui s'exprimeraient avec le moins de dogmatisme et qui placeraient très majoritairement le patient comme co-auteur au cours des soins (9 sur 28).

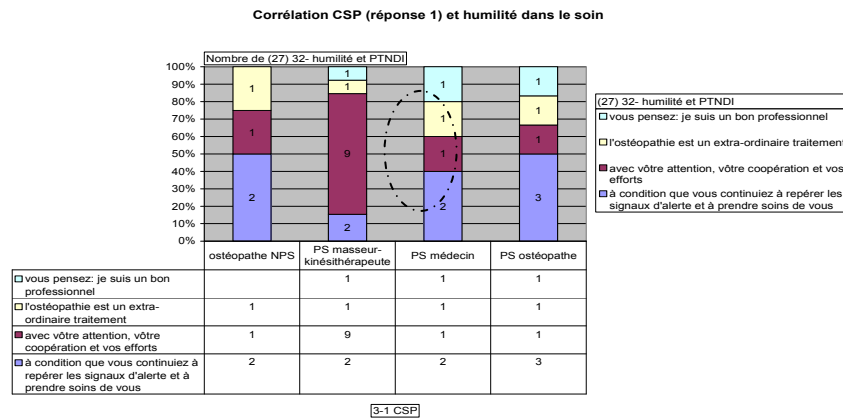


Figure 83

## Corrélation CSP (réponse 1) et les modèles de l'éducation

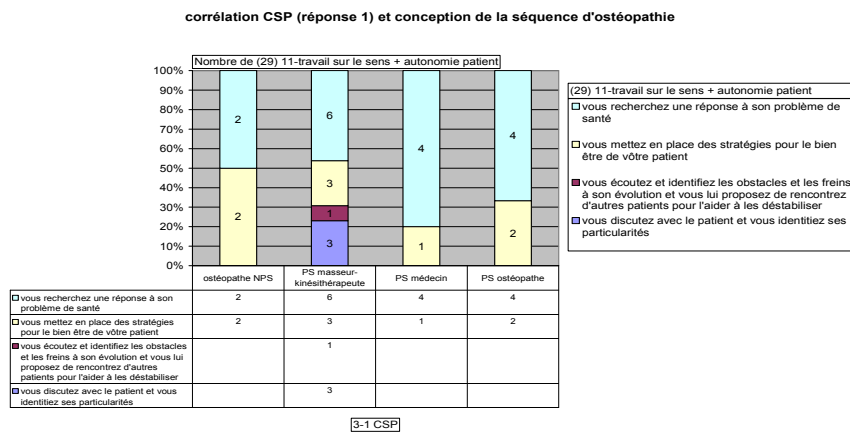


Figure 84

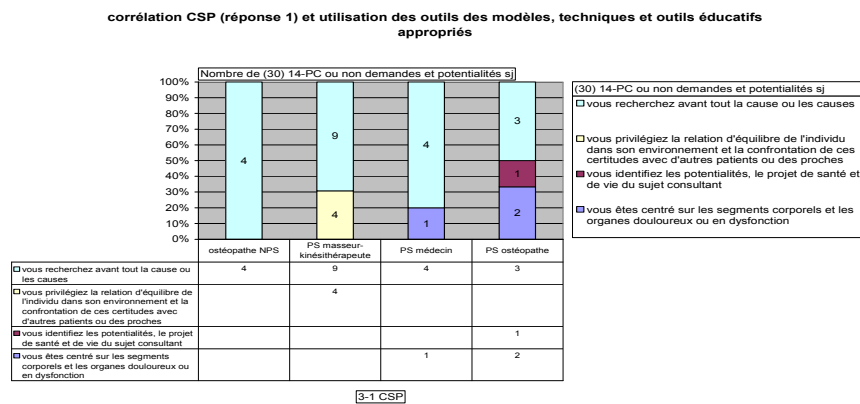


Figure 85

La grande majorité des professionnels s'inscriraient dans un modèle d'éducation de type behavioriste. Seuls quelques MK ostéopathes se situeraient dans un modèle plutôt soit

socioconstructiviste ou néo-socioconstructiviste en mettant en place des dispositifs ou des situations pour aider le patient à apprendre, à s'approprier des fondements, des principes pour qu'il modifie ses comportements vers de plus bénéfiques à sa santé.

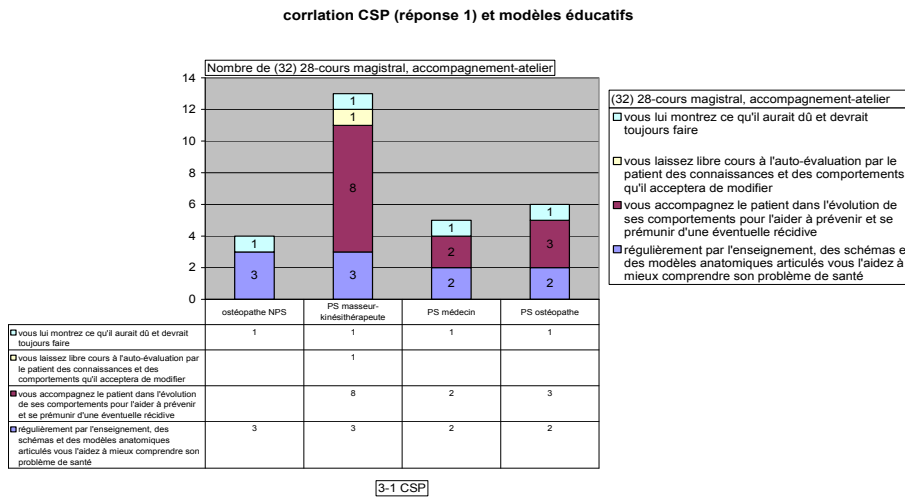


Figure 86

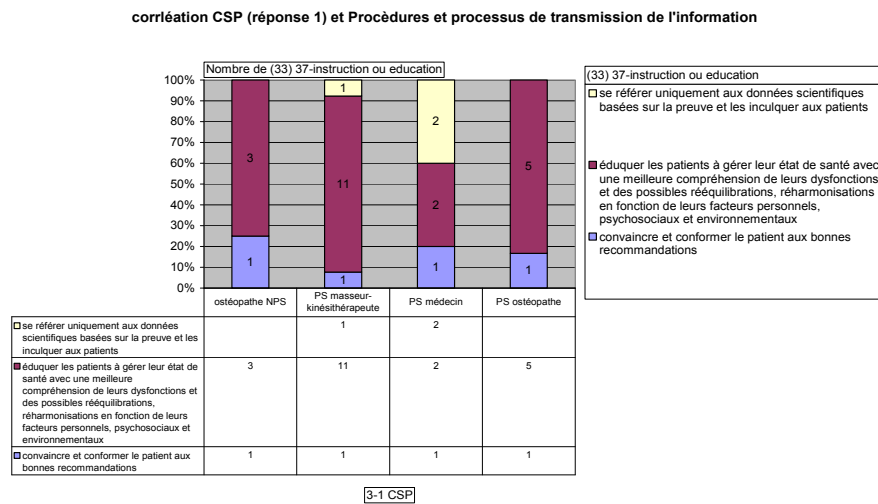


Figure 87

Les professionnels de l'ostéopathie n'imposeraient pas ou peu ce qu'ils voudraient que le patient fasse et pourtant ils ne laisseraient pas d'initiatives aux patients dans la modification de leurs comportements.

40% des médecins feraient toujours exclusivement références aux données scientifiques basées sur la preuve dans un modèle de transmission instructif et positiviste.

## Corrélation CSP (réponse 1) et les modèles de la posture

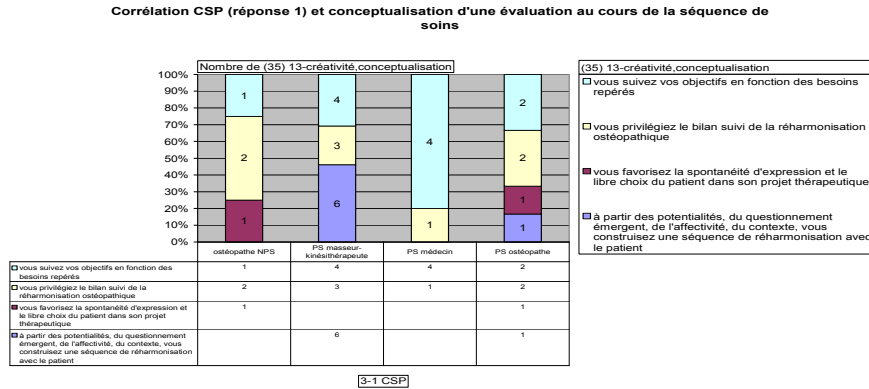


Figure 88

50% des masseurs-kinésithérapeutes ostéopathes seraient compétents pour conceptualiser une évaluation de la séquence de soin singulière à chaque patient et considéreraient le patient au cœur et co-auteur du dispositif. Contrairement à la grande majorité des médecins où seules les objectifs de soins et le problème de santé prévalent.

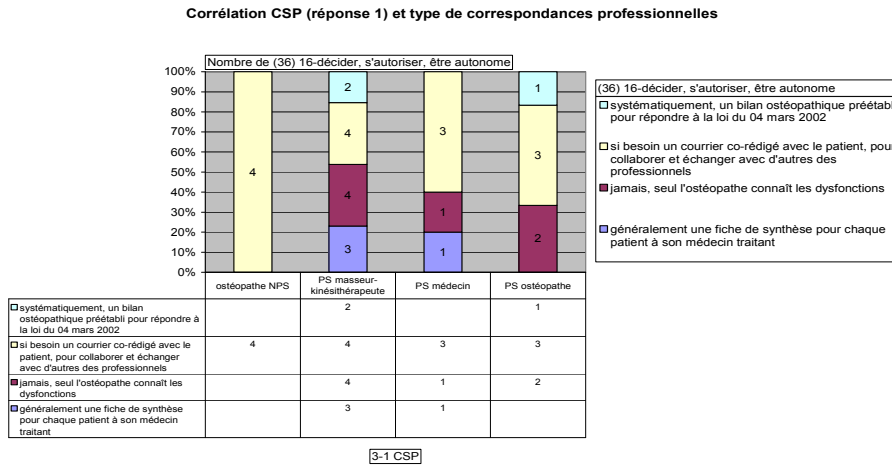
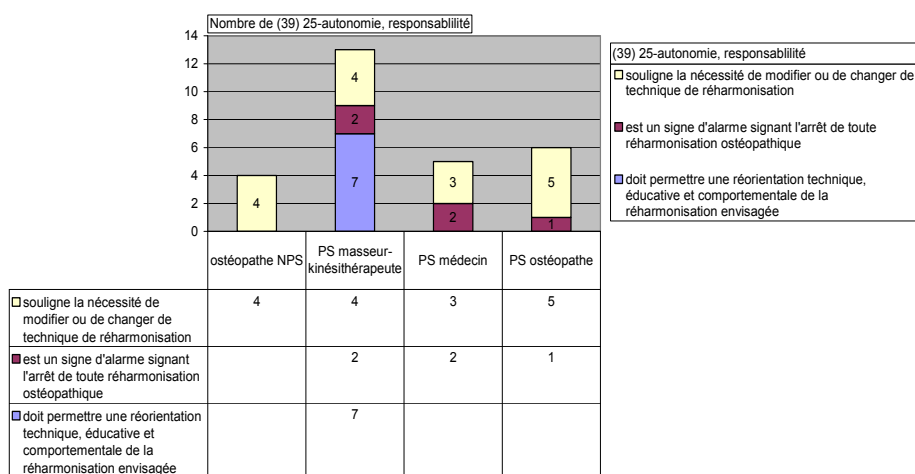


Figure 89

Les ostéopathes NPS seraient plus compétents à communiquer le cheminement thérapeutique avec le patient, avec d'autres professionnels (forte corrélation). La profession est récente et n'a donc pas hérité de la culture du bilan systématique rempli par les professionnels de santé pendant de nombreuses années.

**Corrélation CSP (réponse 1) et conception et régulation des processus et procédures d'une séquence d'ostéopathie**

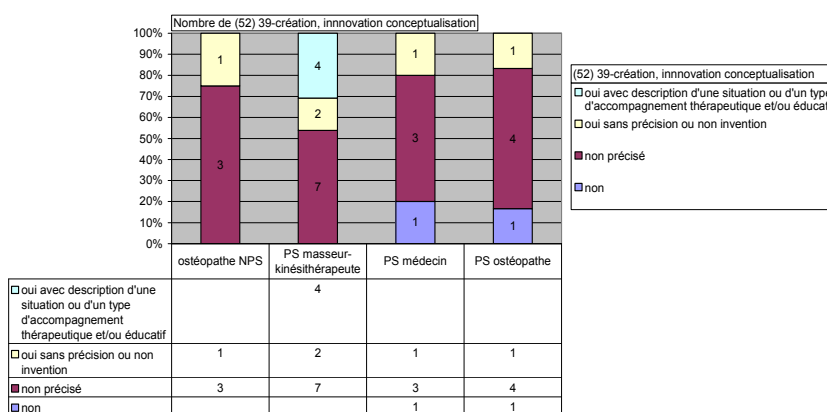


3-1 CSP

Figure 90

Les masseurs-kinésithérapeutes ostéopathes seraient les seuls à pouvoir évaluer, réguler et réinventer une séquence qui soit thérapeutico-éducative d'ostéopathie. Parmi leur catégorie plus de 50%, seraient auteurs. Les autres professionnels ne se référeraient qu'aux signes cliniques, aux techniques et aux programmes enseignés. Ils ne développeraient pas cette capacité de réflexion propre aux masseurs-kinésithérapeutes qui réalisent conjointement un bilan diagnostic ostéopathique et un bilan diagnostic éducatif (cela a été montré par un bon nombre de travaux de recherches en Sciences de l'Éducation concernant la masso-kinésithérapie).

**Corrélation CSP (réponse 1) et compétence de régulation de processus et procédures thérapeutiques et/ou éducatifs**



3-1 CSP

Figure 91

Dans cet échantillon, seuls les masseurs-kinésithérapeutes feraient preuve de compétence régulatrice des processus et procédures thérapeutiques et/ou éducatives.

## Corrélation CSP (réponse 1) et les modèles de l'évaluation

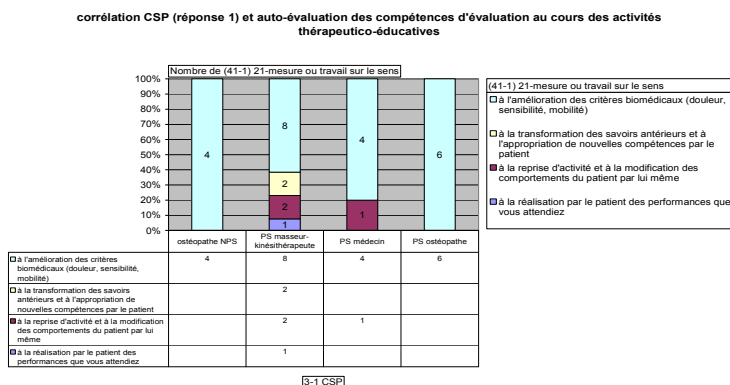


Figure 92

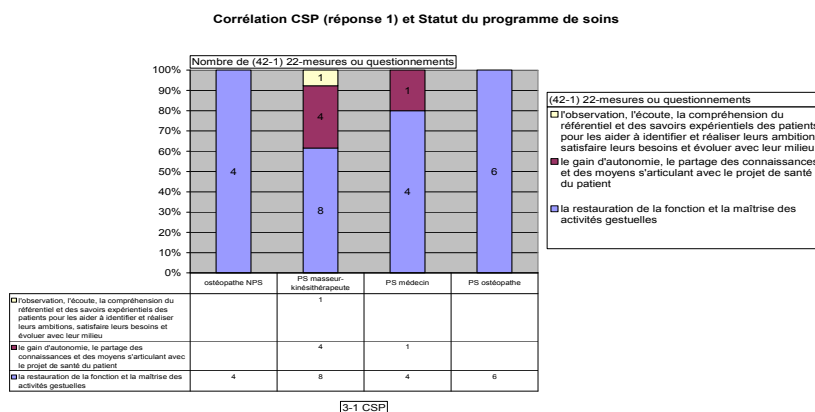


Figure 93

40% des masseurs-kinésithérapeutes ostéopathes utiliseraient l'évaluation questionnaire au cours des soins en prenant en compte, par la discussion et l'écoute, les transformations des savoirs, savoir-faire et savoir-être (ou comportements) du patient dans son contexte évolutif. Cette démarche serait de type phénoménologique, leur activité de soins serait de type thérapeutico-éducative dans un modèle de santé global complexe. La plupart des professionnels de l'ostéopathie (tous les ostéopathes PS et NPS, la grande majorité des médecins et 60% des masseurs-kinésithérapeutes) évalueraient principalement leurs compétences par des mesures et des tests pour juger de l'amélioration des critères biomédicaux des patients. Leur évaluation serait essentiellement de type évaluation contrôle, leur démarche serait de type positiviste et confirmerait qu'ils considèrent l'ostéopathie plutôt comme un traitement curatif selon le modèle de soin biomédical-curatif et non comme une séquence thérapeutico-éducative.

Corrélation CSP (réponse 1) et statut de l'erreur et du programme de soins

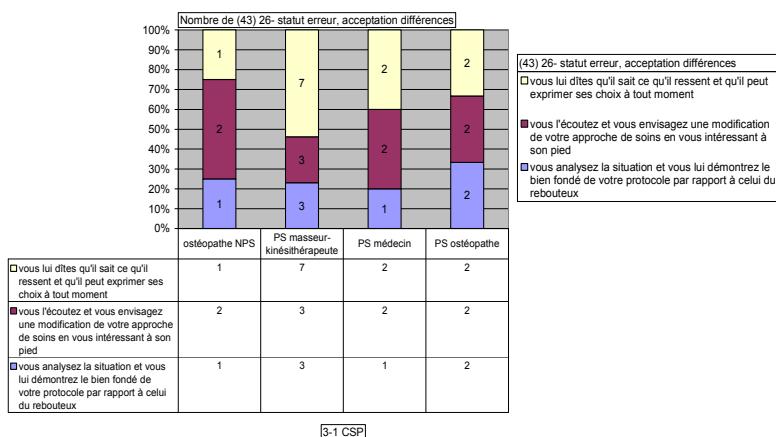


Figure 94

Corrélation CSP (réponse 8) et Statut de l'erreur et du patient

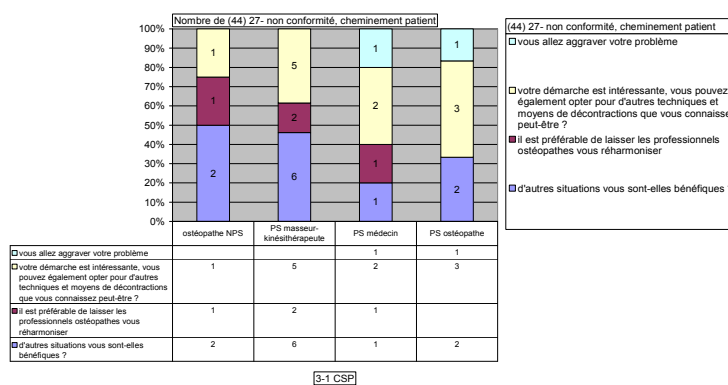


Figure 95

Seuls 20 à 30% des ostéopathes n'accepteraient pas de changer le programme prévu à l'avance, n'accepteraient pas les différences, l'écart de conformité à la norme.

La plupart des professionnels de l'ostéopathie disent laisser le choix thérapeutique au patient soit construire le traitement en cheminant avec le patient et accepter de modifier le programme et les objectifs prévus. Ce constat est peut-être valable dans ce cas décrit parce que globalement l'évaluation questionnement n'est pas ce qu'ils semblent privilégier voir les 2 tableaux précédents).

**Corrélation CSP (réponse 1) et auto évaluation des compétences évaluatives au cours des activités thérapeuto-éducatives**

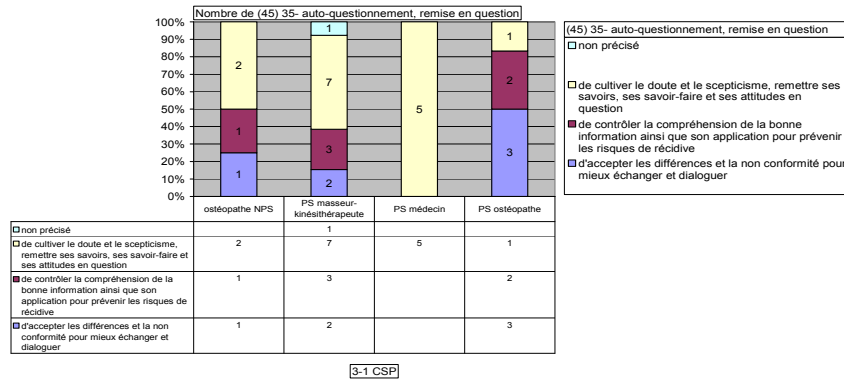


Figure 96

Pour l'ensemble des médecins ostéopathes et la plupart des ostéopathes NPS, la remise en questions de leurs savoirs, savoir-faire et savoir-être ne poseraient aucun problème. Les ostéopathes PS seraient les plus enclins, à accepter les différences et la non-conformité, mais les médecins pas du tout.

**Corrélation CSP (réponse 1) et les modèles de compétences transversales (A.E.T.)**

**Corrélation CSP (réponse 1) et référentiels de conception d'une séquence d'ostéopathie**

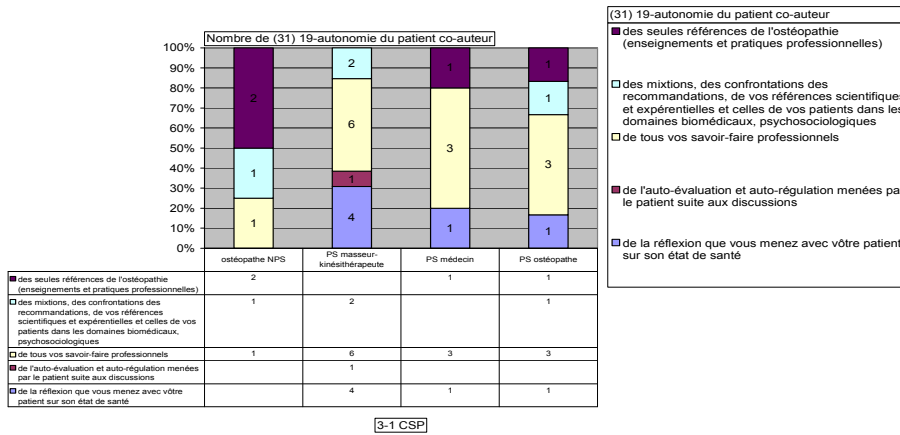


Figure 97

Corrélation CSP (réponse 1) et créativité dans la conception de la séquence de soin

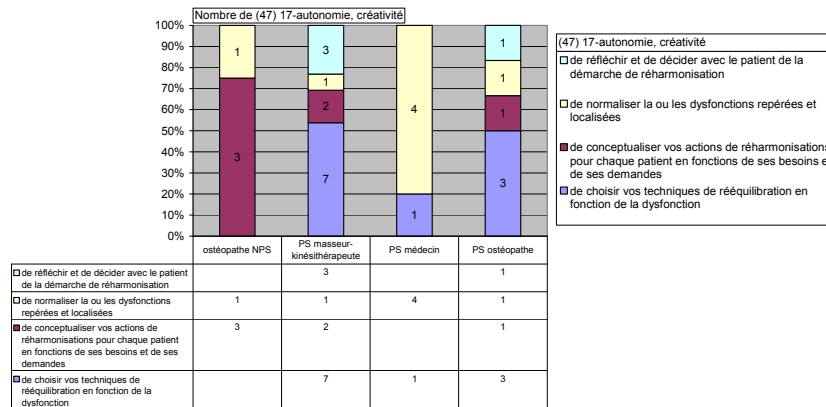


Figure 98

Rares sont les professionnels de l'ostéopathie compétents pour créer des mixtions, des confrontations, des recommandations, de vos références scientifiques et expérientielles et celles des patients dans les domaines biomédicaux, psychosociologiques. Les critères prédominants dans la conceptualisation d'une séquence de soins restent, en ostéopathie, la mixtion de tous les savoir-faire. Cette attitude inscrit les professionnels de l'ostéopathie dans une posture d'acteur ayant une capacité d'analyse et organisation du soin ostéopathique, plutôt que d'auteur co-conceptualisateur et accompagnateur d'une séquence thérapeutico-éducative.

La majorité des réponses reviennent à la collaboration avec d'autres professionnels pour assurer la continuité des soins (vision plutôt phénoménologique) plutôt que gérer les urgences (vision plutôt positiviste). Quelques masseurs-kinésithérapeutes et médecins se sentiraient de développer la pratique professionnelle au sein d'un consensus. Seuls 2 MK sur les 28 personnes enquêtées se proposeraient de faire des séquences d'éducation en santé au sein de réseau pour accompagner les patients dans l'amélioration de leur pouvoir sur leur santé.



Corrélation CSP (réponse 1) et modalités de fonctionnement d'un réseau

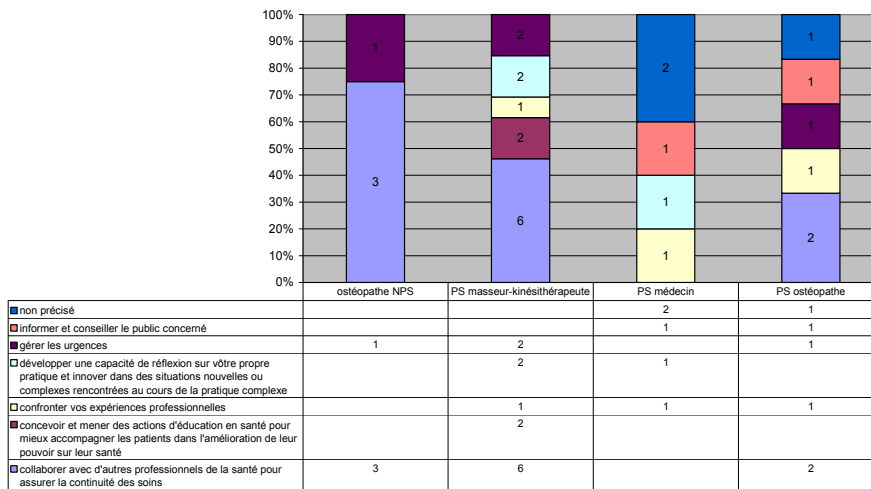


Figure 99

Corrélation CSP (réponse 1) et autonomie de la profession

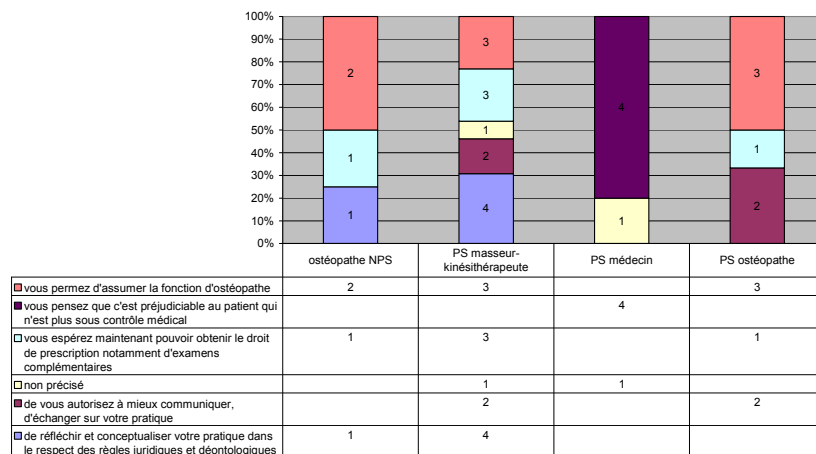


Figure 100

La plupart des médecins pensent que la pratique de l'ostéopathie sans contrôle médical est préjudiciable au patient. Leur formation les a modelés à toujours prescrire aux paramédicaux et aujourd'hui, le domaine de l'ostéopathie en accès libre échappe à cette règle. De plus, elle n'est plus sous couvert d'une profession de santé bien que reconnue par le ministère de la santé. Nous pouvons d'ailleurs comprendre leur grande inquiétude. La création d'une profession dans le domaine de la santé qui n'est pas une profession de santé et qui peut ne pas être exercée par des professionnels de santé reste une antinomie. Les médecins ne seraient toujours pas prêts à co-construire une nouvelle profession ou une nouvelle fonction. Comme les médecins, les 50% des ostéopathes NPS et PS qui ont attendu ce titre pour pouvoir mieux assumer leur fonction d'ostéopathe persiste dans une posture d'agent. Les masseurs-kinésithérapeutes (70%) se disent

prêts à réfléchir pour conceptualiser leur pratique dans le respect des règles juridiques et déontologiques, à mieux communiquer, échanger sur leur pratique et à espérer maintenant pouvoir obtenir le droit de prescription notamment d'examens complémentaires. Dans l'ensemble en posture d'auteur, ils seraient professionnellement parlant aptes à régenter, à manager la profession d'ostéopathe.

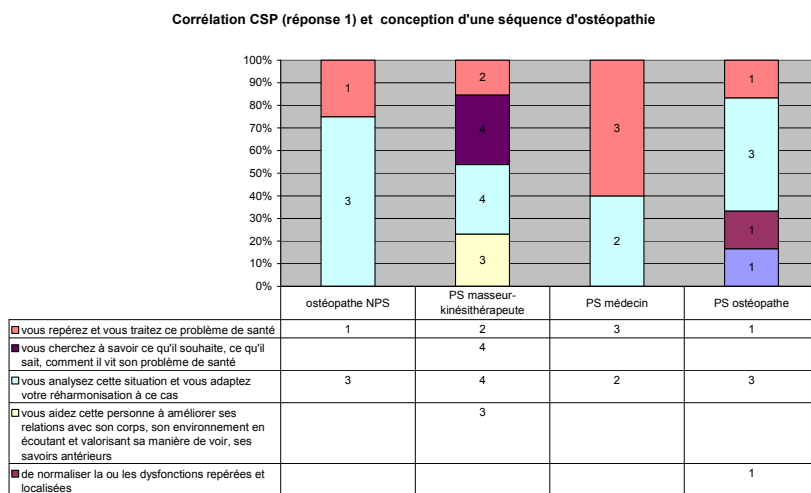


Figure 101

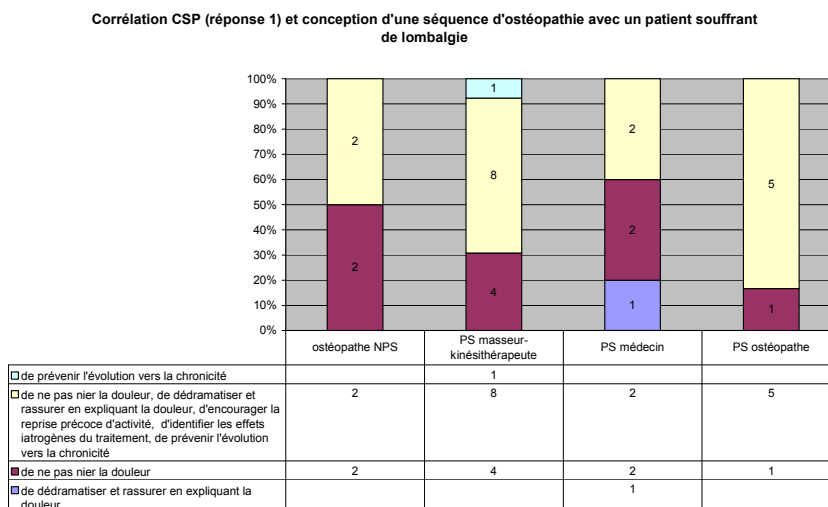


Figure 102

Les médecins confirment leur approche plutôt biomédicale, curative et positiviste du soin ostéopathique. Leur attitude provient certainement de leur héritage culturel professionnel. Ils n'auraient pas encore fait de démarche vers une évolution professionnelle dans le sens du soin co-construit, codécidé avec le patient. Les ostéopathes NPS et PS semblent avoir commencé ce cheminement avec une démarche plus organisationnelle et adaptative, plus holistique. Les MK pour leur part (7 sur 13) se montrent en posture d'auteur co-conceptualisant en une séquence d'ostéopathie thérapeutico-éducative avec le patient qui ne soit plus simplement une

accumulation ou aménagement des actes et des situations. Seulement 2 MK sur 13 demeureraient encore en posture d'agent. Figure 107, les réponses clairement formulées et faisant référence aux écrits de Gatto 2005 aideraient les professionnels à se positionner dans une démarche plutôt thérapeuto-éducative.

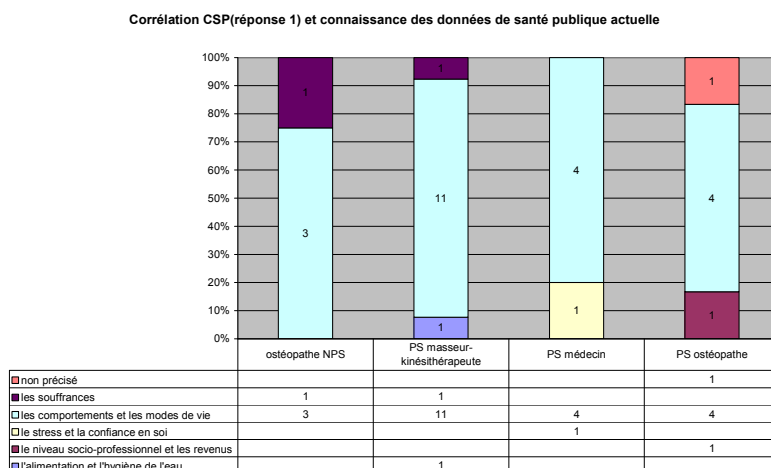


Figure 103

Globalement, l'ensemble des professionnels de l'ostéopathie aurait connaissance des données importantes de santé publiques et beaucoup trop peu s'y référeraient selon les résultats précédents.

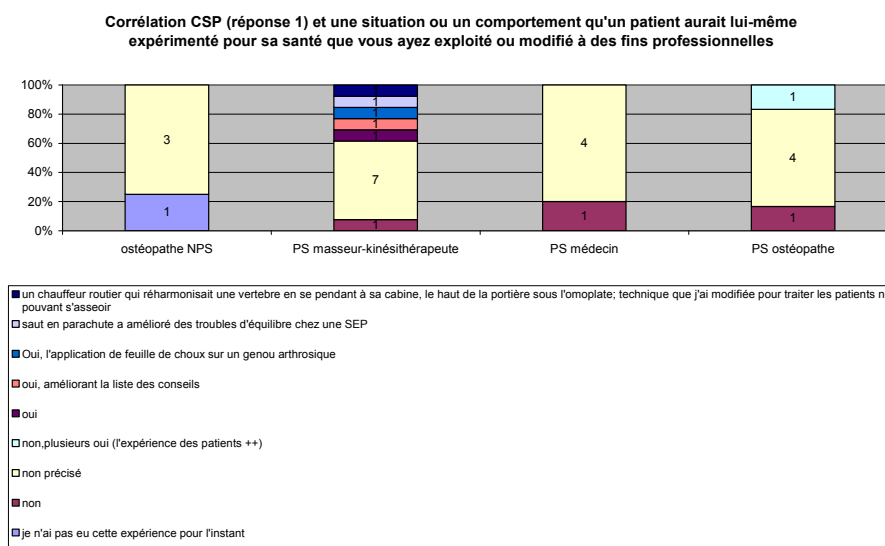


Figure 104

Un petit nombre de professionnel essentiellement des masseurs-kinésithérapeutes feraient preuve d'innovation. Un seul professionnel sur l'ensemble des professionnels de l'ostéopathie (1/28 soit 3,6%) se montrerait en capacité d'analyser une situation vécue par un patient qui soit réellement appropriée et transférable dans l'exercice de la profession.

CSP (réponse 1) et compétence à développer une nouvelle attitude professionnelle

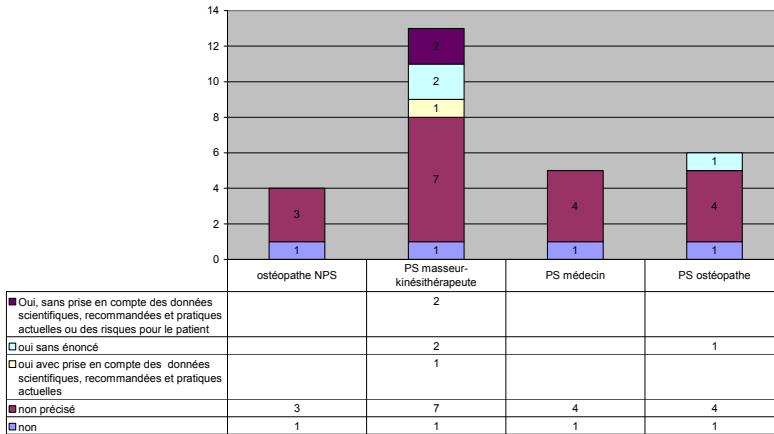


Figure 105

### 5.2.5. Corrélation avec le type de formation

- Corrélation la lecture et de l'écriture d'articles professionnels avec la formation universitaire

Corrélation lecture et écriture d'articles professionnels et CSP (réponse 1)

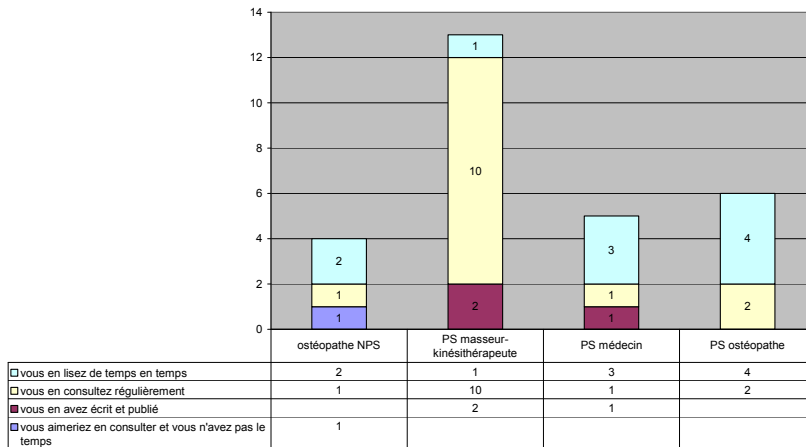


Figure 106

L'écriture d'articles professionnels et la lecture d'écrits professionnels semblent être corrélées à la possession d'un diplôme universitaire en sciences de l'éducation ou en autre discipline. La culture universitaire, comme le disent Gatto et Signeyrole, modifie les pratiques notamment celles de l'écriture. « Il faut que ce soit écrit pour que cela existe ». L'écriture des articles professionnels exige que les professionnels se placent en posture d'auteur, se questionnent, remettent en question leurs acquis.

- **Corrélation de la compétence régulatrice des procédures et des processus thérapeutiques et/ou éducatifs avec la formation universitaire :**

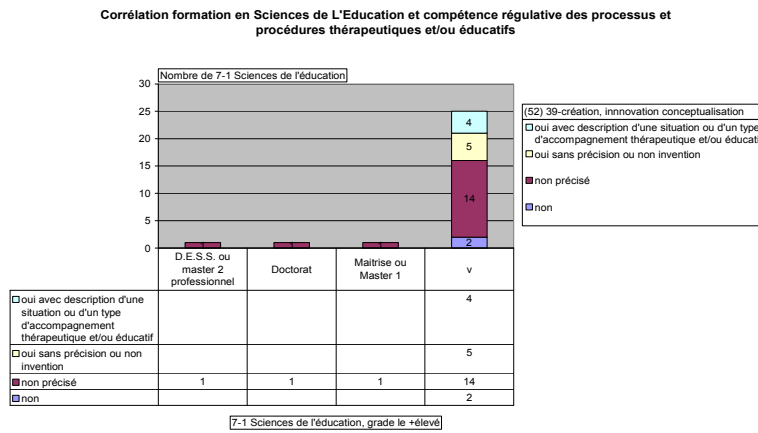


Figure 107

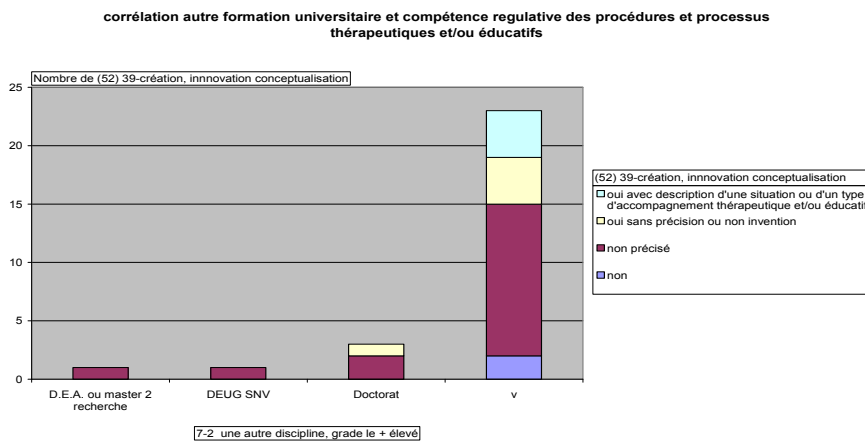


Figure 108

Pas de corrélation.

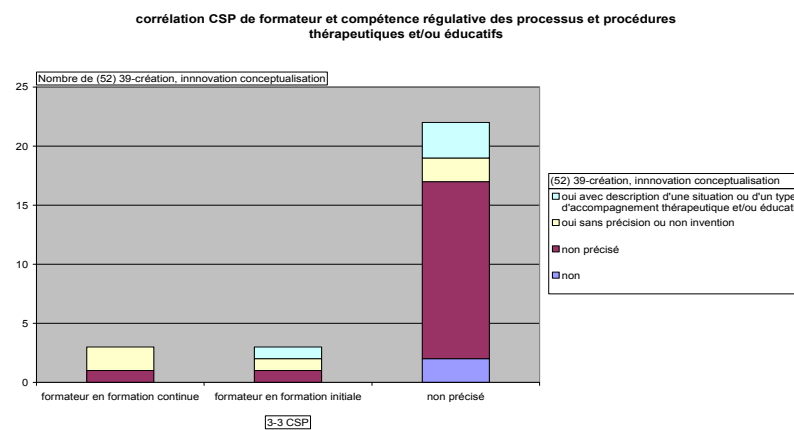


Figure 109

Pas de corrélation significative.

### 5.2.6. Corrélation avec la formation universitaire

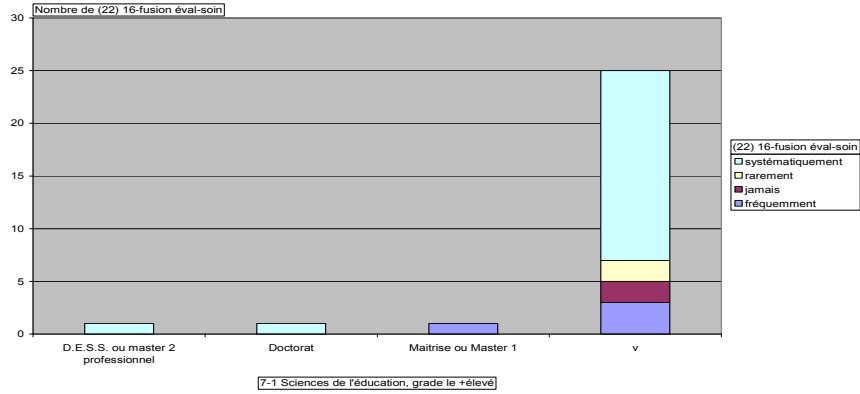


Figure 110

Pas de corrélation significative.

Le nombre même restreint d'individus ayant répondu a permis néanmoins d'ouvrir certaines pistes de réflexions.

## **6. DISCUSSION CRITIQUE METHODOLOGIQUE**

J'ai choisi de recruter pour l'enquête une centaine de professionnels pratiquant l'ostéopathie. Un échantillon bien plus important aurait permis la généralisation.

Ensuite par commodité, de par l'isolement relatif de ma région d'habitation, j'ai décidé de choisir le questionnaire qui me permettait de contacter un nombre plus important de professionnels. Les réponses données se réfèrent peut-être plus à une intentionnalité, où à ce qu'il serait souhaitable que les personnes interrogées fassent qu'à une réalité. L'observation conjointe, une analyse des faits réels, sur le terrain aurait certainement mieux reflété la réalité sachant que « L'outil observation est plus approprié pour recueillir des données sur le faire » (Eymard, 2003). D'autant qu'en envoyant les questionnaires, il n'est pas sûr que la personne qui a répondu soit la personne interrogée. Il est possible que la personne qui est remplie le questionnaire ne soit pas celle qui était initialement enquêtée. De part son aspect théorique et technique, il est peu probable que ce soit un membre de la famille ou un voisin qui y est répondu.

Le recrutement quasi exclusif sur les pages jaunes est certainement un biais dans l'enquête au recrutement de professionnels salariés et du fait de la faible latence entre la distribution des questionnaires et les agréments du titre d'ostéopathes qui sont toujours en cours de validation. Peu d'établissements ont dû recruter des professionnels ostéopathes pour leur titre d'ostéopathe en tant que salariés. De plus, l'absence de délai pour les réponses qui me paraissait être un critère de disponibilité en ne brusquant pas les professionnels dans leur activité professionnelle, peut aussi avoir eu pour effet pervers de leur laisser beaucoup de temps pour y réfléchir (absence de spontanéité possible), et de leur permettre la discussion avec d'autres (modification voir reproduction des réponses possibles). La plupart des professionnels ayant peu de temps disponible pour répondre, il est fort peu probable que les réponses aient été longuement réfléchies.

« En tant que chercheur ou apprenti-chercheur, toute recherche nous confronte à un objet, à notre rapport à cet objet et à la rencontre avec un terrain et des acteurs. En ce sens, toute recherche participe à notre processus de changement. La problématisation méthodologique invite le chercheur à repérer ce qui a changé en lui, en tant que chercheur et/ou praticien » Eymard (2003). Au cours de la formation suivie en Master II en Sciences de l'Education, diverses interrogations, divers questionnements et auto-questionnements m'ont interpellée. Ayant des approches et des

pratiques de soins diversifiées kinésithérapiques, ostéopathiques, ergonomiques, diététiques, chaque rencontre, chaque nouvelle lecture me conduisaient à des questionnements différenciés en fonction de la professionnalité. Ce phénomène disloquant m'a assez longtemps dérouté. C'était un peu comme si chaque formation interrogeait des personnalités différentes en moi. Au fond ces bouleversements qui m'apparaissaient contradictoires selon le champ dans lequel je m'inscrivais, l'étaient surtout en fonction des différentes empreintes modelées par les formations dans laquelle j'avais inscrit mon attitude sans confrontation. L'assimilation et le simple brassage de ces diverses cultures étaient insuffisants et ne répondaient d'ailleurs pas à mes attentes.

Comme le dit Chantal Eymard, « il est fréquent, par exemple, qu'un apprenti-chercheur choisisse un objet dans lequel il est fortement impliqué à un niveau personnel ou professionnel ». Pour ma part, je me sentais impliquée dans plusieurs domaines et l'approche et l'attitude que je développais étaient elles-mêmes différentes. C'est en prenant un peu de distance et en m'auto-questionnant que je me suis aperçu que la satisfaction et l'amélioration de santé du patient n'était pas lié qu'à la technique ou ni aux activités pratiques et ni même aux fusions des techniques mais surtout comme le souligne Gatto à leur articulation avec la prise en compte des besoins, des demandes du patient.

Le plus difficile pour moi, avant même de commencer ce travail a été de m'approprier les « codes » évoqués par Gatto et Ravestain, sans lesquels je ne pouvais m'exprimer correctement et sans faire de non sens. Mais concomitamment il fallait également que je comprenne, les codes seuls n'avaient aucune valeur. C'est à ce moment que j'ai compris toute la dimension que prenaient les propos de Roux sur le cheminement. A ce moment là, j'ai pu faire sauter les barrières que je me mettais d'impossibilité, d'incompréhension. J'ai opté pour le chemin faisant où j'ai enfin pu commencer à réfléchir et à me permettre ma propre démarche, confortant parfois certaines idées, en bousculant d'autres. La complexité et la phénoménologie du projet visée prenaient toutes leurs dimensions. Je ne devais pas oublier la nécessité du projet programmatique sans lequel je n'aurais pu me guider et où je me serais volontiers égarés pour d'autres réflexions et d'autres apprentissages. Mes lectures prenaient maintenant du sens et pouvaient me servir de point de départ pour d'autres réflexions. Toute cette approche m'a permise de sortir de l'ennui dans lequel je sommais où j'avais l'impression que les approches mécanistes, technicistes de la santé ne m'apportaient plus rien et ne me permettaient pas de répondre convenablement à mes attendus.



« Les personnes inexpérimentées peuvent avoir tendance, pour construire le contenu d'un questionnaire, à prendre un papier et un crayon » ... « ; puis tenter de lister les questions qu'elle souhaite poser. Le risque est alors de construire un questionnaire qui n'appréhende pas la totalité du phénomène étudié » Eymard (2003). Pour ma part, mes démarches trop approximatives, les références que j'avais insuffisamment établies ne me permettaient pas d'avoir des questions suffisamment cadrées pour convenir à un travail de recherche. Le travail en a été plus long et plus fastidieux parce que plus difficilement remaniable ensuite. Si je devais recommencer je m'y prendrais tout de suite plus méthodiquement en respectant plus rigoureusement les diverses étapes de constructions du questionnaire que je n'avais pas bien appréhendées. Pour ma part, je pense effectivement que l'on apprend à faire de la recherche, nous sommes d'abord et avant tout des « apprentis chercheurs ».

Cette étude m'a permise également de comprendre toute l'importance, les impacts que les références idéologiques peuvent avoir sur l'avancée de notre profession. Les critères d'établissements de la profession d'ostéopathe et le contrôle qui en est actuellement fait ne repose sur peu de critères valides. Sans travail préalable, sans recherche, la création de cette nouvelle profession n'est rien. Elle sera bientôt bafouée et reléguée à une activité commerciale plutôt qu'une activité du domaine de la santé. Il est aujourd'hui important de montrer que nous kinésithérapeutes et médecins, nous sommes des professionnels de santé aptes à gérer et contrôler cette profession de manière autonome et que cette formation doit répondre à des critères de validité pour continuer d'exister. Ce constat rejoint l'idée de Eymard 2003 selon laquelle : « Les praticiens chercheurs se forment à la recherche et par la recherche, et développe certaines compétences professionnelles. Ce processus de changement est lui-même objet de connaissances».

J'espère que cette étude qui m'a permise de questionner ma pratique et de m'interroger sur mes domaines de connaissances, a été l'occasion pour ceux qui y ont répondu de se questionner également. De part la restriction et la sélection volontaire de critères plus pertinents avec l'évolution actuelle des professions de santé et de la profession d'ostéopathe et en réponse aux besoins, aux demandes et au respect des personnes dans leur globalité, l'identité ainsi définie reste une identité perçue et partiellement perçue.

La démarche et tout comme un certain nombre de réponses interviennent dans un contexte donné notamment après reconnaissance de la profession et publication de ses décrets d'application. Les

résultats auraient peut-être été différents avant ces événements et devraient être évolutifs selon les avancées de la profession et de ses spécificités. Bien que j'ai essayé de trouver une juste distance, l'identité définie à l'issue de ce questionnaire est fonction de mes propres choix des critères et des questions auxquelles il me semblait intéressant d'obtenir une réponse.

## **7. CONCLUSION**

Le nombre de femme ostéopates NPS seraient plus nombreuses que les autres femmes pratiquant l'ostéopathie. La profession ostéopate NPS serait plutôt représentée par des femmes. Les catégories d'âges comprises de – de 25 ans à 29 ans caractérisent uniquement les ostéopates non professionnels de santé. Ils semblent que plus les individus sont jeunes plus leur formation est de type formation temps plein. Par contre l'écriture et la publication d'écrits professionnels pourraient être liées à un âge moyen compris entre 30 et 49 ans. L'écriture semble liée aux professionnels de santé. Les ostéopates masseurs-kinésithérapeutes seraient plus enclins à lire des articles professionnels et donc à s'auto-former.

La formation temps plein semble être caractéristique des ostéopates NPS ayant moins de 30 ans (ce qui est une évidence, les formations temps pleins sont récente dans l'histoire de l'ostéopathie) et des ostéopates PS. La formation de 3 à 6 ans est fortement corrélée aux ostéopates PS et également aux masseurs-kinésithérapeutes. Pour les médecins la tendance serait plutôt une formation sur 2 années, voire très succincte (de moins de 160h à moins de 40h par an). Seuls des professionnels de santé ostéopates (médecins ou masseurs-kinésithérapeutes) ont dans cette enquête une formation universitaire et en Sciences de l'Education, seulement 2 kinésithérapeutes et 1 médecin

Les ostéopates NPS et PS n'exerceraient qu'en exercice libéral. L'exercice en cabinet de groupe caractériserait les médecins, tandis que l'exercice en cabinet individuel caractériserait les ostéopates PS. La totalité du temps de pratique ostéopathique est corrélée aux ostéopates PS et NPS. Les médecins exerceraient pour leur part plutôt de moins de 25% l'ostéopathie par rapport à leur temps de travail total. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, l'exercice est assez varié de moins de 25% à la totalité de temps de pratique ostéopathique et il serait plus particulièrement compris entre 25% et 49%.

Les médecins pour leur part demeureraient plutôt dans la guidance du patient. PS et NPS s'inscriraient majoritairement et principalement dans une démarche de soins de type biomédical.

Les masseurs-kinésithérapeutes ostéopathes seraient les plus prédisposés et les plus compétents pour exercer des activités éducatives au cours des soins, pour l'accompagnement du patient dans sa démarche de soins.

Les ostéopathes feraient globalement fusionner l'évaluation au cours du soin et les ostéopathes professionnels de santé systématiquement. Moitié des professionnels ne fusionneraient jamais l'éducation au soin. L'autre moitié pense le faire.

Peu de professionnels de l'ostéopathie respecteraient les droits des patients et les obligations énoncées dans la loi du 04 mars 2002. Les médecins et les ostéopathes PS seraient d'ailleurs les moins enclins à la respecter. Pratiquement la moitié des ostéopathes NPS et des masseurs-kinésithérapeutes ostéopathes s'y référerait.

Ce sont les médecins ostéopathes qui se remettraient le plus en question dans leur pratique et qui feraient preuve d'humilité. Les ostéopathes PS et NPS ne se questionneraient pas ou peu, ils seraient sûrs d'eux et de leur pratique, l'ostéopathie serait essentiellement pour eux le traitement qui guérit le malade. Les masseurs-kinésithérapeutes seraient très majoritairement les professionnels qui feraient le plus preuve d'humilité au cours du soin, qui s'exprimeraient avec le moins de dogmatisme et qui placeraient très majoritairement le patient comme co-auteur au cours des soins (9 sur 28).

La grande majorité des professionnels s'inscriraient dans un modèle d'éducation de type béhavioriste. Seuls quelques MK ostéopathes se situeraient dans un modèle plutôt socioconstructiviste ou néo-socio-constructiviste.

Les professionnels de l'ostéopathie n'imposeraient pas ou peu ce qu'ils voudraient que le patient fasse et pourtant ils ne laisseraient pas d'initiatives aux patients dans la modification de leurs comportements et 40% des médecins feraient toujours exclusivement références aux données scientifiques et basées sur la preuve dans un modèle de transmission instructif et positiviste.

50% des masseurs-kinésithérapeutes ostéopathes seraient compétents pour conceptualiser une évaluation de la séquence de soin singulière à chaque patient et considéreraient le patient au cœur et co-auteur du dispositif. Dans cet échantillon, seuls les masseurs-kinésithérapeutes feraient preuve de compétence régulatrice des processus et procédures thérapeutiques et/ou éducatives. Contrairement à la grande majorité des médecins où seuls les objectifs de soins et le problème de santé prévalent. Les ostéopathes NPS seraient compétents à communiquer leur cheminement

thérapeutique avec le patient et avec d'autres professionnels (forte corrélation) à condition qu'il ne soit pas fait de confusion entre évaluation et bilan ostéopathique.

Pour l'ensemble des médecins ostéopathes et la plupart des ostéopathes NPS, la remise en question de leurs savoirs, savoir-faire et savoir-être ne poseraient aucun problème et en outre il serait difficile pour un grand nombre hormis quelques masseurs-kinésithérapeutes et ostéopathes PS (qui font une évaluation régulation qui va permettre l'auto-évaluation et l'auto-questionnement par le patient), voire impossible pour les médecins, d'accepter les différences, la non-conformité ainsi que d'écouter et comprendre les demandes, les projets des patients.

Rares sont les professionnels de l'ostéopathie compétents pour innover dans des situations complexes ou nouvelles de soin (un seul MK se montrerait en capacité d'analyser une situation vécue par un patient et qui soit réellement appropriée et transférable dans l'exercice de la profession).

Quelques masseurs-kinésithérapeutes et médecins seulement se sentiraient de développer la pratique professionnelle au sein d'un consensus. L'activité de réseau se résume préférentiellement et essentiellement pour la majorité des professionnels à la collaboration avec d'autres professionnels pour assurer la continuité des soins. Seuls 2 MK sur les 28 personnes enquêtées se proposeraient de faire des séquences d'éducation en santé au sein de réseau pour accompagner les patients dans l'amélioration de leur pouvoir sur leur santé.

La plupart des médecins pensent que la pratique de l'ostéopathie sans contrôle médical est préjudiciable au patient alors que les masseurs-kinésithérapeutes (70%) se disent prêts à réfléchir et conceptualiser leur pratique dans le respect des règles juridiques et déontologiques, à mieux communiquer, échanger sur leur pratique et à espérer maintenant pouvoir obtenir le droit de prescription notamment d'examen complémentaires et 7 sur 13 se montrent en posture d'auteur co-conceptualisant en une séquence d'ostéopathie thérapeutico-éducative avec le patient qui ne soit plus simplement une accumulation ou un aménagement des actes et des situations.

Globalement, l'ensemble des professionnels de l'ostéopathie aurait connaissance des données importantes de santé publiques et beaucoup trop peu s'y référeraient selon les résultats précédents.

« En France, les lois et la réglementation de l'exercice des professions de santé changent. Le projet-visée des politiques de santé a évolué. Ils demandent aux professionnels de la santé et du travail social de systématiser les pratiques d'éducation à la santé auprès des personnes malades

ou non malades et de produire des théories, des modèles et des applications méthodologiques efficaces sur le plan éducatif. Il souhaite également que le champ de la santé passe d'un système de soins où la maladie est au centre du dispositif de santé à une génération de soins où la santé serait déterminée par l'équilibre dynamique et évolutif entre la population et son environnement » (Gatto, annexe 1). Je souhaite voir l'ostéopathie s'inscrire dans le système de la santé et évoluer plutôt dans le système global de la santé pour aider les patients dans leur démarche d'amélioration de leur santé.

Donnadiou (1998) « La mémoire qui signe l'implication du chercheur dans l'histoire de sa recherche comme le mémoire en formation signe l'implication du formé dans l'histoire de son expérience de formation ». Bien qu'elle soit dite « holistique », l'envie de voir le statut de l'ostéopathie modifié, de l'inscrire dans une démarche plus scientifique, plus recevable ont motivé ma démarche.

Solère et Soyer-Gobillard (2004) affirment : « En considérant l'appartenance de l'ostéopathie et de la kinésithérapie aux sciences de la motricité, de la réhabilitation fonctionnelle et de la santé, que l'élargissement des connaissances dans ce domaine apportera les preuves scientifiques qui font défaut à l'enseignement de l'ostéopathie et de sa reconnaissance » d'où la nécessité effectivement de produire des travaux de recherches validés, signe de scientificité indispensable à la considération de l'ostéopathie et à son enseignement à l'aide de modèles thérapeutiques admis par la science.

## BIBLIOGRAPHIE

Ardoino, J. (1986). Finalement, il n'y a jamais de pédagogie sans projet. *Education Permanente* n°87, 2.

Ardoino, J. (2004). *Propos actuels sur l'éducation : contribution à l'éducation des adultes*. Paris : L'Harmattan.

Bogo, D. (2006). *Modèles de santé et exercice professionnel chez les Masseurs-Kinésithérapeutes*. Mémoire Master 2 Sciences de l'Education, option ingénierie des systèmes de formation. Université de Corse en partenariat de formation avec INK Paris.

Bourgeois, E. et Nizet, J. (1999). *Apprentissage et formation des adultes* (p.26). Paris : PUF, 2<sup>e</sup> édition.

Brousseau, G. (1998). *Théorie des situations didactiques*. Grenoble. : La pensée sauvage.

Deccache, A. (1994). *La compliance aux traitements des maladies chroniques*. Thèse de doctorat en Santé Publique, Université Catholique de Louvain-la-Neuve.

Dictionnaire de la langue Française : 40 000 mots de la langue française, 10 000 noms propres, annexes grammaticales et encyclopédiques (1995). Paris : Hachette.

Dictionnaire le Grand Robert. Paris, 2<sup>e</sup> éditions, 1992, tome V, p.603.

Dictionnaire LE PETIT Larousse GRAND FORMAT (2004). Paris : LAROUSSE.

D'Ivernois, J.-F. et Gagnayre, R. (1995). *Apprendre à éduquer le patient*. Paris : Vigot.

Dodero, M. (2004). *Questionnement des savoirs expérientiels des patients atteints de la maladie du diabète*. Mémoire de DEA, Université de Provence, Aix-Marseille I, U.F.R. de psychologie et des sciences de l'éducation.

Donnadieu, B. (1998). *La formation par alternance, coopération herméneutique*. Collection En question, Titres 2, université de Provence, département Sciences de l'Education : Lambesc.

Dubar, C. (2000). *La crise des identités : L'interprétation d'une mutation*. Paris : PUF (Le lien social).

Eymard, C. (2003). *Formation : Initiation à la recherche en soins et santé*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre.

Ferry, G. (2003). *Le trajet de la formation : Les enseignants entre la théorie et la pratique*. Nouvelle édition, postface de Philippe Meirieu. L'Harmattan : Savoir et formation.

Gatto, (1999-a). *Attitudes cognitives et cultures de soins : Contribution de dispositifs pédagogiques spécifiques aux actions d'éducation à la santé*. Thèse de doctorat de l'université de Provence (mention sciences de l'éducation), Aix-en -Provence, France. Gatto, F. (2005). *Enseigner la santé*. Paris : L'Harmattan.

Gatto, F (2001). Contribution de la recherche en didactique à l'enseignement des sciences et techniques de la kinésithérapie. Cahier de la recherche et du développement. Skole, Actes du Colloque Carry- le-Rouet 2001 : Numéro Hors-série 2001, 189-202.

<http://ardist.aix-mrs.iufm.fr/actes/2001.pdf>

Gatto, F. (2005). « Enseigner la santé ». Paris : L'Harmattan.

Gatto, F. (2006). « Préface ». Paris : SPEK, ReK N°4, 1.

Gatto, F. et Eymard, C. (2006). Résultats des recherches en didactique comparée des savoirs en santé (Colloque AFREES 2005). Paris : SPEK, ReK N°4, 11 - 26.

Gatto, F. (2007) - *L'évaluation des pratiques et la formation des cadres de santé, des étudiants et des soignants aux compétences d'évaluation, de management, d'éducation en santé, de recherche et de conceptualisation*. Montpellier : Sauramps médical : Collection Recherche et pratiques en santé.

Gatto, F. et Ravestein, J. (2008). *Le mémoire : penser, écrire, soutenir, réussir*. Montpellier : Sauramps médical.

Hartman, L. (1990). *Manuel des techniques ostéopathiques*. Bruxelles : Éditeur O.M.C.

Hadji, CH. (1989, 1990). *Évaluation, les règles du jeu*, ESF.

Hadji, CH. (1997). *L'évaluation démystifiée*, ESF, coll. Pratiques et enjeux pédagogiques.

Hirsch A., (1996). *Education à la santé*. Revue trimestrielle du haut comité de santé publique, n°16, éditorial.

Izard M.-H. (2006). *De la professionnalité à la professionnalisation : contribution de la formation aux méthodes de recherche en Sciences de l'Education à l'autonomisation des étudiants en ergothérapie*. Mémoire Master 2 Sciences de l'Education, Formation et encadrement dans le secteur sanitaire et le travail social. Université de Provence Aix-Marseille I, U.F.R. de Psychologie et des Sciences de l'Education, En partenariat avec l'Institut de Formation des Cadres de Santé de Montpellier Section Rééducation.

Johsua, S. et Dupin, J.J. (1993). *Introduction à la didactique des sciences et des mathématiques*. Paris PUF.

Lacroix, A. et Assal, J.-P. (1998). *L'éducation thérapeutique du patient : du mythe de l'information à l'exigence de la formation*. Paris : Vigot.

Lacroix, A. et Assal, J.-P. (2003, 2<sup>ème</sup> édition complétée). *L'éducation thérapeutique des patients: nouvelles approches de la maladie chronique*. Paris : Maloine.

Leclerc, A., Fassin, D., Grandjean H. (2000). *Les inégalités sociales de santé*. La découverte, Recherches INSERM éditions, Paris.

Le Boterf, G. (2002). *Développer la compétence des professionnels*, 4<sup>ème</sup> édition. Paris : Les éditions d'organisation, p.29.

Macquet, C. et Vrancken, D. (2006). Comprendre : l'orientation professionnelle, une nouvelle forme de gouvernement des hommes. *Revue Sciences Humaines* n°172, p.29.

Melloul, J.P. (1997). La thérapie manuelle : Ostéopathie. Rachis et articulations périphériques « manœuvres essentielles ». SISMA FORMATION Multimédia.

Morin, E. (1986). *La méthode (tome 3) : La connaissance de la connaissance*. Paris : Le seuil.

Morin, E. (1999). *Une Tête bien faite*. Éditions du seuil.

Pastor, E. (2004-a). *Les pratiques identitaires des masseurs kinésithérapeutes libéraux à travers les modèles de l'évaluation, influence de la formation universitaire sur la pratique*. Mémoire de DEA, Université de Provence, Aix Marseille I, U.F.R. de Psychologie et des Sciences de l'Education.

Pastor, E. (2005). Ostéopathie : vers un favorable dénouement. Paris, SPEK, *Kiné Actualité* n°988, 2005, Juin, 23.

Ramin, M. et Gatto, F. (2003). Contribution des Sciences de l'éducation à l'évaluation des compétences des formateurs en kinésithérapie et à l'amélioration de la qualité des pratiques. Paris : SPEK, *ReK* n°3, 31-37.

Ramin, M. et Vaillant, J. (2004). Ostéopathie des différentes lésions des os coxaux et sacral : démarche d'évaluation d'un outil diagnostic. Paris : SPEK, *ReK* n°2, 39-47.

Renard, J. (1996). La qualité en formation, *Cibles* n°33.

Renauteaud, J. et Aymar, G. (2000). Construire un parcours individuel de professionnalisation. *La lettre du CEDIP*. En lignes n° 12, 1 - 4

Richard, R. (1994). *Le patient et l'ostéopathe*. Paris : éditions Frison Roche.

Rey, A. (2004). Dictionnaire historique de la langue française. Paris : Robert.

Rosé, D. (1996). Du bon usage du leurre, in *Education Permanente*, n°128, 177-184.



Signeyrole, J. (2004). « Démarche d'évolution des compétences en masso-kinésithérapie » la synthèse définitive des assises. Paris : SPEK. *Kiné Actualité* 2004 novembre.

Signeyrole, J. (2004-a). L'émancipation professionnelle par l'écriture... : usages de l'écriture et du concept d'évaluation-régulation pour préparer des étudiants au rôle « formatif » de la kinésithérapie. Paris : SPEK, *Rek* n°2, 9-20.

Solère, R., et Soyer-Gobillard, M.-O. (2004). Vers de nouveaux modèles théoriques et thérapeutiques non médicamenteux grâce à l'élargissement du champ des connaissances dans le domaine des sciences de la motricité, de la réhabilitation fonctionnelle et de la santé. Paris : SPEK, *ReK* n°2, 31-37.

Soler, F. (2006). *L'intelligence émotionnelle : « une cadre attitude » pour l'évaluation des personnels hospitaliers*. Mémoire de Master 2 sciences de l'éducation, Formation et encadrement dans le secteur sanitaire et le travail social, Université de Provence Aix-Marseille I, U.F.R. de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, En partenariat avec l'Institut de Formation des Cadres de Santé de Montpellier Section Rééducation.

Etude de démographie ostéopathique française (2006). Enquête réalisée par Serrot A., Fatou D. *L'Echo de la Chambre Nationale des Ostéopathes* N°5, Juillet, 2006, p. 11.

Tardivat, M. (2004). Formation le choix de l'ostéopathie : enquête réalisée par Majorie Tardivat. Paris : Masson, *Kinésithérapie, les annales*, n°26-27, 32-33.

Trudelle P. (2005). Etes-vous un mécano-humain ? *Kinésithérapie, les Annales*, N°46, 2005 octobre, p.1

Thom, R. (1983). *Paraboles et catastrophe*. Paris : Editions du seuil.

Vaillant, J. (2002). Histoires sous le signe : kinésithérapie et médecine. *Kinésithérapie Scientifique*, n° 424, 2002 juillet, 35-52.

Van Rillaer, J. (2006). Les nouvelles psychologies : une psychologie pour la vie quotidienne. *Sciences Humaines*, Les grands dossiers n°3.

Vial, M. (1995). *Le travail en projets*. Lyon : Voies Libres.

Vial, M. (2000). Organiser la formation : le pari sur l'autoévaluation. Collection Défi Formation. Paris : L'Harmattan.

Vaugrand (2003). Préface des Propos actuels sur l'éducation, d'Ardoino, J. Nontron, septembre 2003.

Wallon, M.-L. (2008). Ostéopathie : Sous la menace d'un exercice illégal ? Paris : SPEK, *Kiné actualité* n°1122, 2008, septembre.

Wittorski, R. (1994). De la fabrication des compétences. *Éducation permanente* n°135, 2.

### **Textes législatifs et réglementaires :**

- La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (article 75).
- Article L.1111-4 la Loi du 04 mars 2002
- Décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.
- Décret n°2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements.
- Arrêtés du 25 mars 2007 relatif à la formation en ostéopathie, à la commission d'agrément des établissements de formation et aux mesures dérogatoires.
- Arrêtés du 25 mars 2007 relatif à la composition du dossier et aux modalités d'organisation des épreuves d'aptitude et du stage d'adaptation prévues pour les ostéopathes par le décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.
- Décret n°2007-1564 du 2 novembre 2007 modifiant le décret n°2007-435 du 25 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.
- Charte d'Ottawa (1986). [http://www.sante.gouv.fr/cdrom\\_lpsp/pdf/Charte\\_d\\_Ottawa.pdf](http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Charte_d_Ottawa.pdf)

### **Articles sur Internet**

Auquier, L., Crémer, G., Malvy, P., Menkès, C.-J. et Nicolas G. (2006). RAPPORT au nom d'un Groupe de travail : Ostéopathie et Chiropraxie (PREMIÈRE PARTIE)  
<http://www.academie-medecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=26&idLigne=282>,  
[www.ffmkrsud.org/academie\\_med\\_rapport\\_osteo.pdf](http://www.ffmkrsud.org/academie_med_rapport_osteo.pdf).

Bailly, E. (2005). Les ostéopathes face à la contrainte institutionnelle : genèse d'une professionnalisation. Thèse de doctorat : Sociologie, Université de Nantes. 2005NANT3021. Résumé SUDOC Numéro de notice : 095037365.  
<http://www.sudoc.abes.fr/DB=2.1/SET=22/TTL=1/CLK ?IKT=1016&TRM=Les+ostéopathes+face+la+contrainte+institutionnelle>

Besnard, J.-M. (1998). Caractéristiques et motivations des consultants en ostéopathie. Thèse de doctorat de médecine. Paris 13. numéro national de thèse : 1988PA130041.  
<http://www.sudoc.abes.fr/DB=2.1/SET=51/TTL=1/CLK ?IKT=1016&TRM=CARACTERISTIQUES+ET+MOTIVATION+DES+CONSULTANTS+EN+OSTEOPATHIE>. Numéro de notice SUDOC : 043089526.

Campanale, Fr. Quelques éléments fondamentaux sur l'évaluation.

<http://www.mapreps.com/evaluationcampeval.pdf>

<http://www.grenoble.iufm.fr/departement/shs/campeval/>

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986.

[http://www.sante.gouv.fr/cdrom\\_lpsp/pdf/Charte\\_d\\_Ottawa.pdf](http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Charte_d_Ottawa.pdf)

Définition de l'ostéopathie

<http://www.ffmkr.com/Mnu11126>

Donnadieu, B., Genthon, M. et Vial, M. (1998). Les théories de l'apprentissage : quel usage pour les cadres de santé. Masson inter éditions.

[http://www.michelvial.com/boite\\_96\\_00/1998-Les\\_theories\\_de\\_l\\_apprentissage.pdf](http://www.michelvial.com/boite_96_00/1998-Les_theories_de_l_apprentissage.pdf)

Gatto, F. Améliorer le rapport de l'élève au savoir de la santé par la connaissance des objets sensibles à son apprentissage et par l'utilisation d'objets ostensifs d'aide à l'étude.

<http://www.inrp.fr/Acces/Biennale/6biennale/Contrib/affich.php?&mode=long&NUM=225>

<http://www.inrp.fr/Acces/Biennale/6biennale/Contrib/affich.php?&NUM=225>

Gougeon, F. (2006). Communiqué de presse : santé bradée et ostéopathie soldée sans inventaire.

[http://www.ffmkr.org/\\_pdf/COMMUNIQUE\\_OSTEO.pdf](http://www.ffmkr.org/_pdf/COMMUNIQUE_OSTEO.pdf)

Messeguer, L. L'étude « Les ostéopathes DO MROF en chiffres » est extraite du mémoire intitulé « Les ostéopathes DO MROF dans le paysage ostéopathique français en 2001 ».

<http://www.osteopathie.org/up/fichiers/extrait-memoire-rof.pdf>

Pastor, E (2004-b). Ostéopathie : formation initiale indépendante ou formation continue autonome ?

[http://www.ffmkrsud.org/osteo\\_avril\\_2004.pdf](http://www.ffmkrsud.org/osteo_avril_2004.pdf)

Somody Neplaz. L'étude intitulée « La radioscopie 2000 des DO MROF ».

<http://www.osteopathie.org/up/fichiers/radioscopie-do-mrof.pdf>

Tricot, P. (2003). Une brève histoire de l'ostéopathie.

[http://pagesperso-orange.fr/pierre.tricot/000\\_textes/pt\\_historique.pdf](http://pagesperso-orange.fr/pierre.tricot/000_textes/pt_historique.pdf)

Vial M. (2004) Evaluer le coaching ? Conférence à la section nationale de la société française de coaching (SF coach).

[http://www.sfcoach.org/actu/doc/vialconf\\_coach2.pdf](http://www.sfcoach.org/actu/doc/vialconf_coach2.pdf)

[www.osteopathie.org/découvrir-osteopathie/osteopathie-aut...](http://www.osteopathie.org/découvrir-osteopathie/osteopathie-aut...)

## **8. ANNEXES**

Annexe 3

Gatto, F. Une formation universitaire tente de réguler la tension entre les sciences de l'éducation et les sciences et techniques de la kinésithérapie. Texte court, Texte long.

## **Une formation universitaire tente de réguler la tension entre les sciences de l'éducation et les sciences et techniques de la kinésithérapie.**

### **Texte court :**

En France, les lois et la réglementation de l'exercice des professions de santé changent. Le projet-visée des politiques de santé a évolué. Ils demandent aux professionnels de la santé et du travail social de systématiser les pratiques d'éducation à la santé auprès des personnes malades ou non malades et de produire des théories, des modèles et des applications méthodologiques efficaces sur le plan éducatif. Ils souhaitent également que le champ de la santé passe d'un système de soins où la maladie est au centre du dispositif de santé à une génération de soins où la santé serait déterminée par l'équilibre dynamique et évolutif entre la population et son environnement.

Un chantier de recherche avec une voie d'entrée par la didactique a été réalisé. Les résultats montrent que pour répondre aux demandes de la population et aux préconisations des politiques de santé il devient économiquement et scientifiquement nécessaire pour les professionnels de santé de se former. Les acteurs de santé doivent pouvoir articuler leurs compétences bio-médicales (physiologie, biologie, biomécanique...) avec des compétences éducatives. Cela pour faire évoluer leurs pratiques éducatives et leur relation éducative avec les patients. Il ne s'agit plus d'appliquer systématiquement des techniques sur une maladie mais de travailler auprès d'une personne en difficulté de santé. Ces éléments ont conduit à proposer un dispositif de formation universitaire en sciences de l'éducation destiné aux professionnels de la santé praticiens et enseignants.

Ce dispositif travaille la problématique de l'éducation dans le champ de la santé. Selon l'O.M.S. et les résultats de travaux antérieurs les professionnels de santé ne permettent pas dans la majorité des cas d'aider le patient à devenir auteur de son traitement et de sa vie avec sa maladie. Il semble que le modèle éducatif utilisé par les professionnels de la santé est quelquefois un modèle d'éducation-correction basé sur la prescription, l'injonction, la culpabilisation et la peur. Modèle issu d'une logique positiviste. L'acte d'apprentissage des savoirs de la santé est pensé comme un conditionnement d'un individu rationnel. Les savoirs savants déversés de manière frontale paraissent trop décalés et trop en rupture par rapport aux savoirs expérientiels des patients. Les informations de santé se heurtent aux savoirs-obstacles des patients. Obstacles enracinés sur le plan cognitif, social, expérientiel et affectif. L'utilisation exclusive du paradigme positiviste par les professionnels de santé à la fois dans leurs pratiques éducatives et dans l'évaluation de celles-ci (évaluation-contrôle et évaluation gestion) conduit certaines fois à des échecs d'apprentissage, à une augmentation de la prévalence des problèmes de santé publique et à une non liberté de choix du patient.

Des recherches en sciences de l'éducation ont montré que c'est à partir des savoirs pré-existants du patient, en construisant et en articulant avec lui le projet-visée avec le projet programmatique éducatif et en substituant les régulations de contrôle par les régulations complexes que le dialogue peut se développer, conduire à l'auto-questionnement, travailler le sens des activités et mieux aider à l'autonomie et/ou au changement.

Le dispositif de formation proposé tente de réguler la tension entre les sciences de l'éducation et les sciences de la santé-les sciences et techniques de la kinésithérapie. L'enseignement en sciences de l'éducation aide à la distanciation des techniques de soins et à la production d'une nouvelle démarche de soins. Un chantier de recherche basé sur l'écriture accompagnatrice est travaillé par une collaboration entre des praticiens en formation en sciences de l'éducation, des patients et des enseignants-chercheurs en sciences humaines.

### **Une formation universitaire tente de réguler la tension entre les sciences de l'éducation et les sciences et techniques de la kinésithérapie.**

**Texte Long :**

#### **Résumé**

En France, les lois et la réglementation de l'exercice des professions de santé changent. Les demandes des politiques de santé ont évoluées. Il devient économiquement et scientifiquement nécessaire pour les Kinésithérapeutes de pouvoir articuler leurs compétences bio-médicales (physiologie, biologie, biomécanique...) issus de savoirs médicaux avec des compétences éducatives issus de savoirs en sciences humaines. Un dispositif de formation tente de réguler l'articulation entre les sciences de l'éducation et les sciences et techniques de la kinésithérapie. L'enseignement des méthodologies de la recherche en éducation dans ce cursus universitaire devrait aider à la production d'un nouveau savoir concernant l'évaluation, la relation éducative et la promotion de la santé en kinésithérapie. La prise de distance par rapport aux techniques de rééducation devrait permettre aux rééducateurs de pouvoir placer le patient au centre du dispositif de soins.

**Mots clés :** kinésithérapie ; politiques de santé ; didactique ; recherche ; formation.

#### **INTRODUCTION**

Les politiques de santé demandent aux professionnels de la santé et du travail social de systématiser les pratiques d'éducation à la santé auprès des personnes malades ou non malades et de produire des théories, des modèles et des applications méthodologiques efficaces sur le plan thérapeutique et éducatif. Ils souhaitent également que le champ de la santé passe d'un système de soins où la maladie est au centre du dispositif de santé à une génération de soins où la santé serait déterminée par l'équilibre dynamique et évolutif entre la population et son environnement.

Les difficultés que rencontre l'éducation à la santé et le développement de soins de qualité sont proches de celles que l'enseignement rencontre couramment à l'école (conception-obstacle, rapport au savoir impliquant une relation de soumission au maître, attitude passive des élèves...). Il ne s'agit pas d'opposer ou de choisir entre les démarches curatives indispensables axées sur la maladie et les approches éducatives mais de les articuler dans un modèle global de la santé.

**Qu'il s'agisse des approches individuelles ou des approches psychosociales d'éducation et de promotion de la santé, les évaluations de santé publique [1, 2, 3, 4, 5] montrent les limites d'efficacité éducatives et thérapeutiques de celles-ci. L'éducation constituant un**

**facteur déterminant sur les résultats sur le plan thérapeutique il semble utile de se former en éducation à la santé et à la relation éducative [1, 3, 6, 7].**

**Les résultats de la revue bibliographique réalisée par l’OMS [1] et par Gatto [8] indiquent une absence de recherche et de littérature concernant la didactique des sciences de la santé et ont montré de nombreux échecs des actions d’éducation à la santé et de promotion de la santé.**

Actuellement il semble indispensable d’acquérir la capacité d’articuler les sciences de l’éducation et les sciences et techniques de la kinésithérapie pour sortir d’une vision uniquement positiviste de l’éducation où l’apprenant est considéré comme une variable dépendante. Le paradigme positiviste réduit l’individu à une variable dépendante d’une ou plusieurs variables indépendantes (la maladie, le médicament, la technique de rééducation...). Il explique des comportements par une ou plusieurs causes simples (relation de cause à effet). Par exemple : Pour diminuer ses douleurs lombaires il faut perdre du poids et pratiquer des activités sportives. Le paradigme positiviste est issu des sciences de la nature. L’Homme est plus complexe. Une multitude de variables interviennent dont certaines ne sont pas identifiables, neutralisables et restent évolutives, imprévisibles (la subjectivité du sujet par exemple).

### **Le modèle de santé global**

Pour ce modèle la santé est constituée par l’équilibre dynamique et évolutif de l’individu avec son environnement [7]. Il développe une approche globale de la santé et de l’individu malade. L’éducation et la relation éducative font partie intégrante des soins et des actes de rééducation.

Ce modèle propose d’évaluer, de tracer et de mettre en place des dispositifs thérapeutiques, éducatifs et sociaux pour permettre à la personne malade, à la personne handicapée et à la personne exclue de s’impliquer au niveau sociétal et de prendre une position de participant en fonction de ses demandes et de ses besoins. Le patient n’est plus uniquement un agent qui doit appliquer les recommandations et les prescriptions mais il devient co-auteur de ses démarches de santé avec le thérapeute : comportement, mode de vie, traitement thérapeutique, alimentation, prescription...

Le troisième modèle de santé englobe les deux précédents. Il ne les rejette pas mais permet leur articulation et leur coordination. Cette nouvelle vision de la santé est appelée la promotion de la santé. La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l’améliorer [9].

L’objectif unique actuel (soulager), encore trop fréquent, doit faire place au double objectif : thérapeutique et éducatif, simultanément [10].

### **LES DETERMINANTS DE SANTE**

Selon les données de santé publique [2, 3, 11, 9, 12] la santé est déterminée par les soins curatifs, le niveau socio-professionnel, l’alimentation, l’hygiène de l’eau, les souffrances, le stress, la confiance en soi, l’estime de soi, les revenus, le logement, la justice sociale, l’éducation, l’écosystème, les loisirs, le travail, l’environnement, les comportements et les

modes de vie. Les comportements et les modes de vie constituent les déterminants majeurs de la santé de la population. Les soins curatifs ne constituent qu'un déterminant parmi d'autres.

Actuellement les politiques de santé demandent, à juste titre, d'agir de manière coordonnée sur tous les déterminants de la santé en fonction des compétences de chaque profession et de montrer, grâce au développement de la traçabilité et de l'évaluation à court, moyen et à long terme, l'efficacité et l'efficience des actions thérapeutiques et des actions éducatives. En effet, l'efficacité et l'efficience des soins curatifs sont contestées à partir des années 1970 [7]. Les thérapeutes en exercice ont des difficultés à modifier leurs pratiques professionnelles éducatives et thérapeutiques même si les textes et la réglementation professionnelle l'exigent [1, 13]. Les habitudes sont difficiles à changer et il semble que les thérapeutes ne disposent pas de concepts, d'outils, de moyens et de temps de formation pour réaliser cette transformation. « En confirmation de l'hypothèse constructiviste, il apparaît que les modes de pensée et d'action des élèves ne sont pas malléables à volonté, et que si, parfois, des modes spécifiques de raisonnement des élèves peuvent assurer des succès pendant un temps et pour certaines questions, ces modes peuvent aussi se constituer en obstacles résistants à une évolution favorable souhaitée » [14].

Les programmes de la formation initiale et de la formation continue des masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas encore évolué, divergé et ne se sont encore réorientés pour mieux correspondre au nouveau contexte scientifique et médical Français.

Pour Vial [15] « la régulation dans le systémisme permet de distinguer trois niveaux de régulation :

- d'abord au niveau du programme, c'est la régulation cybernétique,
- puis au niveau du référentiel que l'on se donne, dont le programme est issu (le référentiel est plus large que le programme),
- et enfin, encore plus large, au niveau du projet dans lequel sont embarqués l'apprenant et l'enseignant.

Deux solutions possibles :

- soit faire autrement, c'est à dire faire la même tâche, la même chose, en s'y prenant d'une autre manière avec une autre procédure,
- Ou bien changer de tâche, changer de programme, faire "autre chose". C'est à dire prendre un autre chemin didactique pour parvenir au savoir et à son appropriation. Le sens du projet de formation se construit de l'intérieur chemin faisant.

La régulation cybernétique est constituée d'étapes procédurales chronologiques qu'il est nécessaire de passer. Si un individu bloque sur une étape, il recommence mais, s'il n'y parvient pas, il prend du retard puis en cas de difficulté répétitive est exclu du système : c'est un échec.

La régulation systémique permet en cas de blocage sur une étape de changer de référentiel, de changer de programme pour à partir des savoirs pré-existants (ses croyances, ses habitudes...)



du sujet tenter d'atteindre les objectifs. Par exemple si un sujet ne parvient pas à faire une série d'exercices qui fait partie d'un programme progressif il est possible de changer de programme en négociation avec le patient. Le projet de la rééducation peut rester inchangé.

L'essentiel est de choisir sans rien renier. C'est choisir ensemble des choses à faire en fonction de l'évaluation négociée pour parvenir au projet. Ici on entre dans la pensée complexe [16] et dans la régulation complexe [15].

## **LES SCIENCES DE L'EDUCATION ET LA SANTE**

L'enseignement du savoir scientifique de la santé ; aux élèves de l'école jusqu'à l'université, l'enseignement du savoir de la kinésithérapie aux élèves dans les Instituts de formation en Masso-Kinésithérapie et aux malades dans le cadre de la promotion de la santé (actes de préventions, soins curatifs, actes d'aide à la réinsertion professionnelle); et la relation éducative développée au cours de chaque action de rééducation constituent des pratiques d'éducation et de formation.

Dans ce contexte, il apparaît de bon droit que ces pratiques d'éducation et de formation intéressent le champ des sciences de l'éducation pour produire par la recherche un savoir éducatif et pour construire des dispositifs de formation en collaboration avec les disciplines de santé concernées. Les sciences de l'éducation ont pour mission, entre autres, de mieux comprendre les pratiques d'éducation et de formation et de produire un savoir nouveau qui sera à la disposition de la communauté. Les enseignements des savoirs hautement techniques de la santé auprès des patients (enfants et adultes), souffrant de maladies chroniques et de maladies aiguës conduisent souvent, en l'absence de dispositifs didactiques maîtrisés mais aussi évolutifs et imprévisibles, à des échecs d'apprentissage.

Le modèle bio-médical recherche par l'éducation l'adhésion du sujet à la prescription. Cela par la transmission de savoirs savants, le contrôle de la compréhension du message et le contrôle de son application. L'acte d'apprentissage des savoirs de la santé est pensé comme un conditionnement d'un individu rationnel. Depuis fort longtemps, les données de santé publique ont montré les limites en terme d'apprentissage des renforcements négatifs. C'est à dire les limites d'un enseignement basé sur la peur, la culpabilité et les punitions si les comportements attendus ne sont pas atteints. Les savoirs savants déversés, injectés de manière frontale paraissent trop décalés et trop en rupture par rapport aux savoirs expérientiels des patients. Les informations de santé se heurtent aux savoirs-obstacles des patients. Un savoir-obstacle est par exemple le fait de croire que la natation soigne le dos, ou qu'une lombalgie doit être traitée par le repos de trois semaines. C'est faux scientifiquement mais cela a été construit par l'expérience, par l'éducation depuis de nombreuses années et cela est difficile à modifier car c'est de l'ordre de la croyance. Cela même si le savoir scientifique dit le contraire. Les obstacles sont enracinés sur le plan cognitif, social, expérientiel et affectif. L'utilisation exclusive du paradigme positiviste par les professionnels de santé à la fois dans leurs pratiques éducatives et dans l'évaluation de celles-ci (évaluation-contrôle et évaluation gestion) conduit certaines fois à des échecs d'apprentissage, à une augmentation de la prévalence des problèmes de santé publique, à une non liberté de choix et une non autonomie du patient.

Les recherches en psychologie, en sciences de l'éducation et en santé publique ont montré que c'est à partir des savoirs pré-existants du patient, en construisant et en articulant avec lui les

objectifs de la rééducation et le programme de rééducation que l'évolution positive de santé devient statistiquement plus probable. C'est en substituant les régulations de contrôle par les régulations complexes que le dialogue peut se développer, conduire à l'auto-questionnement, travailler le sens des activités et mieux aider à l'autonomie et/ou au changement de comportement.

« Dans le cadre de la promotion de la santé les professionnels pourraient mieux maîtriser les savoirs éducatifs et mieux comprendre la personne apprenante pour travailler de manière coordonnée :

- Dans les institutions scolaires dans une perspective de dépistage et de prévention des problèmes de dos par exemple,
- Dans les entreprises,
- Dans les associations sportives,
- Dans les institutions de formation aux activités physiques et sportives,
- Dans les institutions et les associations d'aides aux malades,
- Dans les institutions de formation du secteur sanitaire et social,
- Dans les institutions de soins et les structures hospitalières,
- Dans les cabinets de soins de ville » [17].

La démarche de soins de troisième génération dépasse la classification de Wood [18] encore utilisée par certains professionnels de la santé [19]. Selon cette classification il existe une relation linéaire entre déficience, incapacité et handicap. La déficience serait de nature biologique, l'incapacité en serait la conséquence fonctionnelle, et le handicap son produit social marqué par un désavantage. Ici, le handicap responsabilise celui qui le porte et quelquefois le culpabilise en lui donnant une représentation négative. « Par le développement des réseaux de soins les politiques de santé demandent de compléter cette classification par l'évaluation et la prise en compte de tous les déterminants de la santé. Cela pour permettre des actions plus adaptées aux problématiques de santé de la population et pour intervenir en amont de la maladie et de ses complications. La situation handicapante est une situation de conflit entre le sujet et l'environnement qu'il soit humain et/ou matériel (difficultés matérielles, difficultés motrices, difficultés communicationnelles, éloignement, perte du rôle social...). Ce conflit conduit souvent à des problèmes de santé et à une situation d'exclusion. Le développement d'une nouvelle démarche de soins, la création d'outils d'évaluation-régulation des comportements de santé, permettent d'aménager un environnement adapté à chaque personne pour articuler de manière dialogique les différents modèles de santé. Permettre à chaque personne de vivre et d'évoluer dans un environnement qui lui correspond diminue les risques de conflit (prévention primaire), le cas échéant rétabli l'équilibre rompu et favorise ainsi la sortie de la situation handicapante (prévention secondaire et tertiaire)» [17]. Dans ces perspectives, chaque être humain peut exister, se mobiliser, s'engager librement, et donner du

sens à sa vie présente et à venir. Le développement du modèle global de la santé par les professionnels facilitera la mise en place d'un environnement adapté à chaque personne, favorisera la mise en œuvre d'un réseau de prise en charge globale, et améliorera la liberté et le pouvoir du malade par rapport à sa maladie, aux soins, à son corps, à son environnement. Les professionnels de santé proposeront des activités spécifiques adaptés aux difficultés, aux besoins, aux demandes et à l'évolution des objectifs de santé de chaque malade. La relation éducative et les pratiques éducatives de chaque soignant aideront à développer un nouveau rapport entre le sujet et le savoir de santé et permettront à l'élève-patient d'être en fonction des moments agent, acteur et auteur de sa santé. Ici, les soins et/ou la rééducation appartiennent au domaine de la relation éducative et visent l'autonomie dans le processus d'adaptation. Pour cela la démarche éducative recherche par l'écoute et le travail sur le sens, la compréhension du référentiel et des savoirs expérientiels (construits par l'expérience de la vie quotidienne) de l'élève-patient.

Aussi, pour améliorer la qualité et l'efficacité de la démarche éducative du thérapeute à court, à moyen et à long terme, il est proposé de former les professionnels de santé à certains éléments théoriques et pratiques issus du champ des sciences de l'éducation. « Ce qui justifie l'acte éducatif, c'est ce qu'il est nécessaire que le patient apprenne pour résoudre son problème de santé : éloigner les risques de complications et de rechutes, améliorer son état ou plus généralement, opérer des choix en matière de gestion de sa santé » [20].

## **LA PROBLEMATIQUE DES PROFESSIONNELS DE SANTE**

Comment passer d'un dispositif de soin curatif à un dispositif de santé qui développe des pratiques d'éducation différentes de l'éducation-correction instrumentée par des renforcements négatifs ?

Comment passer du premier système de soin centré sur la maladie et les techniques de rééducation axées sur le segment corporel malade à la troisième génération de santé fixée sur l'équilibre de l'individu avec son environnement ?

L'équilibre de la santé est déterminé par de nombreux facteurs sur le plan organique mais aussi sur les plans sociaux et psychologiques nécessitant l'utilisation de savoirs pluridisciplinaires : thérapeutiques, mais aussi éducatifs.

Il a été listé certains « anciens » obstacles au changement :

- Depuis leur création, les organismes de protection sociale ne remboursaient pratiquement que les soins curatifs.
- Dans le cadre des soins de ville, plus le sujet était malade, plus le professionnel de santé travaillait.
- Les patients demandaient une prise en charge thérapeutique et éducative focalisée sur la maladie.
- Les professionnels de la santé et les kinésithérapeutes en particuliers n'étaient pas conscients de la nécessité sanitaire d'évolution de leur démarche éducative et thérapeutique.

- Les outils d'évaluation, de réflexion et de travail dont disposaient les professionnels de santé étaient polarisés sur la maladie.
- Les professionnels de santé et les enseignants du secteur sanitaire n'étaient formés ni aux pratiques éducatives, ni à la relation éducative.
- Les professionnels de santé n'avaient pas l'habitude de travailler en équipe.
- Les professionnels de santé n'étaient pas formés à l'évaluation et à la conception de projet en éducation.

Les politiques ont fait évoluer le contexte législatif de la santé en France [22, 23, 24, 25]. Certains masseurs-kinésithérapeutes semblent continuer à fonctionner avec d'anciennes démarches thérapeutiques et éducatives. Les démarches professionnelles installées dans certains cas depuis plus de trente années sont difficiles à changer.

## **UNE FORMATION UNIVERSITAIRE AU SERVICE DU DEVELOPPEMENT DE LA DEMARCHE DES PROFESSIONNELS DE SANTE**

Une évaluation des savoirs des kinésithérapeutes a été réalisée [7, 8]. Ces travaux de recherche ont montré que les masseurs-kinésithérapeutes concevaient dans la majorité des cas l'éducation comme une prescription selon un modèle d'éducation-correction.

« Actuellement pour améliorer la santé de la population l'obstacle majeur ne réside pas dans la possession des connaissances médicales et scientifiques, mais bien dans les compétences éducatives » [21]. En 1986, la santé était définie « comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme un but de la vie. La santé c'est ce qui permet à un individu ou à un groupe d'une part de réaliser ses ambitions et de satisfaire ses besoins, et d'autre part d'évoluer avec le milieu ou de s'adapter à celui-ci. La santé constitue un moyen parmi d'autres de se réaliser » [9].

Il semble donc utile sur le plan épidémiologique, éthique et politique de travailler les problématiques de l'éducation en santé pour produire par la recherche pluridisciplinaire un savoir concernant l'éducation à la santé, la relation éducative, la promotion de la santé et ses domaines d'application. Ce savoir sera à la disposition des professionnels pour mener les pratiques sociales de rééducation, de prévention et d'éducation à la santé.

Il s'agit pour les kinésithérapeutes d'acquérir la capacité à se centrer sur la personne malade ou bien portante pour comprendre sa santé dans son histoire. Ici la santé n'est plus considérée comme l'absence de maladie ou d'infirmité et la maladie comme la seule variable indépendante qu'il faudrait détruire.

Le statut « d'art » et de « pratiques professionnelles » semble avoir perdu sa place dans le nouveau champ sanitaire et social de la France. Les Caisses d'assurance maladie ne financent pas l'art mais plutôt les sciences de la santé. Il devient indispensable que la kinésithérapie soit reconnue en qualité de Science et constitue une discipline. « L'université est une Institution qui allie l'enseignement supérieur à la recherche fondamentale » [26] et semble être la mieux placée pour permettre à la kinésithérapie de produire des savoirs scientifiques de la rééducation et de l'éducation à la santé. De plus, « l'enseignement universitaire ne peut se réduire à un enseignement professionnel ; même quand il forme des enseignants ou des médecins, il apporte un plus, qui est son union intime avec la recherche » [26]. Il devient important de créer une université en sciences et techniques des professions de santé ou un Institut Universitaire Professionnel (IUP) qui regrouperait dans le cadre de l'inter-professionnalité différentes disciplines : sciences de la kinésithérapie, sciences des soins infirmiers... Les écoles normales se sont transformées en Institut Universitaire de Formation des Maîtres... Un IUP permettrait de réaliser une collaboration entre les Instituts de formation existants et l'université (département des sciences de l'éducation par exemple pour ce qui concerne les pratiques d'éducation et de formation).

En attendant cette évolution indispensable pour la défense de la profession pour la première fois en France une formation en Licence, option : formation et encadrement dans le secteur sanitaire et le travail social est développée depuis octobre 2001 par l'Université de Provence en partenariat avec l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Marseille. La première promotion constituée de masseurs-kinésithérapeutes en activité libérale et salariée travaillent à

la construction de compétences en évaluation, en éducation et en méthodologies de la recherche. L'Institut de formation des cadres de santé-rééducation de Paris (Croix Rouge Française) vient à son tour de conclure le même type de convention avec l'Université.

Pour mieux répondre aux demandes des politiques de santé et des responsables de la profession de masseur-kinésithérapeute les Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie Français peuvent également développer ce type de partenariat avec les universités de leur région. Ainsi ils pourraient profiter de la mutation du contexte sanitaire et social pour faire évoluer leur profession en développant des capacités qui répondent aux projets-visées des politiques de santé. « C'est ainsi que bien en amont des objectifs on doit expliciter les visées (...). Ce projet-visée est de nature philosophique et politique. Il n'est pas quête d'objets mais quête de valeurs. Sa traduction stratégique en programme et en plan sera le projet programmatique qui est, lui organisationnel et fonctionnel et se traduit en objectifs et en moyens » [27]. Le projet-visée a pour signification le projet politique et idéologique qui précède et sous-tend les plans d'actions, les programmes, les lois, les procédures, les pratiques recommandées. Si l'idée de développer une université en Kinésithérapie est partagée par les kinésithérapeutes (le projet-visée), il devient important de formaliser des objectifs pour y parvenir et un programme d'actions (le projet programmatique).

« Ainsi la pédagogie par objectifs n'est qu'une pédagogie de projet programmatique. C'est là que se situe le champ du contrôle lequel nécessite la plus grande précision possible » [27]. Des recherches antérieures [28, 7] ont montré que l'occultation du projet-visée conduit les professionnels de la santé à conserver les pratiques habituelles et à ne pas pouvoir changer même s'ils en expriment le souhait. « Pour que le projet ne soit pas un gadget, il faut le concevoir dans une perspective dialectique et temporelle. Toute production qui donne des grilles pour faire une analyse ou un diagnostic remplace le processus complexe que j'ai décrit par le fantasme d'une rationalité souveraine qui porterait à croire que l'on pourrait motiver ses collaborateurs où ses élèves à condition de savoir s'y prendre » [27]. Il est donc nécessaire de s'accorder sur certaines valeurs et sur le sens de l'activité du professionnel kinésithérapeute en 2002. Ici les critères sont qualitatifs et globaux en rapport aux valeurs choisies. Le projet est avant tout un processus, une démarche, une façon de faire en fonction de certaines valeurs. Alors dans l'action, dans la mise en œuvre des procédures, du projet programmatique relatif au projet-visée il est nécessaire de se questionner en permanence sur la pertinence des actions en rapport aux visées (le sens des activités de rééducation et d'éducation des kinésithérapeutes, le développement de la recherche en kinésithérapie, la place des kinésithérapeutes dans les réseaux de soins...). Et, si c'est utile, de diverger et de se réorienter au niveau du référentiel et/ou du programme d'actions. Cela si les liens entre actions et visées sont absents où sont moins pertinents. Il s'agit de laisser une place à la régulation systémique. Accepter à l'avance de ne pas tout contrôler, tout anticiper, tout planifier de manière irrémédiable et idéale. Et donc pouvoir sortir des procédures pour permettre un travail sur les processus si c'est nécessaire. Il devient urgent de faire évoluer certains plans d'actions en fonction du nouveau projet mis en œuvre par les politiques de la santé. « Le modèle systémique permet de travailler le dispositif d'enseignement, les produits fabriqués (critères de réussite), les procédures de fabrication des produits (critères de réalisation), les processus des acteurs.

Le terme processus désigne l'énergie utilisée, mobilisée, exploitée, gérée par les acteurs du système. Le processus permet de corriger ce que la notion de procédure avait de rigide, de comportementaliste dans le modèle cybernétique. Le processus est interne au sujet. C'est la

manière singulière dont le sujet entre et se tient dans les procédures. La notion de processus permet de s'intéresser aux dimensions subjectives et qualitatives du sujet » [15]. « L'évaluation – régulation des processus permet de développer la notion d'évaluation de la qualité. Dans ce contexte l'évaluation – régulation peut être de l'ordre de la verbalisation, du dialogue, de l'échange, de la négociation, de l'inter – influence, de l'interaction et donc de l'éducation » [29].

Cet article tente de favoriser le questionnement et le dialogue des professionnels thérapeutes et/ou formateurs. Il n'est pas cherché à se substituer aux professionnels. « Il est le catalyseur du projet, qui doit être entièrement l'œuvre de l'auteur » [30]. Quand l'auteur (les professionnels) a décidé de son projet « la mise en œuvre du projet doit prendre la forme d'un programme d'actions à réaliser. Le facilitateur aidera l'auteur à en établir un planning précis » [30]. Les responsables des professions de santé deviendront alors les relais pour mettre en action les décisions.

## **CHANTIER DE RECHERCHE**

Un journal de formation est réalisé par les kinésithérapeutes inscrits en Licence. Déjà les fonctions « réassurance, réfléchissement et heuristique » du journal de formation a été travaillé par de nombreux enseignants-chercheurs [31].

Ici, il est demandé aux participants, à tour de rôle, de réécrire les éléments de certains cours qui leur semblent intéressants par rapport à leurs pratiques professionnelles, à leur projet professionnel et à leur projet de formation. Puis il est demandé de présenter sous la forme d'une conférence-débat l'élaboration réalisée.

Les premières analyses des écrits et des conférences-débats montrent que ces dispositifs didactiques aident à :

- L'analyse réflexive et le questionnement de la pratique professionnelle ;
- L'analyse réflexive et le questionnement de l'activité d'apprentissage.

Les participants élaborent de nouveaux liens entre la formation et leurs pratiques professionnelles et construisent un nouveau sens et de nouvelles valeurs professionnelles.

La confrontation au cours des conférences-débats paraît très productrice à la fois pour l'auteur de l'écriture qui réalise une nouvelle transposition, une nouvelle analyse réflexive et pour les participants qui semblent construire un nouveau savoir.

Actuellement ce chantier est en cours. Il est cherché à voir si le journal de formation et sa confrontation aide à prendre de la distance par rapport aux techniques professionnelles et permettrait à chaque thérapeute de passer d'une logique curative axée sur la maladie à une logique éducative centrée sur la personne dans sa globalité.

## **CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES**

Les Lois qui réglementent l'exercice des professions de santé (Masseurs-Kinésithérapeutes, Infirmier(e)s...) changent.

D'abord, essentiellement clinique, la pratique médicale plaça ensuite tous ses espoirs sur la biologie pour vaincre la maladie. Les différents échecs de cette médecine triomphante, la crise financière du système de protection sociale conduisent les politiques de santé à penser et à souhaiter la santé et la médecine d'une manière totalement nouvelle. Il devient nécessaire de former les professionnels de santé à « la pensée dialogique » [16]. La pensée dialogique consiste à accepter simultanément deux logiques différentes, contradictoires et complémentaires. Il ne s'agit pas de rejeter l'approche curative mais de la situer dans une démarche de santé globale et de l'articuler avec l'approche éducative.

Il est difficile pour les professionnels de santé de changer leurs pratiques, de produire du savoir scientifique, de créer des modèles d'évaluation, de créer des outils d'évaluation, de développer des actions d'éducation si les programmes de formation initiale et les programmes proposés en formation continue ne contiennent pas les théories, les modèles, les méthodes et les techniques qui le permettent. « Qu'il s'agisse donc de formation initiale ou de formation continue (ou continuée), d'éducation des adultes, de formation professionnelle ou de formation personnelle, de rééducation, d'éducation spécialisée et de psychothérapie, ces différentes démarches véritables pratiques sociales, supposent, requièrent toujours, l'explicitation de leurs projets-visée dès avant le rappel de leurs objectifs à court, moyen et long terme, et l'énoncé de leur progression programmatique anticipée. On pourrait naïvement, ou avec beaucoup de machiavélisme, plaider que l'économie du projet-visée est possible, pour des raisons d'urgence et d'efficacité, puisque de toutes façons implicite ou explicite, il y a toujours un tel projet dans nos conduites. Ce serait une erreur. Parce que le projet-visée est le lieu du politique, si dans une conjoncture se réclamant de la démocratie, le projet-visée n'est pas explicité, quand ce n'est élucidé, il devient le pré-texte à toutes les manipulations et à toutes les tromperies. Le choc en retour, ne manquerait pas alors à se produire » [27].

La mise à distance des pratiques par la référence à des modèles et/ou des théories, l'articulation des sciences humaines et des sciences et techniques de la kinésithérapie sont à travailler pour inciter au va et vient entre ces logiques et à leur prise en compte dans l'exercice professionnel pour placer la personne malade au centre du dispositif de santé.

## Références bibliographiques

[1] OMS., 1998, *Education thérapeutique du patient*. Bureau régional pour l'Europe, Copenhague, Recommandation d'un groupe de travail de l'OMS, version Française, septembre 1999.

[2] HIRSCH A., 1996, *Education à la santé*. Revue trimestrielle du haut comité de la santé publique, n° 16, éditorial.

[3] Haut Comité de la Santé Publique, Ministère de l'emploi et de la solidarité., 1999, *La santé en France 1994-1998*. La documentation Française, Paris.

[4] LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., *Les inégalités sociales de santé*. La découverte, Recherches INSERM éditions, 2000.

[5] AFREK (association Française de recherche et d'évaluation en kinésithérapie), 2000, *Prise en charge kinésithérapique du lombalgique*. Conférence de consensus, 13 et 14 novembre 1998, SPEK, Paris.



- [6] GATTO F. et FAVRE D., 1997, *Utilisation d'indicateurs discursifs pour optimiser les effets de la rééducation auprès de patients lombalgiques*. Santé Publique n° 3, 9<sup>e</sup> année, 341-360, SFSP, Nancy.
- [7] GATTO F., 1999, *Attitudes cognitives et cultures de soins. Contribution de dispositifs pédagogiques spécifiques aux actions d'éducation à la santé*. Thèse de Doctorat, Université de Provence.
- [8] GATTO et RAVENSTEIN., 2003. *Pour une didactique de « l'éducation à la santé » le cas de la lombalgie commune (à paraître)*.
- [9] OMS., 1986, *La Charte d'OTTAWA*, vers une nouvelle santé publique, Prévenir n° 30, Genève.
- [10] GATTO F. et VIEL E. 2001, *Pédagogie et éducation à la santé*. Education du patient. Les Annales de la kinésithérapie. t.28, n°1, Masson, Paris, pp. 11-19,
- [11] D'IVERNOIS J.F. et GAGNAYRE R., 1995, *Apprendre à éduquer le patient*. Vigot, Paris.
- [12] OMS., 1997, *Déclaration de Jakarta, A ère nouvelle, acteurs nouveaux, Adapter la promotion de la santé au XXI siècle*, 4<sup>e</sup> conférence internationale sur la promotion de la santé, Promotion § Education, vol IV, n° 3, 56-58.
- [13] GATTO F., 2002-a, Contribution de la recherche en sciences de l'éducation au développement de la prise en charge sanitaire et sociale globale des personnes âgées dépendantes. Ouvrage collectif : Education et Santé. Questions de théories, de méthodes et de pratiques (à paraître aux Presses Universitaires Septentrion).
- [14] JOHSUA S. et DUPIN JJ., *Introduction à la didactique des sciences et des mathématiques*. PUF, Paris, 1993.
- [15] VIAL M., 1997, *Conceptions de la régulation et apprentissage. L'auto-évaluation comme auto-questionnement*, édité par le département des sciences de l'éducation de l'Université de Provence, Aix - Marseille 1, Cahier n° 9, 67 – 100 et Cahier n° 12, 143-198.
- [16] MORIN, E. (1986). *La méthode : tome 3 : la connaissance de la connaissance*. Paris : Le Seuil.
- [17] GATTO F., 2002-b. Contribution de la recherche en didactique à l'enseignement du savoir de la santé (accepté pour parution chez l'Harmattan).
- [18] WOOD PHN., *Comment mesurer les conséquences de la maladie : la classification internationale des infirmités, incapacités et handicaps*. Chronique O.M.S., 1980.
- [19] GATTO F., 2001, *Contribution de la recherche en didactique à l'évaluation et à la modification de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées dépendantes*. Revue scientifique internationale Le Gérotophile. Association québécoise de Gérontologie, Montréal. vol 23, n° 3, pp 21-33
- [20] DECCACHE A. et LAVENDHOMME E., 1989, *Information et éducation du patient, des fondements aux méthodes*. De Boeck Université, Bruxelles.
- [21] MANDERSCHIED J.C., GUILLAUME JM., BRES R. et ROUGE A., 1992, *Education à la santé et sida. Un essai comparatif avec tirage au sort*. Hygie, revue internationale d'éducation pour la santé, VOL X/4, 26-32.
- [22] Rédaction de Kiné-Actualité. *Les grandes lignes d'une réforme*. Kiné-Actualité n° 820, 6 septembre 2001, pp 2-3.
- [23] Rédaction de Kiné-Actualité. *Les droits et les devoirs des usagers et des professionnels*. Kiné-Actualité n° 821, 13 septembre 2001, pp 2-3.

- [24] KOUCHNER, B. (2001). *La santé pour un investissement pour une société équitable*. XVII<sup>eme</sup> Conférence mondiale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé. Paris, le 15 juillet 2001.
- [25] RAFFARIN, JP. (2002). *Projet Santé*. Kiné-Actualité n° 861, pp 2.
- [26] REBOUL O., 1989, *La philosophie de l'éducation*, Que sais-je ? PUF.
- [27] ARDOINO J., 1991, *Du bon ou du mauvais usage du projet*. Cahiers Pédagogiques n° 292-293, pp 28-31.
- [28] GATTO F. et BUI-XUAN G., 1996, *Relativité du savoir et relation thérapeutique : étude d'une population de santé en formation continue*. Kinésithérapie scientifique, n° 361, pp 47-53, Spek, Paris.
- [29] BONNIOL JJ., 1988, *Entre les deux logiques de l'évaluation, rupture ou continuité ?* Bulletin de l'ADMEE, n° 3, pp 1-6.
- [30] GOGUELIN P., 1993, *Comment faire naître un projet ?* Sciences Humaines n° 39, pp 30.
- [31] JORRO A., 2002, *L'écriture accompagnatrice : le journal de formation*. A paraître en 2002 dans la revue Enjeux.