

**La place de l'ostéopathie destinée aux personnes douloureuses
chroniques dans un parcours de soin tumultueux**



Type de mémoire : Qualitatif

Mémoire

Rédigé et présenté par Océane GIRET

16-17 Mai 2024

Sous la direction de Mr Clément Orengo

Et la co-direction de Mr Maxime Salmon

Et la co-direction de Mr Arthur Agogué

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier mon tuteur, Monsieur ORENGO, ostéopathe, qui m'a suivi malgré les passages difficiles dans l'élaboration de mon projet.

Je remercie également Monsieur SALMON, responsable de recherche du Laboratoire de Recherche Ostéopathique (LRO), qui m'a permis de réaliser ce projet et qui m'a suivi tout le long de ma réflexion et de mes travaux. Je remercie, de plus, l'ensemble du LRO, qui m'a donné l'opportunité de participer à un projet de recherche m'imposant une rigueur méthodologique et scientifique, qui m'a permis d'aller au-delà de mes limites.

Je tiens à remercier tous les participants de l'étude. Ils ont contribué à l'accumulation des connaissances sur les multiples pathologies et douleurs chroniques que j'ai pu rencontrer ces derniers mois.

Je suis reconnaissante de l'aide apportée par mes camarades de promotion, qui ont joué le jeu au travers les rencontres avec les patients de la clinique et qui ont permis un lien entre cette patientèle douloureuse chronique et moi-même.

Je remercie les associations telles que « S.O.S fibromyalgie » ou encore « Au pays des Antilopes » qui m'ont mis en communication avec de nombreux patients.

Pour finir, je remercie mes parents et ma petite sœur, qui à travers leurs entreprises et leur entourage m'ont mis en lien avec de nombreux patients. Je les remercie également pour les nombreuses heures passées à relire et reformuler mon mémoire, à me soutenir dans les moments de doute et qui m'ont permis de réaliser ce projet finalisant 5 années d'études.

CERTIFICAT DE NON-PLAGIAT

Je, soussignée GIRET Océane déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publié sur toutes ses formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'GIRET Océane', written over a horizontal line.

Table des matières

REMERCIEMENTS	I
CERTIFICAT DE NON-PLAGIAT	II
LISTE DES ABREVIATIONS	V
LISTE DES FIGURES	V
LISTE DES TABLEAUX	VI
PREAMBULE	VII
IMPLICATIONS POUR L'OSTEOPATHIE	VII
1 - CONTEXTUALISATION	1
1.1 - INTRODUCTION.....	1
1.2 - QUESTION DE RECHERCHE :	4
2 - MATERIELS ET METHODES	5
2.1 - DESIGN D'ETUDE QUALITATIVE :	5
2.2 - SELECTION ET RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS :	5
2.3 - RECOLTE DES DONNEES :	6
2.4 - ANALYSE DES DONNEES :	7
2.5 - ASPECTS REGLEMENTAIRES ET ETHIQUES :	7
3 - RESULTATS	8
3.1 - LA DOULEUR CHRONIQUE : UN PARCOURS MAL VECU PAR LES PATIENTS.....	10
3.1.1 - <i>La place de la douleur est immense dans ma vie</i>	10
3.1.2 - <i>Un impact important sur la qualité de vie du patient douloureux chronique</i>	11
3.2 - UNE INTEGRATION A LA MARGE DU SYSTEME MEDICAL	13
3.2.1 - <i>Deux univers sans passerelles</i>	13
3.2.2 - <i>Une obligation de faire le lien</i>	13
3.2.3 - <i>Un besoin pourtant bien présent de pluridisciplinarité</i>	14
3.3 - UN DIAGNOSTIC NON EVOLUTIF DURANT LE PARCOURS DE SOIN	15
3.3.1 - <i>Un diagnostic psychologique souvent mis en avant par le monde médical</i>	16
3.3.2 - <i>Méconnaissance de la pathologie ou non modification du traitement</i>	16
3.4 - L'OSTEOPATHIE, UNE REPONSE PRESQUE « MAGIQUE » A L'INCOMPREHENSION MEDICALE	18
3.4.1 - <i>Une réponse au milieu médical</i>	18
3.4.2 - <i>des critères propres à l'ostéopathie : La pédagogie et l'alliance thérapeutique</i>	18
3.4.3 - <i>Une pratique particulièrement vaste</i>	20
3.4.4 - <i>Un toucher spécifique mais important pour une bonne pratique</i>	20
3.4.5 - <i>Des effets à court terme</i>	20
3.5 - DIVERSES ETAPES D'AVANCEES AVEC LA DOULEUR	21
3.5.1 - <i>Le diagnostic</i>	21
3.5.2 - <i>L'apprentissage</i>	22
3.5.3 - <i>L'acceptation</i>	23
3.5.4 - <i>Mise en place d'adaptations</i>	25

4 - DISCUSSION	27
4.1 - LIMITES ET BIAIS.....	27
4.2 - INTERPRETATION DES RESULTATS	28
4.2.1 - <i>L'évolution de la perception du patient face à sa douleur chronique</i>	29
4.2.2 - <i>Une place pour l'ostéopathie dans le parcours de soin des patients douloureux chroniques</i>	31
4.2.3 - <i>L'importance cruciale du toucher thérapeutique dans le soin</i>	33
4.2.4 - <i>Le lien fondamental entre le monde médical et le monde de soin</i>	34
4.2.5 - <i>Une vision approfondie en vue d'améliorer la prise en charge de cette patientèle en demande constante</i>	36
5 - PERSPECTIVES	37
6 - CONCLUSION	38
7 - BIBLIOGRAPHIE	VIII
8 - ANNEXES	X
ANNEXE 1 : NOTE D'INFORMATION.....	X
ANNEXE 2 : ATTESTATION DE CONSENTEMENT A LA PARTICIPATION A UN MEMOIRE	XV
ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN	XVII
9 - ABSTRACTS	XIX

LISTE DES ABREVIATIONS

Bio-psycho-social : BPS

Douleur chronique: DC

Fibromyalgie: FM

International Association for the Study of Pain: IASP

Laboratoire de Recherche Ostéopathique : LRO

Prise en charge : PEC

Qualité de vie : QDV

Sclérose en plaque : SEP

Société d'Etude et de Traitement de la Douleur : SFETD

Structure spécialisée dans le traitement de la douleur : SDC

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Déroulé de l'étude ----- P 5

Figure 2 : Proportions des pathologies étudiées ----- P 8

Figure 3 : Ratio Hommes/Femmes ----- P 8

Figure 4 : Synthèse des résultats ----- P 26

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des patients douloureux chroniques -----	P 9
Tableau 2 : Les représentations de la douleur chronique par les patients -----	P 11
Tableau 3 : L'impact de la douleur chronique sur le quotidien du patient -----	P 12
Tableau 4 : La cascade du manque de la pluridisciplinarité -----	P 15
Tableau 5 : Diagnostic non évolutif et incompréhensions du patient -----	P 17
Tableau 6 : Points de vue positif et cassure de l'alliance thérapeutique -----	P 19
Tableau 7 : Caractéristiques de l'ostéopathe d'après les patients douloureux chroniques ----	P 21
Tableau 8 : La pose du diagnostic -----	P 22
Tableau 9 : L'apprentissage de soi et de la douleur -----	P 23
Tableau 10 : Le début de l'acceptation -----	P 24
Tableau 11 : Mise en place de stratégies d'adaptations -----	P 25

PREAMBULE

Cette étude est intégrée dans un projet de mémoire qualitatif. Celui-ci est réalisé par le LRO d'IdHEO. Les responsables de ce projet sont Monsieur SALMON Maxime, ostéopathe et Monsieur NIZARD Julien, professeur du service de la Douleur, Soins palliatifs et Support, Ethique clinique et Médecine intégrative au CHI de Nantes. Il a été soumis et validé par le groupe nantais d'éthique dans le domaine de la santé.

A l'identique de ce mémoire, le projet initial s'oriente vers l'interrogation des patients ayant une douleur chronique (DC) ou ayant eu cette DC.

Le guide d'entretien a été utilisé par Monsieur SALMON, pour réaliser 10 interviews auprès de patients atteints de fibromyalgie (FM).

Dans ce mémoire, nous reprendrons la base d'entretien créée par Monsieur SALMON. Il a été modifié par nos soins pour l'adapter au mieux à nos attentes.

Les entretiens déjà réalisés ont été utilisés lors de ce mémoire me permettant de les considérer comme une étude pilote et de les intégrer dans nos analyses.

IMPLICATIONS POUR L'OSTEOPATHIE

Ce projet permet de mettre en évidence le manque de coordination pluridisciplinaire entre les professions de soins, ce qui entrave une prise en charge (PEC) de la douleur chronique (DC).

Ces patients semblent souvent livrés à eux-mêmes dans leur parcours de soin et présentent des difficultés dans la compréhension et la gestion de leur pathologie.

Dans ce contexte, l'ostéopathie semble avoir un intérêt majeur dans l'amélioration du bien-être physique et mental des patients douloureux chroniques.

Les ostéopathes ont un rôle important à jouer dans l'accompagnement de ces patients. Ils doivent adopter une approche holistique et empathique, fournissant des conseils adaptés permettant une meilleure gestion de la douleur par le patient lui-même.

En mettant l'accent sur une approche éducative et participative, les ostéopathes peuvent aider les patients à développer des compétences d'autogestion de la douleur, renforçant ainsi leur autonomie et leur qualité de vie.

1 - CONTEXTUALISATION

1.1 - Introduction

La douleur chronique (DC) constitue un enjeu majeur de santé publique ^{1, 2}. Environ 12 millions de Français, soit 20 % de la population française, déclarent des DC à un moment de leur vie ³. Selon l'OMS, presque 100 % des individus expérimentent la présence de lombalgies au cours de leur vie ^{4, 5}. La DC est également associée dans l'arthrose, la polyarthrite rhumatoïde (PR), tout comme d'autres affections telles que le cancer, la fibromyalgie (FM), les céphalées ou l'arthrite ⁶.

Les DC peuvent découler de diverses affections médicales ou traumatismes, persistant parfois même après la guérison ⁶. Le processus de transmission de la douleur implique des nocicepteurs, la moelle épinière et le cerveau. Des substances chimiques naturelles peuvent influencer la perception de la douleur, et les lésions nerveuses peuvent conduire à une DC, souvent sous forme de douleur neuropathique ⁶.

L'intensité de la douleur est influencée par divers facteurs, tels que les expériences passées, le sommeil, l'anxiété et la dépression ⁷.

L'anxiété peut aggraver la douleur, mais une fois la cause est identifiée, la douleur peut sembler moins intense pour les patients.

Ces facteurs psychologiques peuvent également exacerber la douleur en diminuant la production de substances qui réduisent la sensibilité des nerfs à la douleur ⁸. Parfois, l'origine de la douleur est claire, comme dans le cas d'une blessure dorsale, mais dans d'autres cas, elle reste inconnue, comme pour les céphalées chroniques ⁶.

Il est donc important de concevoir que ces modifications anatomiques et psychiques, responsables des DC, altèrent la qualité de vie (QDV) des patients.

Cela se traduit par une altération des capacités physiques et des activités quotidiennes, ce qui peut influencer leur bien-être mental ⁹ entraînant de l'anxiété, des troubles du sommeil et une diminution des interactions sociales ⁵. Les douleurs, qui peuvent sembler inappropriées par rapport à l'âge du patient, peuvent altérer leur image de soi ⁹.

L'activité professionnelle peut être impactée par de l'absentéisme, un changement de poste, voire une perte d'emploi ¹⁰. On constate une diminution de l'efficacité des personnes qui persistent dans leur travail ^{10, 9}.

Les DC impactent également l'entourage de la personne ¹¹ ne comprenant pas forcément la plainte de leur proche ou se retrouvant impliqué dans la mise en place du plan de traitement ¹⁰, engendrant une charge mentale supplémentaire. Enfin, les DC représentent un coût substantiel pour le système socio-économique ¹². Les impacts financiers associés sont nombreux, comprenant les hospitalisations, les prestations sociales et les allocations d'invalidités ¹¹. La hauteur de ces frais dépend de la douleur en elle-même, des limitations du patient voire de la complexité du diagnostic ¹⁰.

La complexité des mécanismes et l'interrelation émotionnelle et cognitive, inscrit la douleur dans l'histoire personnelle du patient, nécessitant une PEC longue et empathique plutôt qu'une réponse opératoire rapide ⁸. Les recommandations de santé, par la complexité et l'impact de la DC sur la vie quotidienne des patients, préconisent un traitement interdisciplinaire ¹³.

L'activité physique reste le traitement principal dans la gestion de la douleur ⁶. Elle permet une meilleure fonction motrice et la soulage (musculosquelettique) ^{13,6}.

Le traitement médicamenteux comprend des composants non opioïdes ^{13, 6} pouvant être utilisés en première intention. Les opioïdes restent, d'après l'AHS, un traitement secondaire à la lombalgie, à utiliser à faible dose avec précaution ¹. L'utilisation d'un traitement opioïde lors de cancers ou de soins palliatifs peut être prescrit, mais son utilisation reste limitée. Une utilisation excessive et addictive des opioïdes aux USA impose ainsi une diminution de son utilisation ⁶.

Les interventions non médicamenteuses sont utilisées dans 59% à 90% des cas (thérapie cognitivo-comportementale ¹³, acupuncture ⁶, ostéopathie, kinésithérapie ⁶...) permettant de gérer les douleurs dans de multiples maladies chroniques tels que la lombalgie, la SEP, l'arthrite et d'autres pathologies ¹⁴. Malgré des résultats positifs, ces traitements restent fortement controversés ¹⁴.

Ces chiffres montrent que l'étude des traitements manuels est indispensable pour démontrer leur efficacité dans l'accompagnement des patients. Les critères d'efficacité du traitement ostéopathique comprennent l'amélioration des fonctions mécaniques, la réduction de la douleur et l'amélioration des paramètres biomécaniques ¹⁵. L'avis du patient est essentiel pour évaluer le succès d'un traitement et déterminer la meilleure approche. Les patients se sentent souvent stigmatisés et rencontrent des difficultés à être entendus et respectés par les professionnels de santé ¹⁶ qui devraient se concentrer sur la validation de la douleur et de l'expérience du patient, ainsi que la projection du patient sur son avenir ¹⁷.

Comme le montrent certaines études, la PEC par l'éducation à la neurophysiologie de la douleur paraît être un processus intéressant cherchant à aboutir à un schéma de réoccupation de soi permettant de donner un sens à la douleur du patient ^{12, 18}. Ce processus comporte 3 étapes : nommer sa pathologie, décider de lutter contre la douleur et identifier des stratégies d'adaptation ^{12, 18}. Une autre étude expose ce point de vue en utilisant la thérapie cognitive fonctionnelle. Malgré la visée lombalgique de l'étude, il est possible de transcrire ce schéma à toutes les DC. L'étude propose 3 étapes : l'attribution d'un sens à la douleur en fonction du vécu propre du patient, l'élaboration de stratégies contre la douleur en s'appuyant sur des réponses émotionnelles et la suppression de comportements sécuritaires et l'adoption de comportements sains dans leur quotidien ¹⁹.

Plusieurs études sur la FM ont identifié les phases de la maladie. La FM, caractérisée par une douleur généralisée ²⁰, pose des défis de diagnostic et entraîne souvent des arrêts maladies ¹⁰. Il est important de remarquer qu'environ 2/3 des personnes atteintes de FM sont des femmes ³. Les patients expriment le besoin d'un soutien empathique de la part de leurs proches et des professionnels de santé. Après avoir accepté le diagnostic de FM, les patients ressentent le besoin d'adopter un nouveau mode de vie ²¹. Les périodes de poussées de la FM, marquées par une exacerbation des symptômes, voire l'apparition de nouveaux symptômes ²², sont gérées par des adaptations telles que des traitements allopathiques, des méthodes non médicamenteuses et du repos (limitant les engagements professionnels et sociaux).

Il semble pertinent de considérer l'inclusion de l'expérience de la douleur, dans le suivi des patients souffrant de DC, ce processus paraissant être facilité par l'ostéopathie. Cela se réalise en mettant l'accent sur la perception de « l'unité du corps » à travers le contact physique et la relation de confiance établie entre le praticien et le patient ^{15, 17}.

C'est la maladie qui paraît régir la vie du patient ⁹. Les patients ressentent fréquemment une PEC initialement insuffisante, les mettant dans une situation de repli sur eux-mêmes. Un véritable manque d'écoute provoquant une rupture de confiance et de suivi est exprimé par les patients. Dans un plus long terme, la PEC non-médicamenteuse n'est pas mise en avant. L'ostéopathie paraît sortir du lot des médecines parallèles par une évaluation personnalisée et un temps de PEC significatif ⁹. De ce fait, les PEC classiques ne suffisent pas toujours à contrer les DC.

C'est là que l'intérêt des structures spécialisées dans le traitement de la douleur (SDC) semble pertinent. Selon les préconisations de la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD), les SDC abordent la DC à travers des modèles pluridimensionnels, bio-psycho-sociaux (BPS), basés sur une évaluation approfondie, suivie d'un plan de traitement personnalisé ^{3, 23}. Les SDC réalisent une intervention physique et psychiatrique simultanée ⁸.

Une enquête de la SFETD auprès de 211 SDC, met en lumière l'intérêt de ces structures, soulignant un manque de personnel face aux besoins croissants liés à l'allongement de l'espérance de vie ³. Les SDC traitent un nombre variable de patients par an, allant de 50 à 5 000 ²³, avec un délai d'attente moyen d'environ 3 mois ²³. Seuls 54% des SDC prennent en charge les DC cancéreuses et non cancéreuses, et 30% ont une activité pédiatrique ³. Par ailleurs, les SDC sont confrontées à des menaces telles que le vieillissement des professionnels spécialisés et les difficultés de recrutement ²³, avec une perspective de 30% de disparition de ces structures dans les prochaines années ³.

Pour améliorer la PEC dans ces centres, l'Académie nationale de médecine et la SFETD proposent de nombreuses recommandations dans l'objectif de renforcer les connaissances sur les différentes approches thérapeutiques, renforcer les équipes des SDC, dépister régulièrement durant les consultations, développer la recherche clinique et ouvrir les connaissances à la population ^{3, 23}.

Les données actuelles mettent en lumière le rôle essentiel des professionnels de la santé qui, en écoutant attentivement les patients et en assurant leur sécurité, favorisent leur autonomie dans la gestion de la douleur ¹⁶. Il est important d'avoir une approche plus intégrée entre les communautés interventionnelles et optimisées sur la réadaptation ¹⁶, notamment par des pratiques paramédicales. Des organismes existent, permettant une PEC la plus holistique possible et les scientifiques sont toujours à la recherche de recommandations et d'études les plus poussées pour améliorer au mieux le vécu et la PEC des patients ayant une DC.

1.2 - Question de recherche :

La DC est un sujet complexe, impliquant la QDV des patients et mettant en jeu de nombreux intervenants, structures et facteurs. Cependant, cela ne paraît pas suffire pour une PEC adaptée à cette population. A travers ce mémoire, l'objectif a été de recueillir le point de vue de patients ayant des DC afin de répondre à la problématique suivante :

« Comment le traitement ostéopathique peut-il intervenir dans la prise en charge et le vécu du patient souffrant de douleurs chroniques ? »

2 - MATERIELS ET METHODES

2.1 - Design d'étude qualitative :

Cette étude a été réalisée de façon qualitative afin d'observer et d'analyser, via des interviews, le comportement d'une population, sur un sujet précis.

L'objectif du projet a été de recenser, de comprendre et de tirer une expérience des parcours de soin des patients souffrants de DC, particulièrement lorsqu'ils intègrent la pratique de l'ostéopathie.

Cette approche nous a offert une perspective complète des défis auxquels les patients sont confrontés dans leur vie, et des obstacles qu'ils rencontrent tout au long de leur parcours de PEC, que ce soit dans le domaine médicamenteux, mais surtout dans le contexte des soins alternatifs.

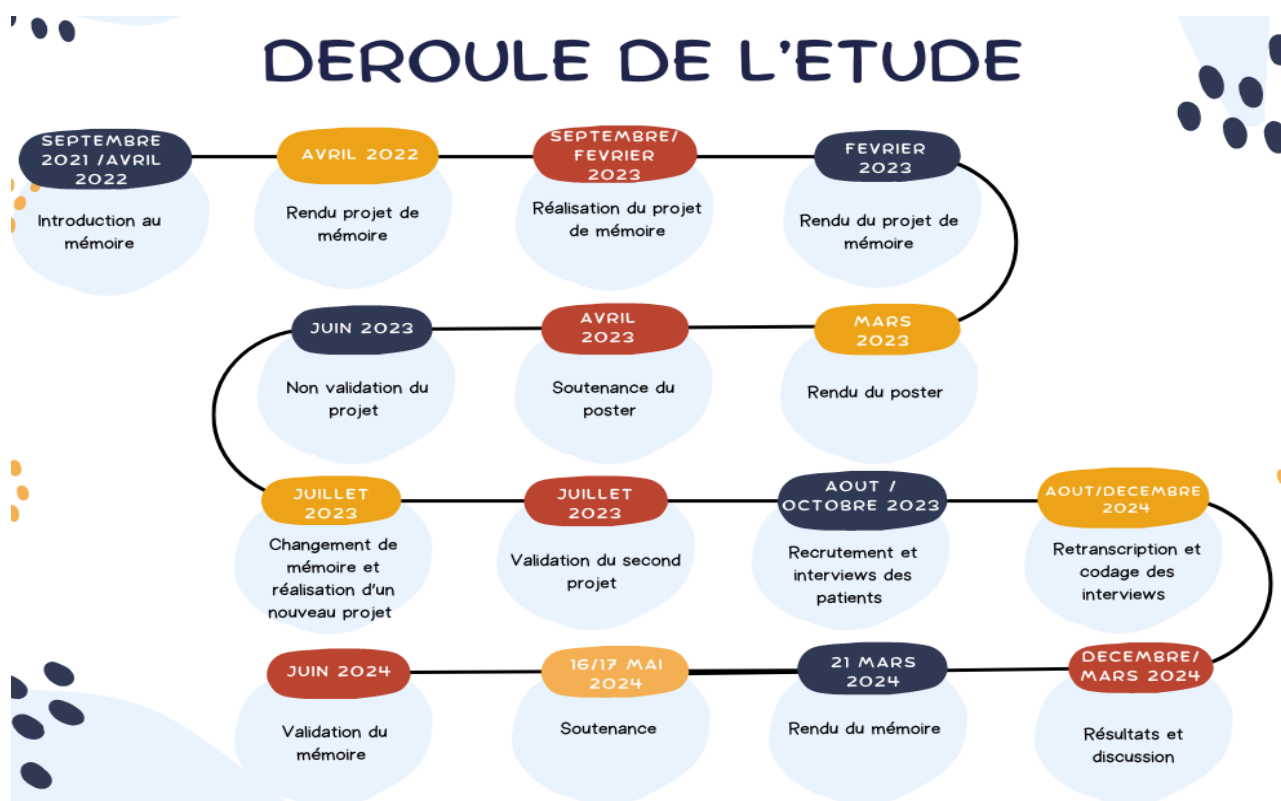


Figure 1 : Déroulé de l'étude

2.2 - Sélection et recrutement des participants :

L'étude cible les patients âgés de 18 ans ou plus, disposant d'une expérience de douleurs de plus de 3 mois ou souffrant actuellement d'une DC depuis au moins 3 mois. Le but ayant été de s'ouvrir au maximum aux différentes DC.

Par souci éthique, les critères d'exclusion de l'étude comprenaient, les patients ayant révoqué leur consentement, les femmes enceintes et les adultes dans l'incapacité d'exprimer leur accord.

Le recrutement des patients a été effectué à travers les réseaux sociaux (Facebook et Instagram), mais également via des associations de patients douloureux chroniques (S.O.S fibromyalgie et Au pays des antilopes) et via le bouche-à-oreille (amis, famille et collègues de clinique) après autorisation du LRO.

Le recrutement des patients a pris fin lors de la saturation des données et des thématiques identifiées au fil de l'analyse des réponses aux questionnaires.

Une note d'information (**Annexe 1**) a permis d'expliquer aux patients la procédure de mon mémoire et des interviews. Le formulaire expliquait également la thématique et la façon dont se déroulait la conduite de la discussion.

Après que le patient ait accepté de participer à l'étude, il lui a été proposé une attestation de consentement à la participation à ce mémoire (**Annexe 2**). Il a été signé par le patient pour faire valoir son consentement écrit.

Un guide d'entretien a été créé par Monsieur SALMON, ostéopathe, et Monsieur NIZARD, professeur du service de la Douleur, Soins palliatifs et Support, Ethique clinique et Médecine intégrative au CHI de Nantes. L'étude avait déjà été démarrée auprès d'une association de patients fibromyalgiques, auprès desquelles ils ont pu réaliser 10 interviews paraissant montrer un intérêt à poursuivre le projet.

Nous reprenons donc ce formulaire créé par mes deux prédécesseurs. Nous avons apporté quelques modifications après plusieurs échanges avec Monsieur SALMON (**Annexe 3**).

Suite au recrutement des participants, j'ai pu discuter des DC et du parcours de soins avec 28 patients (comprenant les 10 interviews réalisées de Monsieur SALMON).

2.3 - Récolte des données :

Les entretiens étaient semi-dirigés, permettant d'obtenir une base commune de l'entretien, mais laissant le libre arbitre au patient de développer leur vécu ou un point leur apparaissant indispensable dans leur histoire. Cela nous a permis d'étayer mes questions et de rebondir en fonction des réponses avec des interrogations plus personnalisées et permettant d'enrichir les sujets abordés sans influencer le patient. Les entrevues individuelles visent à prévenir tout biais liés aux réponses des autres participants et à prévenir tout sentiment de jugement ou de restriction.

Les entretiens en distanciel ont fortement été mis en avant, permettant une facilité de communication face à une localisation des interviewés plus ou moins éloignée. Nous avons pu cependant prendre rendez-vous en présentiel avec 3 des participants. Ils ont été enregistrés à l'aide du dictaphone d'un téléphone. Chaque interview a été immédiatement transférée sur un ordinateur puis supprimée du téléphone, permettant une meilleure sécurité des données enregistrées.

La durée des entretiens était assez aléatoire en fonction du vécu et des expériences apportées par le patient. Ils ont duré entre 30 minutes et 1 heure en moyenne. L'engouement d'un patient en particulier pour le sujet et l'aspect vaste de cet interview a finalement conduit à un entretien d'une durée de 1 heure 30.

2.4 - Analyse des données :

Les entretiens ont été retranscrits dans leur totalité. Un système de codage a été mis en place par mots-clés, classés en sous-catégories puis regroupés en grandes catégories. Cela nous a enfin permis de mettre en valeur les thèmes principaux identifiés lors des interviews. La retranscription écrite a été réalisée de manière manuelle à l'aide de Word. Le repérage des mots-clés a été réalisé à l'aide d'un code couleur.

L'analyse et les interviews se sont répétées jusqu'à la saturation des données recueillies. Ensuite, les résultats ont été mis sous forme de tableaux et de cartes mentales permettant de mettre en avant les principaux concepts tout en mettant en exergue leurs interrelations.

2.5 - Aspects réglementaires et éthiques :

Afin de garder l'anonymat des patients, j'ai utilisé un codage qui sera « P^o + numéro du patient ». Les dossiers des patients ont été anonymisés à l'aide de ces codes.

J'ai été la seule détentrice de la table de correspondance permettant d'identifier, si nécessaire, le nom des patients. Cette table de correspondance n'a été divulguée à aucune autre personne.

Les patients ont eu connaissance de cet anonymat à travers la rubrique d'information présente dans l'attestation de consentement.

Le projet a été soumis et validé par le Comité Scientifique et Ethique d'IDHEO avant toute réalisation d'interviews.

3 - RESULTATS

Cette étude a impliqué 28 patients présentant des DC, avec des pathologies diverses ou des DC variées (Voir **Figure 2** et **Tableau 1**). La **figure 3**, située ci-dessous, présente le ratio homme/femme touché par les DC dans notre étude.

Proportion des pathologies étudiées

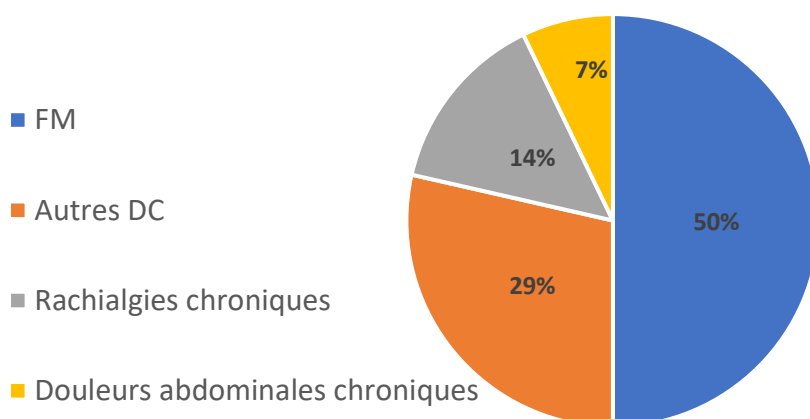


Figure 2 : Proportion des pathologies étudiées

Proportion Hommes/Femmes

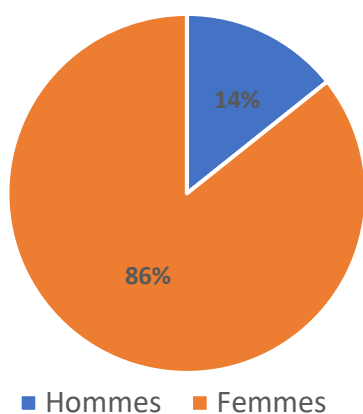


Figure 3 : Ratio Hommes/Femmes

Le tableau suivant nous présente la répartition de l'âge des patients, situé entre 19 et 73 ans et d'autres informations principales concernant les patients de notre étude. Ce tableau montre tout l'intérêt de notre étude par une diversité socio-économique marquée des profils des participants, que ce soit au niveau de leur âge, de leur sexe ou encore de leur profil professionnel.

N°	Sexe	Pathologie	Age	1 ^{ère} douleur	Diagnostic	Profession
P°1	F	FM	48 ans	Toujours	1988	RH
P°2	F	FM	22 ans	Toujours	2019	Etudiante
P°3	F	FM	33 ans	X	X	X
P°4	F	FM	53 ans	2010	2018	X
P°5	F	FM	60 ans	2015	2017	Conductrice poids lourd
P°6	F	FM	45 ans	2009	2019	X
P°7	F	FM	50 ans	2019	2022	X
P°8	F	FM	50 ans	2000	2013	RH
P°9	F	FM	37 ans	Toujours	2020	X
P°10	F	FM	40 ans	2003	2014	Dans le milieu social
P°11	F	Post chirurgie coude	22 ans	2017	2017	Etudiante
P°12	F	Syndrome fémoro-patellaire	23 ans	2017	2017	Etudiante
P°13	F	FM	60 ans	Toujours	2013	Postière
P°14	H	FM	63 ans	1994	2008	Chauffeur de bus
P°15	F	Syringomyélie Kary	65 ans	Toujours	2017	Ancienne avocate
P°16	F	Migraine	19 ans	2012	2012	Etudiante
P°17	F	FM	40 ans	2002	2020	X
P°18	F	Tendinites du tendon d'Achille	67 ans	X	X	X
P°19	H	Lombalgie/Arthrose/multi-prothèses	73 ans	1976	2004	X
P°20	F	Colopathie fonctionnelle chronique	26 ans	Toujours	X	X
P°21	F	Dorsalgie + Arthrose	46 ans	1994	1994/2018	Gestionnaire collègue
P°22	F	Douleurs abdominales / petit bassin	22 ans	2021	X	Etudiante
P°23	F	Dermatite atopique sévère	37 ans	1997	2018	Téléopérateur
P°24	H	Dorsalgie / Hernie L5-S1	44 ans	2009	2017	Chef de projet
P°25	F	Arthrose	66 ans	1983	2017	X
P°26	F	Migraine prédictive → Epilepsie	35 ans	2014	2014	Téléopérateur
P°27	F	SEP	51 ans	2007	2012	Activité libérale
P°28	H	FM + défilé thoraco-brachial	24 ans	Toujours	2012	Agent sécurité/Pompier

Tableau 1 : Caractéristiques des patients douloureux chroniques : Les « X » signifient le manque de ce renseignement de la part des patients. Le vert représente les patients ayant une FM. Le bleu, représente les hommes et le rose, représente les femmes.

Au vu du nombre d'interviews et des vastes informations récoltées, les citations seront positionnées dans de nombreuses figures, permettant de simplifier la lecture, tout en gardant le maximum de données.

Dans la suite de notre écrit, nous analyserons la place de la douleur dans le vécu du patient, le manque d'intégration de l'ostéopathie dans le système médical, un diagnostic non évolutif durant le parcours de soin, une réponse à l'incompréhension laissée par le monde médical et les diverses étapes d'avancées avec la douleur.

La synthèse des résultats de l'étude sera présentée en **Figure 4**.

3.1 - La douleur chronique : un parcours mal vécu par les patients

3.1.1 - LA PLACE DE LA DOULEUR EST IMMENSE DANS MA VIE

Dans un premier temps, il est important de comprendre l'expérience vécue par cette population. Les patients présentent l'expérience de la DC, comme une « **douleur généralisée** » (P°2), comparée à une « **musique de fond** » (P°5), évoquant parfois « **des aiguilles de feu** » (P°15). Le corps du patient semble devenir un « **véritable puzzle** » (P°1, P°2, P°4, P°6).

Le tableau ci-dessous résume les citations les plus évocatrices exprimées par les patients concernant leur ressenti envers cette DC. L'omniprésence de la douleur (**29 %**), l'intensité de celle-ci (**15%**), son aspect incontrôlable (**22%**) et la sensation de désordre corporel. La DC est exprimée comme néfaste chez **50%** des patients.

A côté, on retrouve également l'idée d'une douleur souvent démesurée à l'étiologie de celle-ci ou démesurée à la réalisation d'actions simples de la vie quotidienne (**25%**).

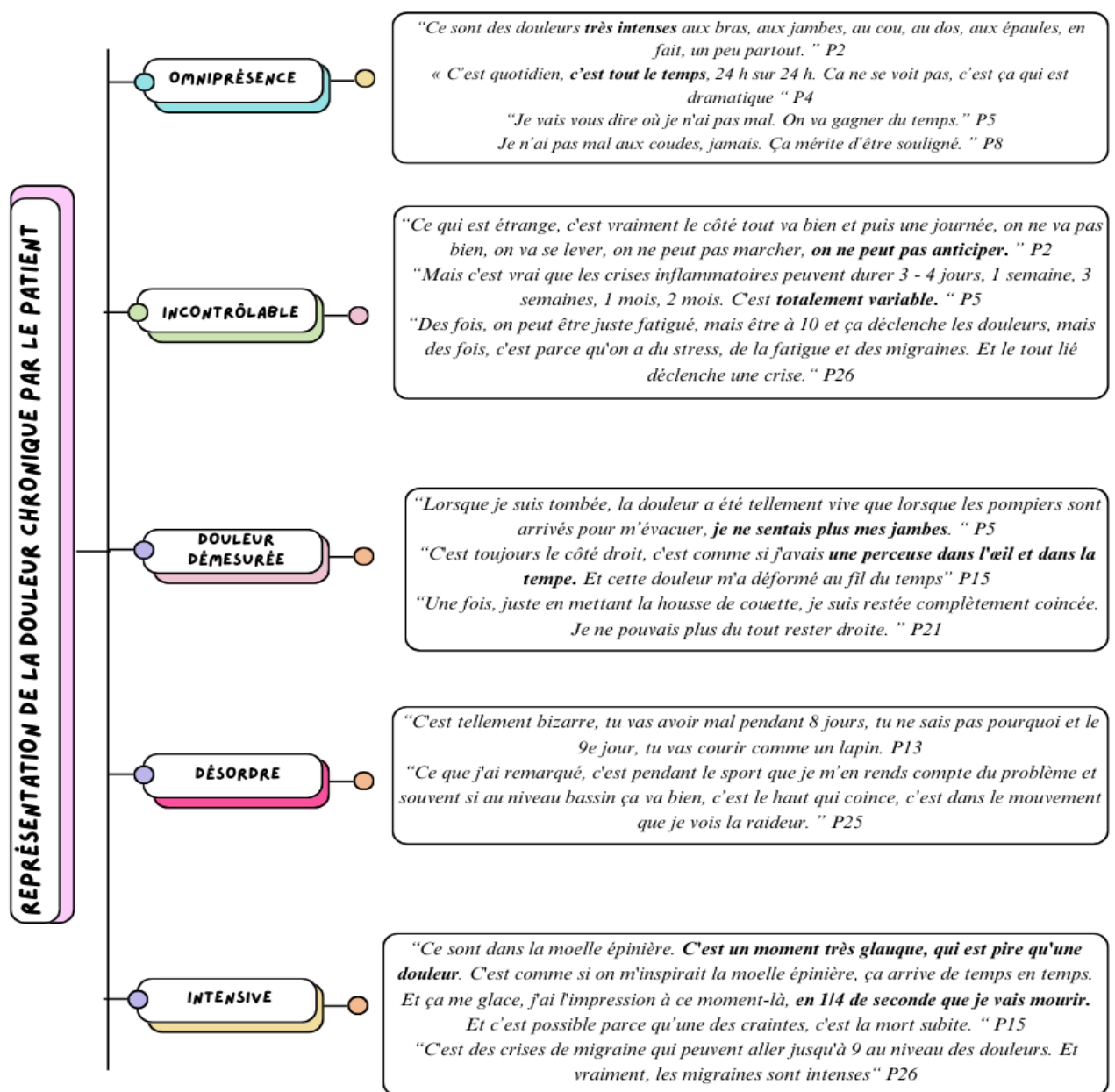


Tableau 2 : Les représentations de la douleur chronique par les patients

3.1.2 - UN IMPACT IMPORTANT SUR LA QUALITE DE VIE DU PATIENT DOULOUREUX CHRONIQUE

Il est difficile pour les patients d’accepter la diminution de capacité dans leur vie quotidienne (21%). Ce sentiment est souvent relié à des pertes de capacités physiques, sensorielles ou cognitives. Les patients ne se sentent souvent plus dans la possibilité d’exercer correctement leur emploi ou les activités de tous les jours (29%).

“Il faut que je bouge. Je suis une pile électrique et il paraît que la fibromyalgie, ça prend beaucoup les personnes très actives. [...]Alors, tu te retrouves du jour au lendemain diminué tu n’acceptes pas. C’est comme ça.” P13
 « J’ai peur, je sens qu’il y a une évolution. Ça devient de plus en plus invalidant » P4

Le tableau suivant nous présente les différentes perturbations de la vie quotidienne des patients ayant une DC.

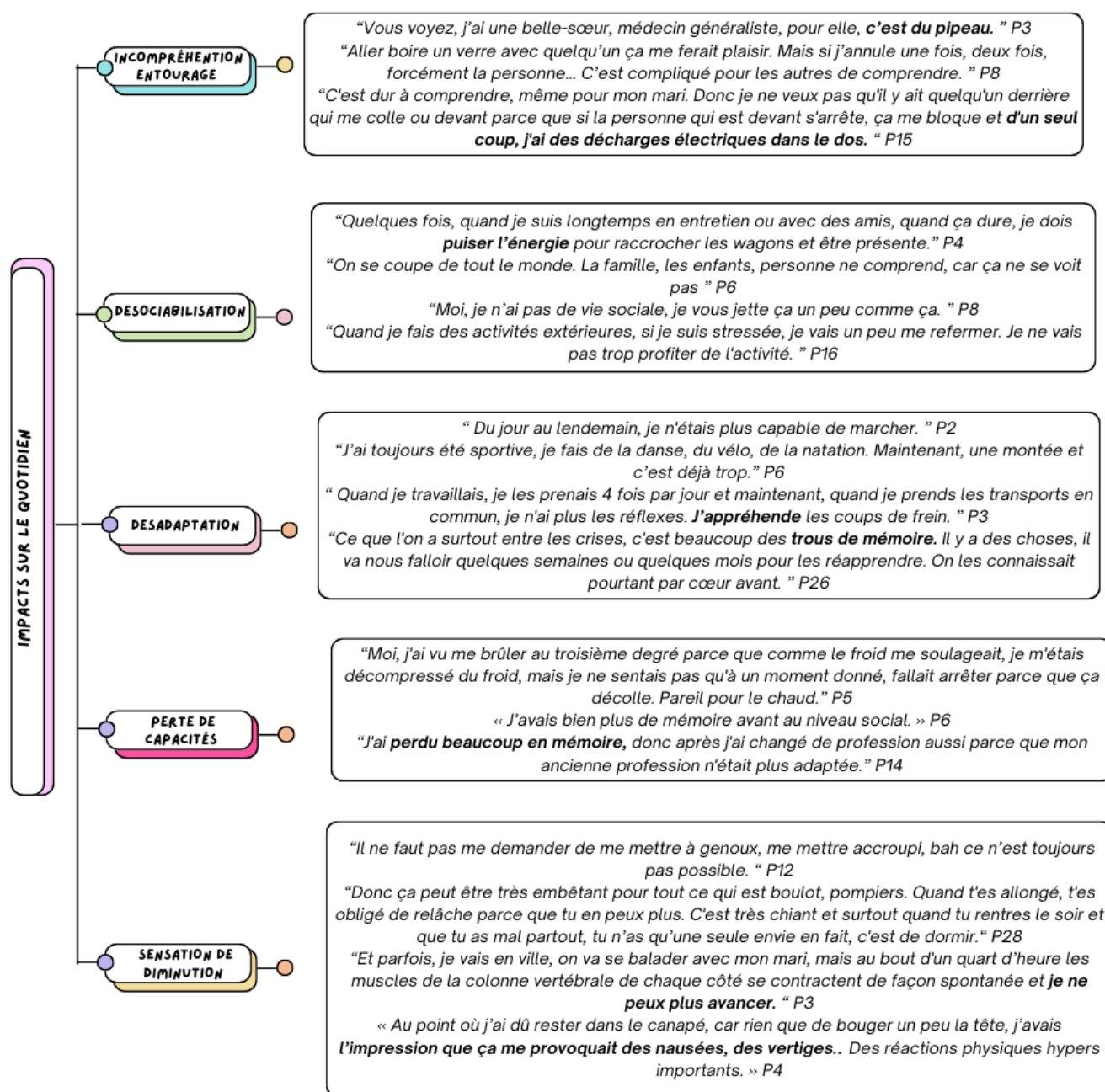


Tableau 3 : L’impact de la douleur chronique sur le quotidien du patient

Les patients évoquent un manque de compréhension de la part de leur entourage et du corps médical entraînant une sensation de déshumanisation, exprimée par les citations suivantes :

« **Des petites choses fragiles** » P°5, « **Le mot humain n’existe plus** » P°13 ou encore « **L’impression d’être sur un barbecue** » P°14.

3.2 - Une intégration à la marge du système médical

3.2.1 - DEUX UNIVERS SANS PASSERELLES

Les patients ont exprimé à **95%** que l'ostéopathie, et plus largement les thérapies alternatives, avaient une importance capitale dans leur PEC. Chaque profession de santé semble travailler de manière isolée (**33%**), sans tenir compte de l'avis des autres disciplines.

“ Je ne sais pas si c'est lié à sa pratique à lui. Mais, c'est complètement parallèle au cercle médical. Il n'y a pas de passerelle.” P24

Le médicament est présenté comme la seule solution, sans tenir compte des alternatives thérapeutiques (Voir **Tableau 4**). Un patient a tout de même exprimé l'existence d'un lien entre son podologue et le chirurgien, mais cela paraît rester un cas unique.

“ Il voulait, avant de me refaire des semelles, que je vois le chirurgien. Et je verrai après comment on adapte. J'ai vu le chirurgien, il m'a dit non, on continue, vous gérez.” P25

3.2.2 - UNE OBLIGATION DE FAIRE LE LIEN

Le patient se retrouve souvent à jouer le rôle de l'intermédiaire, entre les différentes professions de santé, transmettant eux-mêmes les informations entre les professionnels (**Tableau 4**). Il semble être de sa responsabilité d'intégrer, s'il le souhaite, des professions de soin à son parcours médical.

“Pour moi, l'ostéopathie c'est quelque chose que moi j'ai mis en place pour moi. Ni le cardiologue, ni le médecin traitant, ne va me demander ce que donne l'ostéopathie” P23

Malheureusement dans certaines situations, le patient ne fait même pas ce lien. Cela est dû à un manque de connaissances et de compréhension de la situation.

3.2.3 - UN BESOIN POURTANT BIEN PRESENT DE PLURIDISCIPLINARITE

Malgré ce manque de coordination, les patients expriment le besoin d'accéder aux deux types de PEC pour une meilleure efficacité du traitement. Les thérapies manuelles permettent, d'après les patients, une diminution de la médication, voire une meilleure compréhension des processus de la douleur.

“Je pense que les médicaments sont nécessaires pour remettre le corps dans les conditions de bases et je pense que l'ostéopathie et les manipulations sont nécessaires pour remettre les choses à leur place. Et pour prendre conscience de ce qui se passe dans le corps et notamment la cascade des effets secondaires à un problème initial. [...] La médecine travaille toujours un peu seule, elle ne prend pas en compte la chaîne cause à effets et j'avais moins mal au genou mais potentiellement ça aurait pu revenir si on n'avait pas traité le reste donc le dos.” P24
“ Je pense que tout simplement ils devraient prendre un moment sur le peu de temps qu'ils ont, à titre personnel, pour se concerter sur l'évolution de l'état de santé général de certains patients” P3

Certains patients signalent cependant une pluridisciplinarité dans le cas de CHU, dans les centres de rééducation ou de centre de la douleur mais cette pratique paraît rare dans notre échantillon.

“Dans l'hôpital, belle équipe. Le médecin travaille avec toute l'équipe. D'ailleurs on est reçu par toute l'équipe pluridisciplinaire.” P14
“ C'est vrai que c'est un peu ce que j'ai retrouvé au centre de rééducation. Finalement, il y avait kiné, ergothérapeute, activités physiques adaptées et ils se coordonnent. C'était un programme établi spécifique à cette maladie. Chacun savait ce qu'il avait à faire, ce qu'il avait à dire. Je pense que c'était coordonné entre eux” P17

LE MANQUE DE COMMUNICATION PURIDISCIPLINAIRE



« Ma généraliste, elle ne consulte même pas mon rhumatologue. Surtout pour la fibromyalgie, ça serait bien qu'il voit tout en relation. » P6

“Pourquoi un médecin peut-il ne pas tout savoir et pourquoi il ne dit pas, là, **je ne peux pas vous répondre**, soit je me renseigne auprès d'un collègue ou soit je vous renvoie vers un collègue” P14

Médicament = seul remède

“J'ai arrêté le traitement. On m'a dit vous dégagez du protocole, on vous sort si vous ne voulez pas les reprendre. Débrouillez vous, bon courage.” P5

“Il a essayé de m'accompagner, quand je lui ai parlé de ça, il m'a dit que **seul le médical comptait** et que ça ne servait à rien de faire autre chose que le médical” P27

L'ostéopathie

“Je n'avais aucune médecine douce là-dedans et je trouve ça vraiment dommage, car une petite séance d'ostéopathe ou de kinésithérapie serait intéressante. Là, c'est centralisé sur le cœur. Si j'avais eu ça en plus, ça m'aurait vraiment détendu. Tu arrives dans un cadre qui est très anxiogène pour une femme de 32 ans, tu as beaucoup de gens âgés. C'est horrible ce ressenti. Donc c'est vrai que s'il y avait eu de la médecine douce que j'aime beaucoup, ça m'aurait fait beaucoup de bien physiquement mais aussi mentalement” P23



“**Ils ne communiquent pas.** [...] C'est ce qui m'avait étonné au départ. Moi je travaille dans le soutien social. On travaille énormément en partenariat et j'étais assez hallucinée du fait qu'il n'y a aucun lien. C'est à nous de faire le lien.” P10

“Elle me dit verbalement, vous direz à votre généraliste ceci ou cela, je le retransmets verbalement mais ce n'est pas comme un écrit, comme une lettre entre confrères. [...] Mais ce que dit le patient c'est le patient qui le dit. Quand c'est un professionnel de santé ça n'a pas le même impact” P3



« Quand j'étais à l'hôpital, il y avait plusieurs disciplines [...] C'était pluridisciplinaire. **Chaque corps médical apporte ses connaissances et son aide.** Tout ça forme un tout, c'est complémentaire. On se sent écouté et prit en charge. Ça fait du bien. » P4

“Moi, j'ai l'impression qu'il y a **peu d'échanges entre eux**, entre le kinésithérapeute, l'ostéopathe et le médecin, alors que c'est un trio qui doit fonctionner ensemble.” P5

“Régulièrement, je fais des séances de kinésithérapeute, d'ostéopathie et ça me permet d'éviter de prendre des médicaments en permanence. Je les prends quand j'ai vraiment très mal et j'essaie de me cantonner au Doliprane puisque les anti-inflammatoires me font très mal à l'estomac.” P21

Tableau 4 : La cascade du manque de la pluridisciplinarité

3.3 - Un diagnostic non évolutif durant le parcours de soin

Les patients ressentent souvent un manque de modification du diagnostic et du traitement tout au long de leur parcours de soin, ce qui rend la recherche du diagnostic difficile et souvent superficielle.

“ Je me rends compte, depuis 2019, rien n'a changé. Je prends toujours le même traitement et on n'a rien à me proposer concrètement. ” P2

“Dans les analyses de sang, la seule chose qu'on a vu, c'est que j'ai la bilirubine qui augmentait au niveau du foie. C'est le seul truc qu'on a vu et du coup ça a évoqué un éventuel syndrome de Gilbert mais ça ne correspond pas aux douleurs que j'ai.” P22

3.3.1 - UN DIAGNOSTIC PSYCHOLOGIQUE SOUVENT MIS EN AVANT PAR LE MONDE MEDICAL

La 1^{ère} idée de diagnostic posé paraît souvent être d'origine psychologique (21%). Il est fréquemment mis en lien avec des antécédents familiaux (17%), ou des traumatismes d'enfance (21%) pouvant provoquer une sensation de « **manque d'écoute et de jugement rapide** » (P5). De plus, le diagnostic est régulièrement posé de manière brutale et définitive, pouvant renforcer la sensation du patient.

*“Ils annoncent tellement de façon brutale et puis définitivement. “ P5
“ Je pense que la médecine ne devrait pas dire aux gens vous avez une fibromyalgie, automatiquement vous allez devenir dépressifs. Ce n'est pas vrai. Tous les gens fibromyalgique ne sont pas dépressifs.” P5*

3.3.2 - MECONNAISSANCE DE LA PATHOLOGIE OU NON MODIFICATION DU TRAITEMENT

Les patients expriment l'impression que les praticiens ne connaissent pas assez les pathologies (25%) et ne semblent pas chercher au-delà de leurs connaissances (18%). De même pour les praticiens de soins, les techniques ne sont pas forcément réadaptées au fil des séances ou à la suite du diagnostic.

Deux patients ont exprimé malgré tout une sensation de pratique différente entre l'avant et l'après diagnostic.

*“Mais après je pense qu'elle ne travaille pas de la même manière si c'est sur moi ou sur ma sœur qui n'a absolument rien” P2
“Donc la situation est connue, je ne peux pas dire qu'elle est figée, elle sait de quoi j'ai besoin et ce qui n'est pas la peine de faire. Donc l'acharnement thérapeutique” P19*

Les patients expriment également un sentiment de dénigrement (19%) par la profession médicale et un véritable manque d'empathie de leur part (21%).

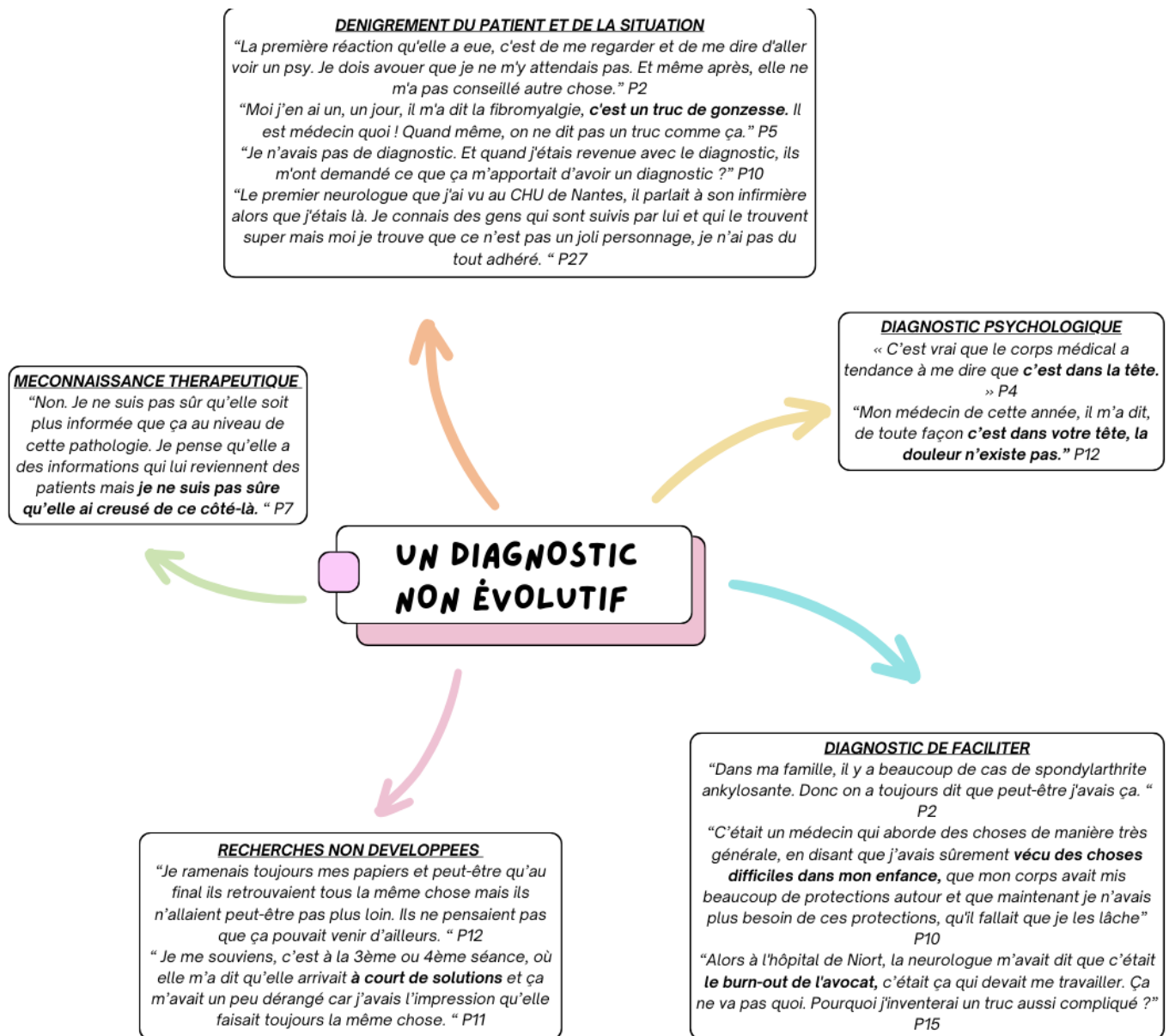


Tableau 5 : Diagnostic non évolutif et incompréhensions du patient

3.4 - L'ostéopathie, une réponse presque « magique » à l'incompréhension médicale

“L'ostéopathie, c'est une grande réponse. Même si je ne suis pas capable de dire, quand je sors de chez vous, ce que vous m'avez fait, je me sens mieux. Vous nous apportez énormément.” P19

3.4.1 - UNE REPONSE AU MILIEU MEDICAL

L'ostéopathie par ces capacités d'écoute, de compréhension et d'empathie et plus largement les thérapies alternatives permettent aux patients de répondre à de nombreuses interrogations laissées sans réponse par le monde médical (29%).

*“ Quand vous demandez au médecin, c'est quoi la fibromyalgie concrètement ? C'est des douleurs. Mais comment ça s'attrape, c'est viral ? C'est génétique ? C'est compliqué madame.” P5
“Là où je suis un peu désespérée c'est que je ne sais pas. Qui peut me donner la solution ? Parce que la kiné elle donne pleins d'exercices, elle me dit que ça va. Enfin on va aller tranquillement mais j'ai l'impression que ça ne s'améliore pas vraiment quoi.” P18*

3.4.2 - DES CRITERES PROPRES A L'OSTEOPATHIE : LA PEDAGOGIE ET L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE

Une approche pédagogique de la part des ostéopathes paraît s'installer entre lui et son patient (42%). Au fil des séances, le patient acquiert une « véritable confiance, à s'en remettre totalement à son ostéopathe » (P°19) accompagné d'une sensation d'être « connu par cœur » (P°8) par le praticien. Cette alliance thérapeutique semble être difficile à retrouver dans les autres professions de soins ou médicales. L'ostéopathie apporterait bien plus d'une PEC physique chez le patient. L'ostéopathie paraît se présenter comme un « équilibre du corps et de l'esprit » (P°15), il « redonne de l'énergie » (P°27) dans les zones du corps qui sont en souffrance.

Cette alliance thérapeutique repose sur une pratique adaptée à la demande spécifique du patient et une analyse approfondie de leur corps. L'alliance thérapeutique permet au praticien de sensibiliser le patient et de l'impliquer dans sa propre PEC (32%).

Il faut cependant reconnaître que cette alliance est fragile. Certains aspects, tels que les conseils (10%), paraissent faire défaut aux patients. Par exemple, « Personne n'explique ce qu'il faut faire pour prévenir » P°18.

Selon les patients, certains aspects distinguent nettement l'ostéopathie des autres professions de soin, renforçant ainsi cette alliance thérapeutique. Les patients sont en demande de visualisation du corps qui réapparaît encore comme un puzzle (P°1, P°2, P°4, P°6), et proposent l'utilisation de supports pédagogiques qui nous sont mis à disposition (7%).

De nombreux patients ont entendu « **il ne faut pas aller voir l'ostéopathe plus de 2 fois par an** » P°20, « **au-delà de 4 fois par an, ce n'est pas bon** » P°21 de la part de professions médicales ou même d'ostéopathes eux-mêmes.

Les ostéopathes semblent souvent négliger les antécédents médicaux ou personnels du patient et ne demandent pas toujours l'autorisation pour certaines techniques, ce qui peut raviver de mauvaises expériences chez les patients **(18%)**.

Certains professionnels utilisent un discours nocebo auprès des patients **(29%)**, qu'ils soient ostéopathes ou non. Cela peut créer une certaine peur chez les patients ayant eu des expériences douloureuses, des soucis de communications ou d'autres désagréments.

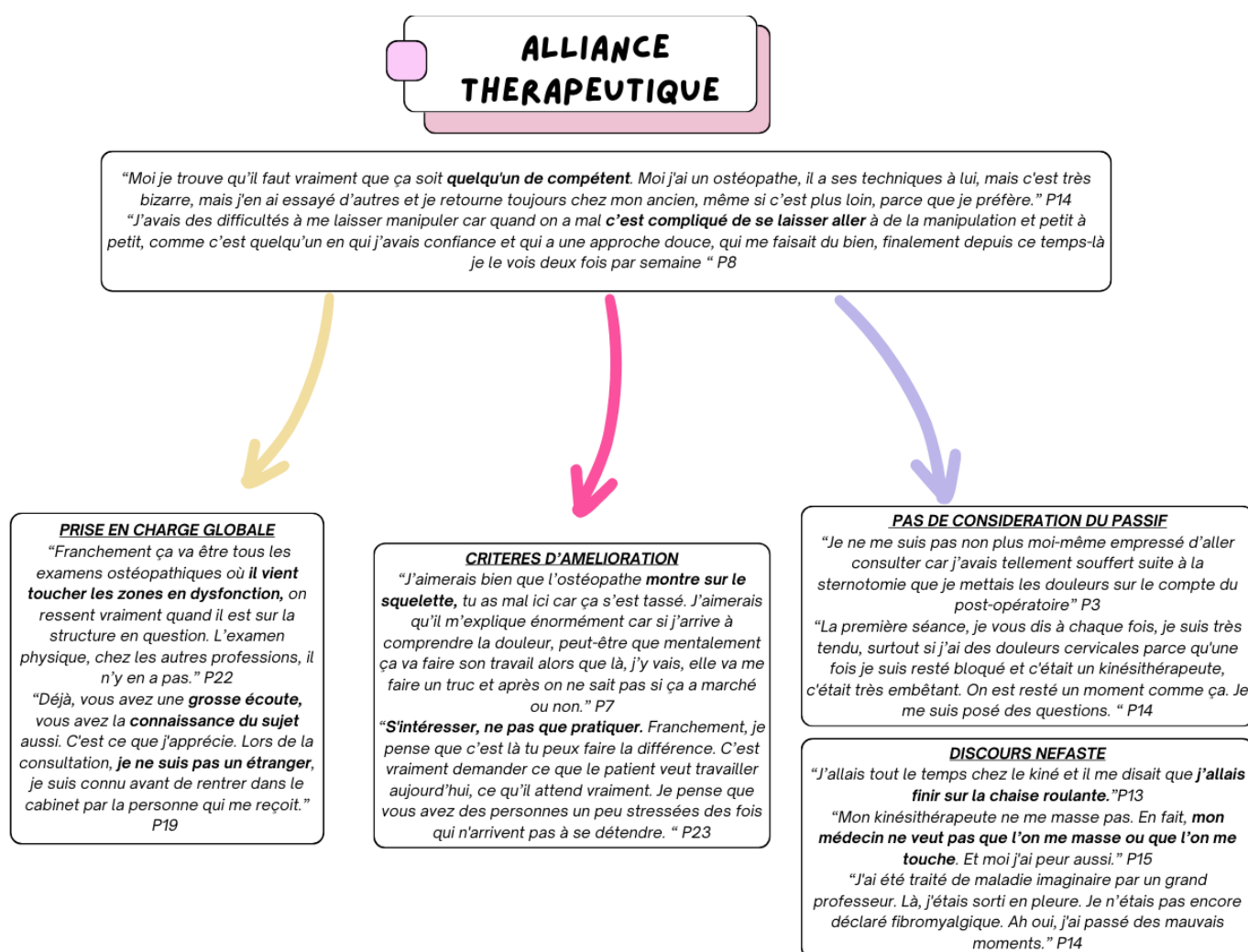


Tableau 6 : Points de vue positifs et cassure de l'alliance thérapeutique

3.4.3 - UNE PRATIQUE PARTICULIEREMENT VASTE

Les manipulations structurelles ne sont pas celles qui paraissent le mieux fonctionner ou les plus appréciées selon **42%** des patients. Certains patients expriment même que le craquement serait « **une perte de bénéfice** » P°9, tandis que d'autres expriment le besoin de les utiliser pour un bien être futur.

“Pendant l'examen, elle m'a dit qu'elle n'allait pas être ma copine pendant 40 minutes. Effectivement, c'était dur, mais j'ai été soulagée plus longtemps.” P20
“Mon ostéopathe arrive à me décoincer les vertèbres en me faisant craquer, mais je souffre pour aller mieux.” P21

Les patients ressentent l'impact positif d'une PEC holistique, prenant en compte leur milieu de vie et leur corps dans leur intégralité.

“Je pense que c'est la PEC globale et profonde, pas sur la douleur au point X, mais sur l'ensemble du corps et dans sa globalité” P9
“C'est par les ostéopathes que j'ai pris confiance de l'importance de l'environnement de ma vie. Ils regardent les causes, ils ont une approche holistique “P24

3.4.4 - UN TOUCHER SPECIFIQUE MAIS IMPORTANT POUR UNE BONNE PRATIQUE

Le toucher est considéré comme crucial dans les pratiques de soin (**29%**) bien que certains patients ne ressentent pas de bienfaits supplémentaires à un toucher ostéopathique. Une plus grande proportion de patients, quant à eux, expriment le bien-être réel que peut leur apporter ce toucher ostéopathique.

Il ressort qu'un toucher plus large et plus doux est préféré à un toucher pointu et profond.

La zone douloureuse semble être touchée par les mains du praticien dans **96%** des patients (**Sauf P°4**) et cela paraît très important. Mais il reste important pour un grand nombre de patients que le praticien touche l'ensemble du corps (**45%**) voire ne touche même pas la zone en question.

“Elle ne va pas forcément toucher le dos parce que j'ai mal au dos. Elle va me toucher le ventre, la tête mais pas forcément dans le dos” P9

3.4.5 - DES EFFETS A COURT TERME

Pour finir, il faut malgré tout comprendre que l'ostéopathie « n'est pas magique ». La pratique paraît être approuvée dans la cadre de la DC, mais son efficacité reste néanmoins limitée. Son efficacité est à court terme chez **32%** des patients et paraît apporter un bien être plus ou moins aléatoire en fonction des gens ou des séances.

Le tableau ci-dessous présente les différents aspects retrouvés chez un ostéopathe, qui amène le patient à se sentir en confiance reprenant les différentes sous parties analysées précédemment.

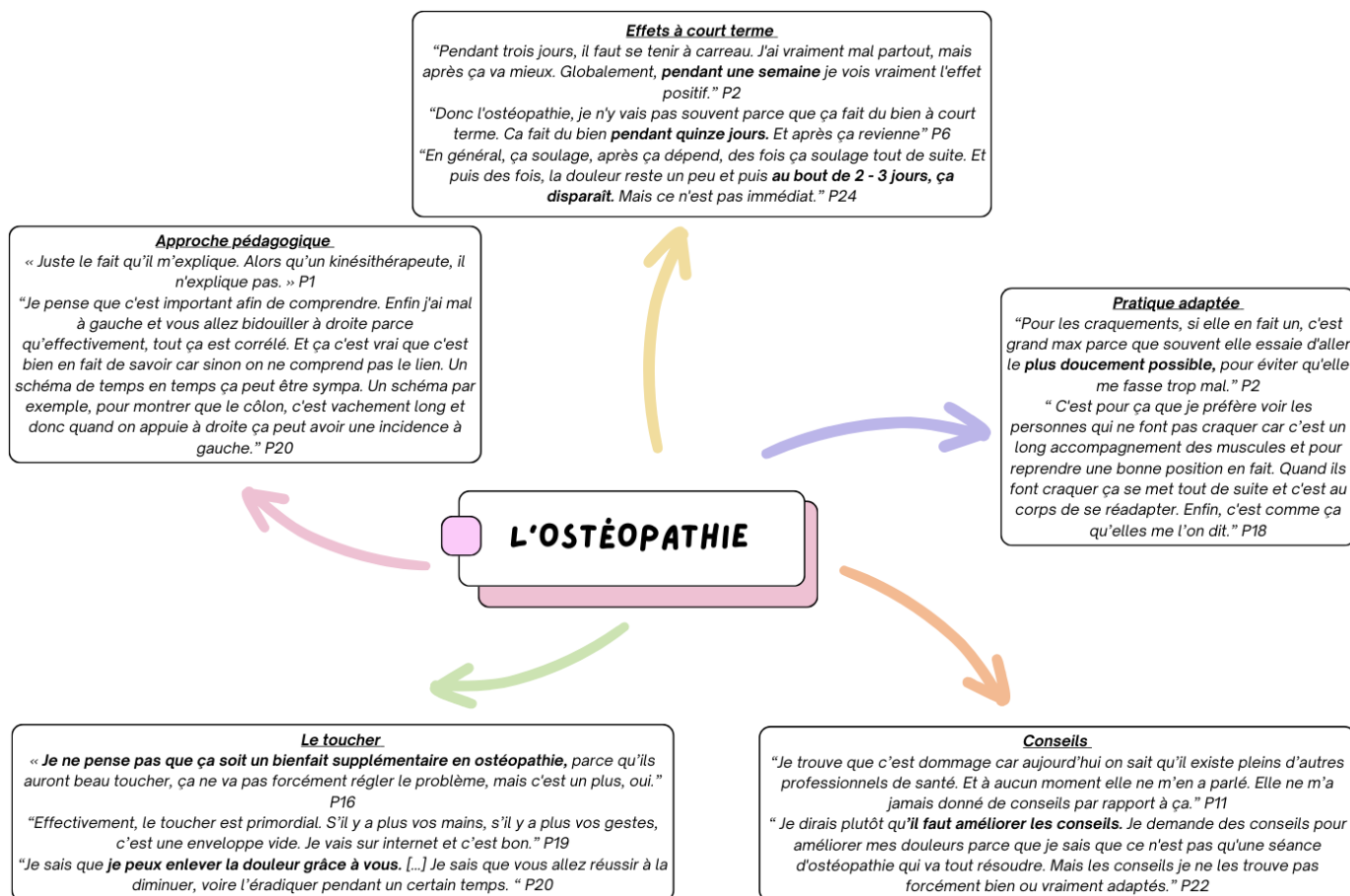


Tableau 7 : Caractéristiques de l'ostéopathe d'après les patients douloureux chroniques

3.5 - Diverses étapes d'avancées avec la douleur

Durant leur parcours de soin, les patients expliquent traverser de nombreuses étapes, et ressentis qui leur permettent de mieux comprendre leur propre douleur.

3.5.1 - LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic est une longue étape, qui laisse beaucoup de questions en suspens

« Donc il a fallu attendre 14 ans pour que je sois déclarée fibromyalgique même si en 94, il n'y avait sans doute pas assez de points de lecture » P14

Cependant, une fois établi, il apporte une forme de **reconnaissance (P°10)**, une ouverture à la compréhension du processus corporel et une ouverture à la recherche des solutions. Cela permet également de pouvoir « **savoir expliquer à l'entourage ce qu'il se passe** » (P°10).

« C'est vrai que le corps médical a tendance à me dire que **c'est surtout dans la tête.** » P4
 "Mon médecin, il m'a dit que de toute façon **c'était dans ma tête, la douleur n'existe pas.**" P12
 "Quand je vais chez le médecin, mon médecin traitant me dit en me regardant droit dans les yeux, en connaissant le passé familial que ce n'est pas pour lui, qu'il faut que j'aille voir un psy." P2
 "A l'époque c'était un syndrome polyalgique idiopathique diffus. Il était **considéré comme psychologique à l'époque.**" P1
 "C'était un médecin qui aborde des choses de manière très générale en disant que j'avais **sûrement vécu des choses difficiles dans mon enfance**, que mon corps avait mis beaucoup de protections autour et que maintenant je n'avais plus besoin de ces protections là, qu'il fallait que je les lâche" P10

POSE DU DIAGNOSTIC

Tableau 8 : La pose du diagnostic

Le diagnostic permet d'ouvrir un large domaine de connaissances pour le patient. Le patient va devoir découvrir d'un point de vue multidimensionnel sur lui-même (39%), sur son corps mais également sur la physiologie et sur son mode de vie le plus adapté. Le patient va devoir s'investir.

"C'est pour ça qu'on est un binôme avec le monde médical. Il faut qu'on s'écoute, il faut qu'on se comprenne et il faut qu'on s'entraide." P14

Le patient va devoir apprendre à gérer les moments qui peuvent lui causer des douleurs et s'adapter pour les éviter le plus possible.

"Ça dépend quand on sait qu'il y a des choses comme des grands voyages, dans ces cas-là, on se prépare. On fait quand des tests médicaux, voir si tout va bien, on va passer des encéphalogrammes pour être sûr qu'il n'y a rien au niveau du cerveaux, qu'il n'y ait pas de d'orages électriques, parce que s'il y a des orages on nous interdit tout voyage." P26
« Finalement, j'ai écourté cette phase-là. Depuis je n'ai pas eu de souci, donc je me dis que ce n'était pas si grave que ça. Effectivement, il faut que je fasse attention, je ne porte pas des choses n'importe comment ? je pense que j'ai des bons gestes." P24

3.5.2 - L'APPRENTISSAGE

Le processus d'apprentissage va permettre au patient de répondre à de nombreuses questions sur la maladie ou la douleur, comprendre le fonctionnement de celle-ci, mais également apprendre à gérer ces émotions, le stress et apprendre à se connaître soi-même et comprendre le comportement de son propre corps.

GESTION DES EMOTIONS

“Depuis 4-5 ans, on ne fait plus rien parce que je me suis vraiment rendu compte que le stress était sûrement la cause de tout ça et que c'était peut-être plus un travail sur moi qu'il fallait que je fasse, **comme faire de la méditation.**” P16

“J'ai été accompagnée par un médecin de la douleur qui m'a appris à faire **des séances d'auto-hypnose pendant un an.** Il s'était enregistré, parce que j'arrivais pas à me poser pour me reposer.” P27

CONNAISSANCE DE LA DOULEUR

“Tu vois, je marche, je fais 14 km, mais **je ne m'écoute pas**, je ne suis pas quelqu'un qui m'écoute, il faut que je bouge dans ma tête, sachant que je suis en arrêt pour dépression. Ce qui n'arrange pas, parce que quand là-haut ça ne va pas, ton corps ne va pas bien non plus. Mais j'essaie de ne pas m'écouter, mais je peux te dire qu'il y a des jours où c'est très compliqué.” P13

CONNAISSANCE DE SOI

“J'ai acquis au fur et à mesure avec les séances tout un **panel d'outils** et je ne vis plus du tout pareil.” P10

“Avec le temps, vous apprenez à **faire la différence** entre les douleurs de la fibromyalgie et les douleurs qui ne sont pas habituelles.” P5

“Depuis que j'ai le diagnostic, j'ai aussi **une autre lecture de mon corps** et de tout ce que je pouvais avoir avant” P9

“Et puis en 2017, j'avais repris mon travail en libéral et je l'ai vu arriver, je me suis dit, on arrête tout, mais c'était trop tard. La poussée était là, donc j'ai été tout de suite hospitalisée. Là, je n'ai pas attendu. Et puis je marchais plus, le moral est tombé à 0 et j'ai dû apprendre à fonctionner autrement.” P27

APPRENTISSAGE

Tableau 9 : L'apprentissage de soi et de la douleur

3.5.3 - L'ACCEPTATION

On retrouve également la phase d'acceptation de la situation et de la douleur. Pour cela, le patient exprime devoir passer par des moments d'échecs difficiles à accepter, mais qui le feront avancer dans son processus (**14%**).

L'acceptation va également passer par la reconnaissance et pour se faire, le patient ressent le besoin de se munir de preuves notables (**18%**) qui lui permettront de réaliser concrètement la situation.

ACCEPTATION DES DOULEURS ET LA MALADIE

“J’ai du mal parfois à les accepter parce que ça altère la qualité de vie.” P3

“Ce n’est pas facile. Ça ne fait pas longtemps que j’ai pris conscience de ça. Ça ne doit même pas faire 2 ans. Maintenant, je sais que selon les jours, il y a des jours où je peux faire des choses et il y a des jours où je ne peux pas. Je ne le vis pas forcément comme un échec même si ça reste compliqué.” P8

“C’est vrai que le fait de l’accepter, ça vous permet de basculer dans un processus qui me permet de me sentir mieux. Avant je me battais comme un coup d’épée dans l’eau.” P5

“Ca m’a permis d’accepter que j’avais quand même un handicap et de ce fait là, quand je suis arrivée à Angers, ça m’a donné la force d’aller directement vers le service qui s’occupait des personnes en situation de handicap pour demander des aménagements” P10

“J’apprends juste à connaître mon corps en apprenant à me connaître. Quand on sent la fatigue ou qu’il y a quelque chose, vaut mieux se mettre en arrêt plutôt que d’attendre. C’est ce qui s’est passé pour la dernière crise, tout le monde disait que j’étais fatigué. Je disais que ça allait passer. Effectivement, le week-end j’ai fait ma crise et c’était lié, il y a de la fatigue, il y a du surmenage.” P26

ACCEPTATION DES ECHECS

“Ca a vraiment été d’accepter qu’il allait falloir y aller très progressivement. Qu’il ne fallait pas dès que ça allait mieux en faire trop, mais du coup bien doser, que même si j’avais mal après un effort, il ne fallait pas paniquer.” P10

“Il y a un truc qui ne va pas, et de fait, je ne pouvais plus travailler sereinement, je ne pouvais plus me déplacer, plus conduire. J’ai été en arrêt et puis je me disais ça va passer. Sauf qu’il n’y a rien qui est passé. J’ai retrouvé des facultés. Oui, mais pas comme avant.” P15

PREUVRES NOTABLES

“Tous les gens qui ont une fibromyalgie sont dépressifs. Une fois que j’avais la preuve médicale sur papier que je n’étais pas dépressive, à chaque fois qu’on me disait que j’étais dépressive, je sortais mes examens en disant non, regardez, je ne suis pas dépressive. Et ça, c’est horrible de devoir se justifier.” P5

“La scintigraphie a montré effectivement tous les foyers arthrosiques que j’avais. Là où ça a été le plus bluffant, c’est quand pour le pied, pour l’arthrodèse le chirurgien avait besoin de confirmation, de conviction. Et il m’avait fait une scintigraphie plus particulièrement du pied en couleur. C’est magnifique en image, mais le dessus de mon pied, mon avant pied, c’était un soleil rouge. Il n’y avait pas de doute possible. Oui oui, c’était bien là en dessous qui se passait quelque chose quoi. C’est fabuleux.” P19

ACCEPTATION

Tableau 10 : Le début de l’acceptation

3.5.4 - MISE EN PLACE D'ADAPTATIONS

Le patient exprime le besoin d'instaurer des adaptations de sa vie quotidienne pour vivre au mieux les douleurs. On retrouve un certain nombre de domaines qui paraissent souvent être travaillés grâce à des adaptations. On retrouve donc des adaptations professionnelles (29%) et personnelles (39%), des adaptations de soin (29%) et des solutions variables et multiples (60%).

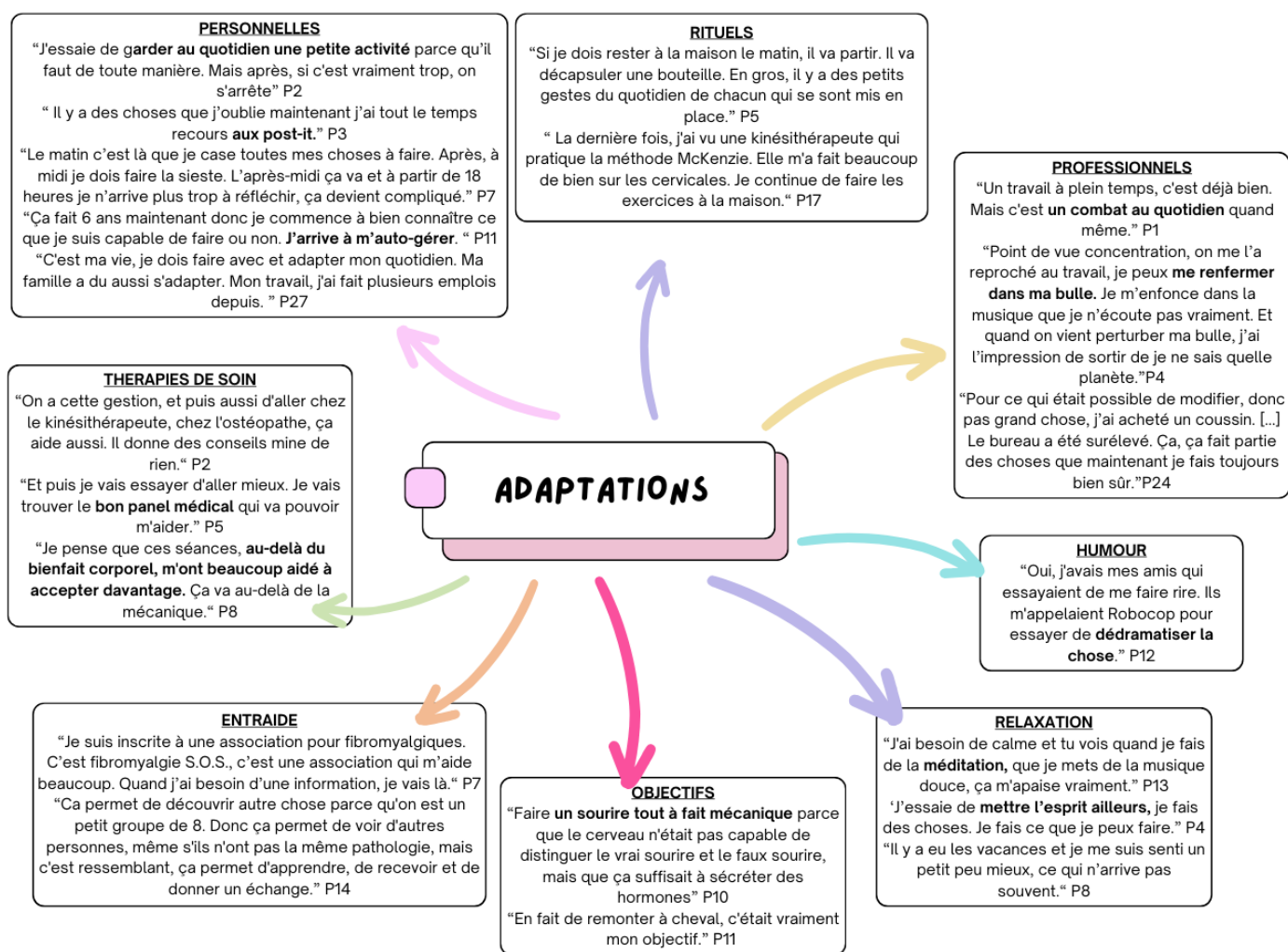


Tableau 11 : Mise en place de stratégies d'adaptations

Le schéma qui suit permet la synthèse de toutes les données récoltées. Il sera développé dans la suite du projet.

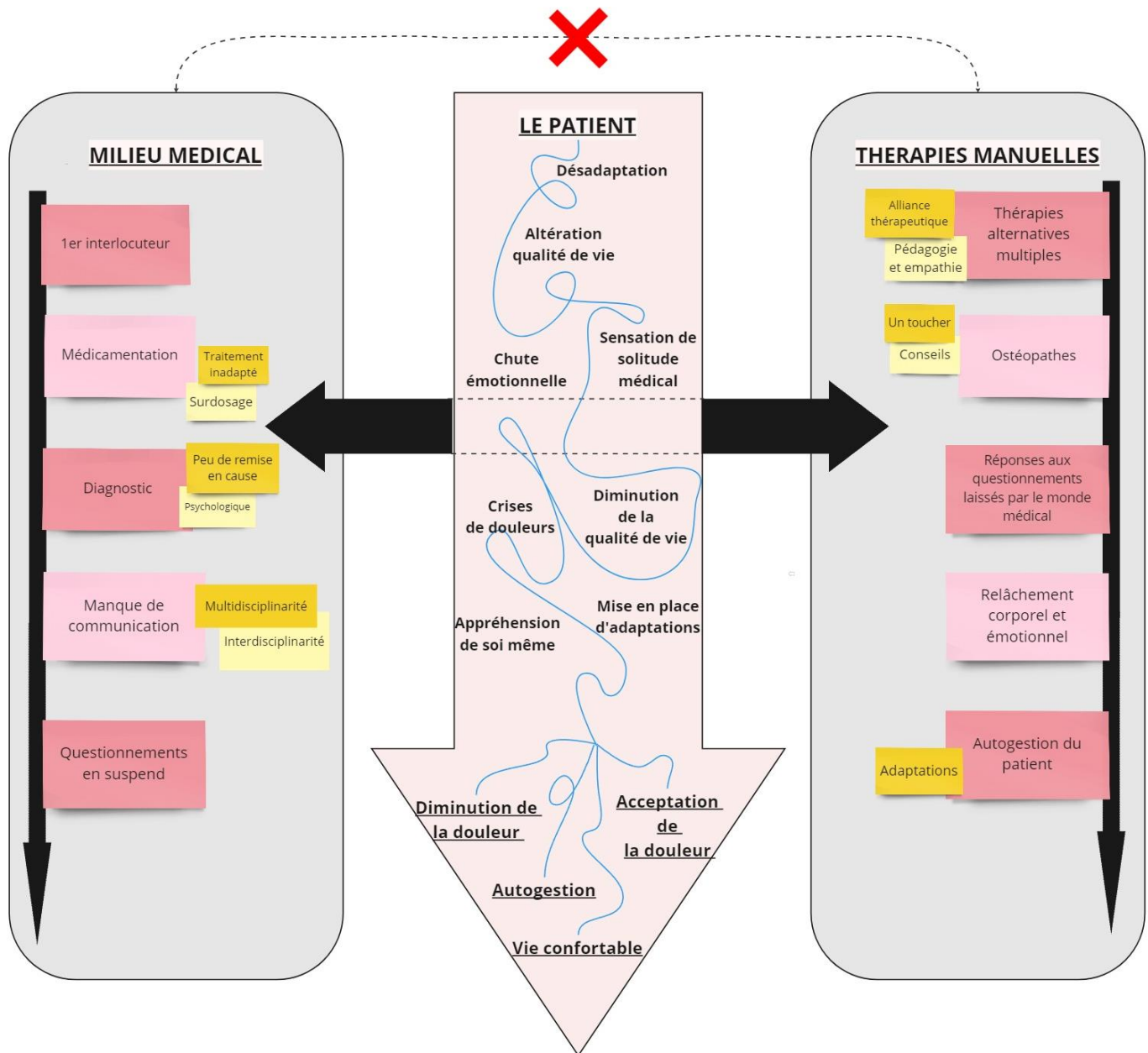


Figure 4 : Synthèse des résultats

4 - DISCUSSION

Le cheminement de cette étude qualitative et l'analyse des interviews ont permis de faire ressortir des notions importantes permettant de répondre à la question de recherche initiale :

« Comment le traitement ostéopathe peut-il intervenir dans la prise en charge et le vécu du patient souffrant de douleurs chroniques ? »

4.1 - Limites et biais

Les biais sont des obstacles difficiles à éviter. Malgré tout, il est essentiel de les prendre en compte afin de mieux appréhender la finalité du projet ou poursuivre le sujet de manière plus rigoureuse.

Dans ce projet, les biais identifiés sont les suivants :

Biais de formulation : La formulation des questions a pu orienter les réponses de manière involontaire. De plus, ma formulation des questions a pu être modifiée au fil des différents entretiens, modifiant légèrement la réponse attendue.

Biais d'interprétation : Mes préjugés et mes attentes ont pu me pousser à interpréter les interviews selon mes propres perspectives et non selon une analyse scientifique impartiale.

Biais de confirmation : Ma question de recherche m'a poussé à chercher des éléments qui vont dans le sens de mes hypothèses.

Il paraît difficile de supprimer définitivement ces biais. Par exemple, le biais de formulation aurait pu être diminué si mes questions avaient été totalement identiques, mais cela risquait de me priver de certaines informations personnelles pertinentes propres à chaque participant.

En ce qui concerne les limites, il convient de noter que le projet initial a évolué.

Mon projet de mémoire de D1, portant sur la FM, n'a pas été validé. Cette pathologie s'est révélée difficile à analyser en raison de la diversité des symptômes chez les patients et de la compréhension encore limitée de son étiologie.

De ce fait, j'ai dû opter pour un nouveau sujet, plus large, portant sur les DC dans leur ensemble, afin d'obtenir une analyse plus constructive. L'objectif premier restait néanmoins de

comparer les patients ayant une FM, aux patients ayant d'autres DC, mais cela ne faisant pas ressortir de grandes différences. Nous avons pris le parti de généraliser les informations reçues. Cela impose donc une population FM de 50%. Une population plus générale aurait peut-être pu amener à plus d'informations.

Le projet initial a été lancé par Monsieur SALMON Maxime, qui a réalisé les 10 premières interviews. Cela a limité ma capacité à diriger ces entretiens selon mes propres critères, et de ce fait, j'ai pu passer à côté de certaines données démographiques et renseignements sur les premiers symptômes et les dates de diagnostics qui auraient pu être intéressantes.

Le projet à grande échelle, visant à inclure jusqu'à 30 patients et des interviews pouvant durer jusqu'à 1H30, pour l'interview la plus longue, ont amené une charge de travail considérable. Les informations récoltées sont étendues, ce qui parfois a nécessité de généraliser les informations recueillies pour gérer cette charge.

4.2 - Interprétation des résultats

Ici, nous aborderons uniquement les points les plus importants. Les analyses secondaires permettront de préciser nos propos et de tirer des conclusions permettant de répondre à notre question.

D'un point de vue démographique, il est clair que la DC touche toute la population. Aucun groupe social n'est épargné. La situation professionnelle et l'âge ne semble pas avoir d'impact non plus. Le sexe, quant à lui, paraît jouer un rôle. De ce fait, une comparaison avec les données antérieures révèle que **85%** des patients atteints de FM sont des femmes, ce qui ne correspond aux chiffres fournis par la SFETD, proposant que **66%** des patients touchés par la FM sont des femmes³. Par conséquent, notre échantillon présente une diversité mais ne reflète pas essentiellement la société dans son ensemble.

La DC est considérée comme une douleur omniprésente et intense par l'ensemble des participants. Comme vu dans une des études précédentes²⁴, il est important de visualiser l'impact significatif de la DC sur la QDV des patients en diminuant leurs capacités physiques, psychiques, ou cognitives. Elle impacte également la vie socio-professionnelle de cette population comme présenté précédemment mettant en avant l'absentéisme, les changements de postes, voire les pertes d'emplois². Il est donc indispensable de prendre en charge, de la manière la plus holistique possible, les patients pour répondre au mieux à leurs demandes spécifiques.

4.2.1 - L'ÉVOLUTION DE LA PERCEPTION DU PATIENT FACE A SA DOULEUR CHRONIQUE

Il est important de prendre en compte le parcours du patient qui permet d'aboutir à l'acceptation de sa douleur et à une meilleure QDV. Comme le proposent certaines études^{12, 18, 19}, il est essentiel de reconnaître que les patients vont devoir traverser plusieurs étapes leur permettant de progresser dans leur parcours de soin.

La 1^{ère} étape est de nommer leur douleur ou la pathologie et de lui donner un sens. Ce moment est significatif, car nommer la douleur va permettre aux patients de pouvoir commencer ses recherches, comprendre et expliquer à autrui ce qu'ils ressentent. C'est un acte de reconnaissance pour certains patients, mais il importe peu à d'autres de mettre un nom sur ce qui leur arrive, leur objectif étant seulement de trouver des solutions.

En tant qu'ostéopathe, nous possédons une place importante dans l'intégration du diagnostic du patient. Le nom du diagnostic reste souvent barbare pour les patients, sans réelles explications de la part du professionnel qui l'a posé.

L'ostéopathe joue un rôle dans la compréhension de son diagnostic, de ses symptômes pouvant être présents et leurs potentielles évolutions. Nous devons avant tout exposer les possibles traitements ostéopathiques pouvant améliorer la QDV et le ressenti de la douleur. Pour finir, nous devons nous assurer de la bonne compréhension du patient et répondre aux questions.

Dans un 2nd temps, les patients sont amenés à mieux appréhender leur douleur et améliorer leur connaissance d'eux-mêmes. Cela leur permettrait de commencer à modifier, voire supprimer les habitudes accentuant leurs douleurs. Cette phase est souvent difficile, car les patients vont devoir accepter l'arrêt de certaines activités. Ils vont devoir apprendre à comprendre le fonctionnement de leur corps et de leur douleur, ce qui peut susciter des émotions variables.

Ici, les patients risquent de se trouver dans une période de questionnements. Ils viendront nous voir avec des questions portant sur la physio-pathologie, mais également des questions portant sur des activités de leur vie quotidienne qui leur paraîtront compliquées à réaliser. Il est donc important de rester attentif aux attentes des patients. En fonction des difficultés, les ostéopathes pourront être en mesure de proposer des exercices, des adaptations améliorant leur quotidien. Il faudra également faire comprendre aux patients, qu'arrêter une activité aujourd'hui pour son bien-être, n'est souvent que temporaire.

Les patients pourront évoquer des émotions variables, passant par la joie, mais également par des peurs et des découragements. Nous devons, en tant que professionnels de soins, encourager les patients dans leurs réussites, mais surtout rester présents et à l'écoute lors des déceptions. Les échecs sont souvent des étapes inévitables qui amèneront les patients à développer leurs connaissances.

Dans une 3^{ème} étape, les patients identifient des stratégies d'adaptations les plus propices à leurs douleurs permettant ainsi d'aboutir à des comportements sains. Cette étape est très personnelle et nous pouvons retrouver autant d'adaptations que de patients. Les axes principaux qui sont travaillés sont des adaptations professionnelles, personnelles ou thérapeutiques. Les approches pour aborder ces adaptations sont multiples, ce qui complexifie cette phase.

Notre étude a mis en évidence la sensation que les ostéopathes ne poussent pas leurs recherches au-delà de ce que peut leur apporter leur patientèle. Pourtant, si aucune adaptation « classique » ne semble convenir à la demande du patient, il paraît être important de pousser nos propres recherches permettant d'être en mesure de conseiller les adaptations les plus appropriées à la demande du patient. Si aucune solution ostéopathique ni aucun conseil ne convient au patient, il conviendra de rediriger les patients vers les praticiens nous paraissant les plus adaptés.

Au fur et à mesure de ces étapes, l'acceptation commence à se mettre en place. C'est un processus long et fastidieux, non linéaire. Il faut bien comprendre que des retours en arrière sont possibles, passant par des échecs, des crises douloureuses et de la perte de QDV. Ils ont souvent exprimé l'importance de la création d'une alliance thérapeutique. C'est pour cela, que les patients ressentent le besoin d'être réellement accompagnés et compris par leur praticien

En tant que praticiens, nous devons essayer d'accompagner le patient dans ce processus. Mais aucun professionnel de soins ne détient de réponses universelles à ce sujet. Malheureusement, de nombreux patients se retrouvent dans une errance médicale, livrés à eux-mêmes. Certains professionnels ne comprennent pas les enjeux de ce diagnostic et ne parviennent pas toujours à expliquer correctement leurs douleurs ou pathologies laissant le patient dans un flou total. Les patients sont alors souvent contraints de rechercher des réponses via internet ou auprès des associations. Les adaptations sont individuelles, et il revient aux patients d'être actif dans leur PEC et découvrir par eux-mêmes ce qui leur convient le mieux et atteindre la réoccupation de soi ^{12, 18}.

4.2.2 - UNE PLACE POUR L'OSTEOPATHIE DANS LE PARCOURS DE SOIN DES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES

Au vu des résultats rapportés par les patients, il semble non seulement intéressant, mais réellement indispensable d'intégrer notre pratique dans le parcours de soins des patients atteints de DC. Comme présenté dans certaines études, la thérapie alternative n'est malheureusement pas intégrée de manière homogène dans la PEC des DC ^{25,6} (**59% à 90% des cas**). Cela présente bien la problématique de l'intégration de ces thérapies dans la PEC des patients, pourtant en attente de diversité thérapeutique.

Dans un premier temps, il faut bien comprendre que les patients ne viennent pas nous voir pour faire disparaître la pathologie ou la DC. Ils savent généralement que cela est impossible. De ce fait, les patients viennent dans un objectif de soulagement de cette douleur. L'objectif étant de diminuer l'intensité ou la fréquence d'apparition de la douleur conduisant à une amélioration de la QDV et d'apporter un moment de répit dans le quotidien du patient.

De plus, notre travail consiste dans l'accompagnement des patients pour la meilleure adaptation possible de leur corps. Les patients ont exprimé ressentir une véritable efficacité du traitement sur leur bien-être physique par une diminution des tensions musculaires et une diminution des douleurs. L'efficacité des techniques ostéopathiques est développée dans une étude qui évoque les grands nombres de DC sur lesquelles les manipulations et les mobilisations semblent efficaces ²⁶.

Dans un contexte de pluridisciplinarité, il pourra être intéressant d'optimiser la PEC podologique, dentaire, médicale par notre traitement en prenant en compte les adaptations installées par nos confrères.

Certains résultats ont proposé que l'ostéopathie pourrait contribuer à la diminution d'une prise médicamenteuse grâce à une diminution de la douleur, de l'intensité et de sa localisation. L'impact reste néanmoins très souvent temporaire, mais c'est un aspect à ne pas négliger, car les patients restent en attente de solutions alternatives à la médication possédant souvent des effets secondaires néfastes. Par notre pratique holistique, les patients accèdent à une diminution de certains effets médicamenteux et accèdent à un meilleur confort thérapeutique.

En ostéopathie, nous avons un avantage de temps contrairement aux médecins, avec un temps de consultation d'une moyenne de 45 minutes par séance, ce qui permet d'accorder une attention approfondie à chaque patient.

Il est important de tirer pleinement parti de ce temps privilégié, les patients étant en attente de cette PEC holistique en venant nous voir. Ce temps précieux nous permet d'accompagner le patient dans son évolution auprès de sa douleur, de répondre à des questions auxquelles le milieu médical n'a pas répondu, mais également de développer le conseil permettant de prolonger les effets de la séance dans la vie quotidienne du patient.

Face au manque d'empathie et au manque de suivi du milieu médical, l'ostéopathe répond en adoptant une approche pédagogique et en développant une alliance thérapeutique permettant d'impliquer pleinement le patient dans son parcours de soin, avec comme objectif de développer son autonomisation ^{15, 17} .

Il faut prendre en compte que chaque patient et chaque douleur est propre à chacun. La PEC sera donc différente. Il est donc indispensable de créer une alliance thérapeutique et de communiquer au maximum avec nos patients pour personnaliser la PEC et comprendre au mieux les attentes du patient. Il faut savoir analyser ce qui est de notre ressort et apporter les bons conseils qui permettront de potentialiser nos PEC.

Il est souvent exprimé par les patients, une corrélation entre le corps et l'esprit ⁹. Malgré que l'ostéopathie soit une thérapie traitant le corps il est néanmoins important de prendre en compte l'état d'esprit du patient. Le traitement du corps paraît soulager l'esprit du patient par les améliorations de qualité de vie. Les patients expriment que ne prend pas en compte leur état psychologique, aurait un effet nocebo sur l'efficacité du traitement.

4.2.3 - L'IMPORTANCE CRUCIALE DU TOUCHER THERAPEUTIQUE DANS LE SOIN

Pour les patients de notre projet, le toucher de l'ostéopathe ne semble pas différent de celui des autres professions thérapeutiques. En revanche, l'ostéopathe utilise cette capacité de manière spécifique en fonction des besoins du patient. A contrario, les professionnels de santé paraissent négliger l'analyse fonctionnelle, tandis que les kinésithérapeutes se limitent parfois à proposer des exercices sans suivre ni vérifier leur exécution.

On retrouve différents touchers que tout professionnels de soins et de santé utilisent plus ou moins. On retrouve un toucher qui va être punctiforme, appuyé et pointu. Celui-ci, lorsqu'il est exercé sur la zone sensible, paraît, pour les patients, désagréable et semble montrer un désintérêt dans l'efficacité du traitement. De manière plus adaptée, on retrouve un toucher doux, englobant qui semble pour les participants de l'étude et certaines études, être le plus adapté aux DC²⁷. Ce toucher exprime au patient, l'empathie et la compréhension que le praticien peut avoir envers son histoire et sa douleur. Le « bon toucher » exprime également une réelle connaissance anatomique de ce qui se trouve sous les mains.

L'ostéopathe ressent à travers son toucher les différentes couches du corps de son patient. Il complète le vécu et la douleur décrits par le patient par son propre ressenti tactile. L'ostéopathe établit un contact avec la zone en souffrance, mobilise et évalue les muscles et les articulations, les fascias, le système digestif, cherchant les éventuels impacts vasculaires ou nerveux. Aucune structure corporelle n'échappe à son attention, pour aboutir à un schéma complet du patient.

Notre objectif va être, par l'utilisation d'une approche BPS, de reformer le puzzle qu'est le patient en analysant son environnement et son contexte psychologique et anatomique.

De plus, le toucher permet d'établir une relation soignant-soigné et d'instaurer une alliance thérapeutique. Notre toucher possède un rôle de guide pour le patient. Il permet de communiquer au patient des sensibilités ou des émotions²⁷.

Les patients soulignent un point à améliorer : les techniques structurelles ne sont pas toujours bien perçues. Certains estiment que ces pratiques ne devraient être utilisées que dans des cas où les mobilisations douces ne sont pas efficaces.

Les résultats des séances utilisant des approches similaires peuvent varier, ce qui rend difficile de déterminer si l'inefficacité vient des techniques elles-mêmes ou de la complexité des DC. Comme le montrent certaines études portant sur la FM, la pratique ostéopathe n'a pas forcément d'impact direct sur la douleur, mais va provoquer un effet placebo, qui lui, aura un impact sur le patient ²⁸.

Il faut donc, du point de vue des patients de l'étude, privilégier les approches douces permettant de protéger le patient de potentielles douleurs, tout en gardant à l'esprit la possibilité des manipulations structurelles si on garde en mémoire cet aspect de la douleur ²⁷. La douleur qui en résulte semble être acceptée par les patients lorsqu'une explication de la pratique et de son intérêt est réalisée.

Certains praticiens utilisent les manipulations structurelles sans consentement préalable du patient, ce qui engendre parfois de véritables craintes chez certains envers ces pratiques. Il paraît donc indispensable de prendre en compte cet aspect pour ne pas nuire à l'alliance thérapeutique et à l'approche BPS.

Il reste important de comprendre que toutes les techniques ont un intérêt complémentaire et qu'il est parfois indispensable d'utiliser les techniques structurelles comme présentées dans une étude de 2010 qui exprime pour de nombreuses douleurs la pratique la plus adaptée à ce besoin. Il est clairement mis en avant que la manipulation, le massage ou la mobilisation ne fonctionnent pas pour chaque DC ²⁶. Mais on ne peut pas imposer une technique aux patients. Il faudra donc, si on le pense nécessaire, expliquer la technique et sa nécessité, discuter avec le patient et accepter le choix du patient. Savoir expliquer les raisons, toucher de la bonne manière demande une certaine empathie. Il faudra néanmoins garder un certain recul pour se protéger de nos propres expériences personnelles ²⁷.

4.2.4 - LE LIEN FONDAMENTAL ENTRE LE MONDE MEDICAL ET LE MONDE DE SOIN

Bien que l'ostéopathie puisse contribuer à la diminution de la prise médicamenteuse en espaçant les crises ou en diminuant leur intensité, il est indispensable de comprendre qu'elle ne peut remplacer les médicaments ou l'analyse médicale.

Certains patients ont exprimé leur frustration quant au manque de coordination entre les soins prodigués par les professionnels de la santé et ceux dispensés par les professionnels de soins. Et pourtant, il est important que les patients aient accès aux deux types de PEC. De ce fait, une vraie question se pose :

Comment établir ce lien entre ces deux cercles qui semblent souvent évoluer de manière parallèle ?

A cette question, les patients ont proposé une solution, créer le lien par eux-mêmes. Mais cela est une demande d'énergie pour eux, et cela peut entraîner une perte d'informations entre les différents professionnels de santé.

Pourtant, les outils nécessaires existent, notamment avec les plateformes telles que « Mon espace santé » mais cet outil n'est pas accessible à tous.

Malheureusement cet espace paraît encore trop peu utilisé par le monde médical, et de ce fait l'ostéopathie ou les professions de soins dans leur ensemble ne sont pas encore intégrées dans ce processus de données partagées. Les échanges par courriers électroniques ou papiers pourraient permettre de garder l'ensemble des informations données. Mais très peu de professions le font de manière régulière par manque de collaboration interdisciplinaire.

Les patients ont exprimé la présence de la pluridisciplinarité dans les SDC^{3 16}, les CHU ou les centres de la douleur. Cependant, certains patients ont souligné l'absence de professionnels de soins capables de leur procurer des bienfaits physiques ou de la détente. Bien que cette approche pluridisciplinaire prenne en compte les aspects médicaux, psychologiques et sociaux, l'aspect physique est souvent négligé. Par conséquent, l'intégration des professions de soins, tels que l'ostéopathie, semble être indispensable pour garantir une PEC s'inscrivant dans un système BPS complet et holistique.

L'ostéopathe a son rôle à jouer dans la création de pluridisciplinarité autour de sa patientèle. Pour créer le lien, l'ostéopathe doit rencontrer, échanger et dialoguer avec un panel de professionnels qui lui paraît de confiance. Nous pouvons entretenir ce lien, en échangeant sur des questions ouvertes ou en redirigeant de manière adaptée les patients vers ces différents praticiens. Cela va permettre de créer un lien et une confiance avec un cercle de praticiens pluridisciplinaires et par ce biais améliorer l'image de notre profession²⁹.

Exposer notre manière de travailler, et les potentielles raisons d'une réorientation vers un autre praticien permet de montrer la place que l'on occupe et les connaissances que nous avons.

Cette approche doit être pédagogique envers les patients et les praticiens afin de démontrer tout son intérêt dans la PEC des patients.

4.2.5 - UNE VISION APPROFONDIE EN VUE D'AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DE CETTE PATIENTELE EN DEMANDE CONSTANTE

Pour répondre à ces problématiques, les patients ont su exprimer les besoins qui permettraient de développer l'interdisciplinarité et donc la pluridisciplinarité, renforcer l'alliance thérapeutique et perfectionner la pratique de l'ostéopathe. Deux perspectives vont être intéressantes à analyser :

Comment les ostéopathes peuvent-ils développer leur pratique, pour une meilleure PEC des patients douloureux chroniques ? Comment l'ostéopathe, et plus largement le cercle des professionnels de soin, peut-elle s'intégrer et établir des liens au sein du cercle médical ?

Les patients ont souligné le manque de connaissances des professionnels de la santé sur les pathologies (FM, SEP, syringomyélie). Pour y remédier, une formation continue en lien avec les avancées scientifiques est essentielle. Il est impératif que le handicap soit pleinement reconnu par l'état, la sécurité sociale et les professionnels de la santé comme un droit et non comme un caprice de la part des patients. Au-delà des formations, nous pouvons intégrer ces principes en partageant un discours positif sur ces sujets. Nous devons ouvrir à discussion, communiquer les informations intégrées par de nombreux moyens comme les réseaux, les podcasts. Il faut toujours venir à partager les nouvelles connaissances, toujours pousser à comprendre ce que l'on ne comprend pas. La pluridisciplinarité permet de relier toutes les connaissances de chaque profession.

En lien avec les professions de santé, il est nécessaire de promouvoir la pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité. Organiser des moments de discussion entre les différentes thérapies impliquées dans le parcours de soins du patient pourrait être bénéfique pour échanger sur les dossiers.

Concernant les ostéopathes, les patients demandent un suivi plus régulier. Mais cela est compliqué en raison d'une forte demande. Les patients souhaitent des explications sur leur PEC, ainsi qu'une écoute empathique. Il est important de tenir compte de leurs expériences et de leurs craintes concernant certaines approches. L'utilisation de supports didactiques (squelette, schémas ou logiciels) paraît être indispensable d'après les patients pour mieux comprendre ce qui leur arrive. D'un point de vue plus centré sur le vécu du patient, il est intéressant d'utiliser des plannings, notifiant tout ce qui peut reproduire, atténuer, modifier la douleur. Tout cela dans un objectif d'une meilleure compréhension pour le patient de sa douleur et de son évolution. En outre, les ostéopathes possèdent des connaissances diverses qui leur permettent de conseiller les patients, favorisant ainsi leur autonomie dans la gestion de leur douleur.

5 - PERSPECTIVES

Une étude préliminaire plus restreinte aurait pu être intéressante pour établir les fondations et procéder ensuite à l'analyse à plus grande échelle en se basant sur la préanalyse.

Les vastes connaissances apportées pourraient être étudiées d'un point de vue plus poussé en découpant le mémoire en deux projets distincts, l'un portant sur le vécu des patients arrivant en consultations chez un ostéopathe et l'autre portant sur le ressenti des consultations.

Dans l'optique d'une reprise de ce projet, il pourrait être intéressant de collaborer avec des professionnels de la santé et de soins afin de mieux comprendre le manque de pluridisciplinarité et d'interdisciplinarité. L'objectif étant de voir les limites et les avantages de cette communication, ainsi que d'explorer les compromis envisageables pour éviter les retentissements qui touchent actuellement les patients.

6 - CONCLUSION

La littérature met en lumière le parcours souvent difficile des patients souffrants de DC, ainsi que la PEC médicamenteuse et thérapeutiques qui en découlent. Cependant, l'ostéopathie demeure encore largement sous-utilisée dans ce processus de PEC. Pourtant, les entretiens menés confirment que les patients ressentent le besoin d'intégrer l'ostéopathie dans leur parcours de soins, bien que cette pratique soit encore en marge du système médical.

En effet, l'ostéopathie, en plus d'apporter un soulagement physique, contribue également au bien-être mental des patients en répondant à de nombreuses questions, en offrant une sensation de PEC complète et en favorisant un cheminement vers l'auto-gestion de la douleur.

L'intégration de l'ostéopathie dans les centres de la douleur ne semble pas être une priorité actuelle. Cependant les modèles de PEC utilisés dans ces centres soulignent clairement l'importance d'une pluridisciplinarité et de l'intégration d'un schéma BPS.

Par ailleurs, cette étude a permis d'identifier les points forts de l'ostéopathie ainsi que les aspects qui pourraient être améliorés, tant au niveau de la pratique ostéopathique que dans la collaboration avec le monde médical.

« Les participants affirment que l'ostéopathie est un chemin de conscience qui part d'une expérience de douleur, les amène à contacter un ostéopathe et se termine par l'expérience de l'unité du corps, de l'âme et de l'esprit. »¹⁵.

7 - BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Haute Autorité de Santé. Published April 4, 2019. Accessed June 9, 2023. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune
2. Dueñas M, Ojeda B, Salazar A, Mico JA, Failde I. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *J Pain Res.* 2016;9:457-467. doi:10.2147/JPR.S105892
3. la SFETD. 22ème congrès national de la SFETD. Published online November 15, 2022. https://fondation-apicil.org/wp-content/uploads/2023/03/BD_15NOVEMRE2022_DP_CONGRES-SFETD_MAJfinale__V2.pdf
4. Urits I, Schwartz RH, Orhurhu V, et al. A Comprehensive Review of Alternative Therapies for the Management of Chronic Pain Patients: Acupuncture, Tai Chi, Osteopathic Manipulative Medicine, and Chiropractic Care. *Adv Ther.* 2021;38(1):76-89. doi:10.1007/s12325-020-01554-0
5. Phillips CJ. The Cost and Burden of Chronic Pain. *Rev Pain.* 2009;3(1):2-5. doi:10.1177/204946370900300102
6. Douleur chronique - Causes, Symptômes, Traitement, Diagnostic - salutbonjour.ca. Ressources santé. Accessed June 9, 2023. <https://ressourcessante.salutbonjour.ca/condition/getcondition/douleur-chronique>
7. C. Watson J. Douleur chronique - Troubles du cerveau, de la moelle épinière et des nerfs. Manuels MSD pour le grand public. Published June 2023. Accessed June 9, 2023. <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-du-cerveau,-de-la-moelle-%C3%A9pini%C3%A8re-et-des-nerfs/douleur/douleur-chronique>
8. Laurent B. Chronic pain: emotional and cognitive consequences. 2015;199(4-5):543-554.
9. Requier J. Vécu et ressenti des patients douloureux chroniques sur leur symptomatologie et sur leur prise en charge par le généraliste à la ville du Havre. Published online July 13, 2023:64.
10. Dueñas M, Ojeda B, Salazar A, Mico JA, Failde I. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *J Pain Res.* 2016;9:457-467. doi:10.2147/JPR.S105892
11. Breivik H, Eisenberg E, O'Brien T. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BMC Public Health.* 2013;13(1):1229. doi:10.1186/1471-2458-13-1229
12. Keen S, Lomeli-Rodriguez M, Williams AC de C. Exploring how people with chronic pain understand their pain: a qualitative study. *Scand J Pain.* 2021;21(4):743-753. doi:10.1515/sjpain-2021-0060
13. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet.* 2021;397(10289):2082-2097. doi:10.1016/S0140-6736(21)00393-7
14. Urits I, Schwartz RH, Orhurhu V, et al. A Comprehensive Review of Alternative Therapies for the Management of Chronic Pain Patients: Acupuncture, Tai Chi, Osteopathic Manipulative Medicine, and Chiropractic Care. *Adv Ther.* 2020;38(1):76-89. doi:10.1007/s12325-020-01554-0
15. Consorti G, Marchetti A, Grazia De Marinis M. What Makes an Osteopathic Treatment Effective From a Patient's Perspective: A Descriptive Phenomenological Study - Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics. 2020;43(9):882-890. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2020.02.003>
16. Hambraeus J, Hambraeus KS, Sahlen KG. Patient perspectives on interventional pain management: thematic analysis of a qualitative interview study. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):604. doi:10.1186/s12913-020-05452-7

17. Toye F, Belton J, Hannink E, Seers K, Barker K. A Healing Journey with Chronic Pain: A Meta-Ethnography Synthesizing 195 Qualitative Studies. *Pain Med.* 2021;22(6):1333-1344. doi:10.1093/pm/pnaa373
18. Lennox Thompson B, Gage J, Kirk R. Living well with chronic pain: a classical grounded theory. *Disabil Rehabil.* 2020;42(8):1141-1152. doi:10.1080/09638288.2018.1517195
19. O'Sullivan PB, Caneiro JP, O'Keeffe M, et al. Cognitive Functional Therapy: An Integrated Behavioral Approach for the Targeted Management of Disabling Low Back Pain. *Phys Ther.* 2018;98(5):408-423. doi:10.1093/ptj/pzy022
20. Velasco-Furlong L, Gutiérrez-Hermoso L, Mateos-Pintado B, et al. The 4 U's Rule of Fibromyalgia: A Proposed Model for Fatigue in a Sample of Women with Fibromyalgia: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(17):6224. doi:10.3390/ijerph17176224
21. Varinen A, Vuorio T, Kosunen E, Koskela TH. Experiences of patients with fibromyalgia at a Finnish Health Centre: A qualitative study. *Eur J Gen Pract.* 2022;28(1):157-164. doi:10.1080/13814788.2022.2085683
22. Vincent A, Whipple MO, Rhudy LM. Fibromyalgia Flares: A Qualitative Analysis. *Pain Med.* 2016;17(3):463-468. doi:10.1111/pme.12676
23. Queneau P, Serrie A, Trèves R, Bontoux D. Les douleurs chroniques en France Recommandations pour une meilleure prise en charge: Recommandations de l'Académie nationale de médecine. *Douleur Analgésie.* 2019;32(3):147-154. doi:10.3166/dea-2019-0073
24. Phillips CJ. The Cost and Burden of Chronic Pain. *Rev Pain.* 2009;3(1):2-5. doi:10.1177/204946370900300102
25. Leve Vase WMH. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances - The Lancet. *Chronic Pain.* 2021;397(10289):2082-2097.
26. Bronfort G, Haas M, Evans R, Leininger B, Triano J. Effectiveness of manual therapies: the UK evidence report. *Chiropr Osteopat.* 2010;18(1):3. doi:10.1186/1746-1340-18-3
27. Le toucher : une approche relationnelle. www.elsevier.com. Accessed March 12, 2024. <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/le-toucher-une-approche-relationnelle>
28. Laroche F, Coste J, Medkour T, Maigne JY, Perrot S. Évaluer l'efficacité de l'ostéopathie au cours de la fibromyalgie (FM) et les attentes des patients : étude randomisée contrôlée chez 101 patients. *Rev Rhum.* 2020;87:A86. doi:10.1016/j.rhum.2020.10.146
29. parenthese.savoie@gmail.com. Soigner le lien entre professionnels de la santé et du soin. Parenthèse Savoie. Published March 30, 2023. Accessed February 27, 2024. <https://parenthesesavoie.org/soigner-le-lien-entre-professionnels-de-la-sante-et-du-soin/>

8 - ANNEXES

Annexe 1 : Note d'information

Note d'information pour la participation à l'étude
« Prise en charge ostéopathique du patient douloureux chronique »

Titre abrégé : « Ostéopathie et douleur chronique »

Investigateur : Océane GIRET
Superviseur : Clément ORENGO

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	X
1. QUEL EST LE BUT DE CE MÉMOIRE ? QUEL EST SON DÉROULEMENT GÉNÉRAL ?... ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.	
2. QUELS SONT LES RISQUES ? ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.	
3. QUELS SONT LES BÉNÉFICES QUE VOUS POUVEZ ESPÉRER ?..... ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.	
4. QUE SE PASSERA-T-IL A LA FIN DE L'ETUDE, SI L'ETUDE S'ARRETE OU SI VOUS DÉCIDEZ D'INTERROMPRE VOTRE PARTICIPATION ?..... ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.	
5. AUREZ-VOUS DES FRAIS SUPPLÉMENTAIRES ?..... ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.	
6. QUELS SONT VOS DROITS PENDANT L'ETUDE ? ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.	
7. LE CADRE REGLEMENTAIRE ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.	
ANNEXES	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à un mémoire de fin d'étude nommé « Ostéopathie et douleur chronique ». Ce mémoire a pour but de discuter du parcours de soin avec le patient et de discuter de l'intérêt de l'ostéopathie dans cette prise en charge.

M^{lle} Océane GIRET est la responsable de l'étude. Elle le réalise dans le cadre de la validation de son mémoire de fin d'étude à l'Institut des Hautes Études Ostéopathiques de Nantes (IdHEO Nantes). Elle est supervisée par M. Clément ORENGO, ostéopathe diplômé depuis plus de 5 ans.

Important :

- **Ce document intitulé « Note d'information » vous résume l'étude. Nous vous invitons à le lire attentivement avant de vous décider.**
- **Si vous décidez de participer à ce mémoire, nous vous demanderons de signer une attestation de consentement. Cette signature, ainsi que celle de l'étudiant, confirmeront que vous êtes d'accord pour participer à l'étude présentée ci-dessous.**
- **Vous avez ensuite un délai de réflexion de 7 jours avant de vous décider.**
- **Vous garderez ensuite le droit d'interrompre à tout moment votre participation sans avoir à vous justifier**

QUEL EST LE BUT DE CE MÉMOIRE ? QUEL EST SON DÉROULEMENT GÉNÉRAL ?

- Objectif principal du mémoire

Le but de cette étude est de chercher à mieux comprendre comment les patients atteints de douleur chronique vivent leur prise en charge, avec ou sans ostéopathie.

Cette recherche permettra de mettre en avant les axes importants à prendre en compte lors d'une consultation ostéopathique auprès des patients douloureux chroniques.

- Déroulement général

Cette note d'information vous est envoyée pour vous expliquer l'étude en cours. Si vous acceptez d'y participer, un accord quant aux informations récoltées vous sera proposé. Les entretiens pourront se dérouler en présentiel ou en distanciel en fonction des disponibilités communes. Le présentiel sera mis en avant.

Pour participer à cette étude vous devez être majeur, présenter des douleurs persistantes dans le temps et avoir consulté un ostéopathe pour cette douleur. Lors de l'entretien nous aurons l'occasion de discuter de votre pathologie et des différents traitements médicaux, professionnels de soins et du traitement ostéopathique rencontrés potentiellement dans votre parcours de soin.

Suite à l'entretien, il vous sera possible de me recontacter pour toutes questions complémentaires ou pour discuter des résultats.

QUELS SONT LES RISQUES ?

Cette étude ne présente aucun risque pour votre santé.

QUELS SONT LES BÉNÉFICES QUE VOUS POUVEZ ESPÉRER ?

L'étude permettra de mieux comprendre le vécu des patients douloureux chroniques et de mieux les accompagner dans un parcours de soin adapté.

QUE SE PASSERA-T-IL A LA FIN DE L'ETUDE, SI L'ETUDE S'ARRETE OU SI VOUS DÉCIDEZ D'INTERROMPRE VOTRE PARTICIPATION ?

L'étude peut être interrompue à tout moment :

- Par les autorités de santé,
- Du fait d'IdHEO Nantes ou du superviseur de l'étude : si un élément nouveau survient, l'étudiante en sera informée et elle vous transmettra les éléments susceptibles de modifier votre participation,
- Du fait de l'étudiant(e) : elle peut décider à tout moment d'arrêter l'étude et vous en informera,
- Par vous-même : si vous décidez de participer à cette étude, il s'agira d'un acte volontaire. Vous pourrez à tout moment décider d'arrêter votre participation, sans pénalité ni préjudice. Dans ce cas, vous devez informer l'étudiante de votre décision.

AUREZ-VOUS DES FRAIS SUPPLÉMENTAIRES ?

Votre participation à cette étude n'engendrera pour aucun frais de votre part.

QUELS SONT VOS DROITS PENDANT L'ETUDE ?

Secret professionnel

Toutes les personnes impliquées dans l'étude sont soumises au secret professionnel.

Accès aux données vous concernant- Traitement des données

Dans le cadre de ce mémoire, un traitement informatique de vos données personnelles et des interviews va être mis en œuvre : cela permettra d'analyser les résultats de l'étude et de remplir l'objectif du mémoire.

Pour cela, les données vous concernant seront transmises à l'étudiant et à ses superviseurs. Ces données seront anonymisées puis identifiées par un numéro de code qui ne permettra pas de vous reconnaître. Seul l'étudiant et le directeur de mémoire ont accès à la clef d'anonymisation.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi modifiée du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette étude et d'être traitées. Ces droits s'exercent auprès de l'étudiante qui vous suit dans le cadre de l'étude et qui connaît votre identité.

Par ailleurs aucune donnée médicale ou relative à votre santé ne sera récoltée lors de cette étude.

Accès aux résultats globaux de l'étude

A la fin de l'étude, et à votre demande, vous pourrez être informé(e) par l'étudiant(e) des résultats (dès qu'ils seront disponibles).

LE CADRE REGLEMENTAIRE

Cette étude est conforme à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et aux dispositions de l'article 13 du Règlement Général sur la Protection des Données. Votre droit d'accès aux données (article 15 du RGPD) s'exerce à tout moment auprès de l'étudiant qui vous suit dans le cadre de cette étude et qui connaît votre identité. Vous pourrez également exercer votre droit de rectification (article 16) et d'opposition (article 21) de suppression (article 17) et de limitation du traitement des données (article 18) auprès de ce même étudiant qui contactera son directeur de mémoire et le département Formation Mémoire et Recherche d'IdHEO Nantes.

Cette étude a reçu l'avis favorable de Comité Scientifique et Ethique d'IdHEO Nantes le 26/06/2023

EN RESUME

Votre participation à cette étude est libre :

- vous pouvez refuser de participer,
- vous pouvez à tout moment vous retirer de l'étude, sans préjudice.

Si vous décidez de refuser de participer à l'étude ou si vous décidez d'arrêter votre participation pendant l'étude :

- cela n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins qui vous seront donnés au CCO d'IdHEO Nantes si vous côtoyez cette école en tant que patient.
- vous devez simplement en informer l'étudiante.

Lorsque vous aurez lu cette note d'information et obtenu les réponses aux questions que vous vous posez en interrogeant l'étudiante M^{lle} GIRET Océane, nous vous proposerons de signer un formulaire de consentement.

Vous disposez alors d'un délai de réflexion de 1 semaine.

Au cours de ce délai de réflexion, vous pouvez bien entendu continuer par téléphone à poser toutes les questions que vous souhaitez à l'étudiant(e) M^{lle} GIRET Océane.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

M^{lle} GIRET Océane, étudiant investigateur du protocole.

M ORENGO Clément, ostéopathe directeur de mémoire.

Vous devez conserver un exemplaire de ce document.

ANNEXES

ANNEXE 1 : LES CONTACTS IMPORTANTS :

L'étudiant investigateur du protocole:

GIRET Océane

☎ Tel : 06 95 49 64 03

mail : oceane.giret@gmail.com

L'Institut des Hautes Etudes Ostéopathiques :

✉ 15, Boulevard Marcel Paul - Parc de l'Angevinière - Bâtiment F - 44800 SAINT-HERBLAIN

☎ 02 28 07 48 48

☎ 02 28 07 43 45

LRO@idheo.com

Annexe 2 : Attestation de consentement à la participation à un mémoire

Attestation de consentement à la participation à un mémoire

« Prise en charge ostéopathe du patient douloureux chronique »

Investigateur : Océane GIRET

Directeur de Mémoire : Clément ORENGO

Je soussigné(e) M^{lle}. /M^{me}. /M.....né(e) le
..../...../..... **accepte librement et volontairement de participer à l'étude référencée ci-dessus**, coordonnée par M^{lle} Océane GIRET et supervisée par M. Clément ORENGO.

Etant entendu que :

- L'étudiante qui m'a informé(e) et a répondu clairement à toutes mes questions, m'a précisé que ma participation est libre et que je peux me retirer de l'étude à tout moment.
- Il m'a été préalablement remis une note d'information sur cette étude, précisant son but, sa méthodologie, ses bénéfices attendus et ses risques potentiels.
- Je pourrai avoir communication par l'étudiante, au cours ou à l'issue de l'étude, des informations qu'elle a recueillies sur ma personne.
- Je suis parfaitement conscient(e) que je peux retirer à tout moment mon consentement à ma participation à cette étude et cela quelles que soient mes raisons et sans supporter aucune responsabilité. Je m'engage dans ce cas à en informer l'étudiante. Le fait de ne plus participer à cette étude ne portera pas atteinte à mes relations avec l'étudiante, ni à la qualité des soins qui pourront m'être donnés au Centre de Consultations Ostéopathiques d'IdHEO Nantes
- Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires à l'étudiante.
- Si je le souhaite, à son terme, je serai informé(e) par l'étudiante des résultats globaux de cette étude.
- Mon consentement ne décharge en rien l'étudiante et le superviseur de l'ensemble de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par l'étudiante ou pour son compte. J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la CNIL (loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (art. 39)) s'exerce à tout moment auprès de l'étudiante qui me suit dans le cadre du mémoire et qui connaît mon identité. Je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de cette même étudiante.

Date :

Signature du participant :

Signature de l'étudiant, qui atteste avoir pleinement expliqué à la personne signataire le but, les modalités ainsi que les risques potentiels de l'étude.

Date :

Nom et Signature :

Ce document est à réaliser en 2 exemplaires originaux : le premier doit être conservé par l'investigateur et le deuxième est remis à la personne donnant son consentement.

Annexe 3 : guide d'entretien

Guide d'entretien

1/ Pourriez-vous me parler de votre histoire et de votre parcours de soin ? (Thème : Vécu de la pathologie)

- *Comment expliquez-vous votre douleur ?*
- *Quelles sont les conséquences de vos douleurs sur votre vie ?*
- *Comment gérer vous ces douleurs au quotidien ?*

2/ Comment l'ostéopathie est-elle entrée dans ce parcours ? (Thème : l'ostéopathie dans le système de soin)

- *Qu'attendiez-vous de ces consultations ?*
- *Que pensez-vous de l'ostéopathie et comment cette place a évolué ?*
- *Certaines interactions entre l'ostéopathie et d'autres professionnels de santé ont-elles joué un rôle clé dans ce parcours ? Pourquoi ?*
- *Au contraire, existait-il des interactions entre l'ostéopathe et un autre professionnel de santé qui n'étaient pas fructueuses ou ont amené à des résultats néfastes ? Comment expliquez-vous de tels événements ?*
- *Avez-vous un lien particulier avec votre ostéopathe ou changez-vous toujours d'ostéopathe ?*

3/ Pourriez-vous me décrire votre expérience de ces consultations d'ostéopathie ? (Thème : la consultation ostéopathique)

- *Comment vos symptômes ont évolué à la suite des prises en charge ?*
- *Comment votre rapport à votre expérience douloureuse a évolué avec ces prises en charge ?*
- *Pendant et après la consultation, quelles modifications avez-vous remarqué dans la perception de votre corps ?*
- *Votre état émotionnel peut changer après une consultation. Quels changements avez-vous pu remarquer ? Comment cela affecte-t-il votre rapport à votre pathologie ?*
- *Quelle est la place du toucher dans l'évolution de l'expérience de la pathologie ? Quels sont les spécificités du toucher ostéopathique ?*

4/ Quels éléments vous permettent de dire qu'une prise en charge ostéopathique a été efficace ?

- *Quels éléments de la consultation ostéopathique ont une importance toute particulière dans votre prise en charge ? des exemples :*
 - *Écoute active, empathie, réassurance cognitive/affective*

- *Effets contextuels de la consultation (longueur de la consultation, ambiance du cabinet)*
- *Prestance du praticien, voix, ton, apaisement que cela entraîne*
- *Compétence du praticien*
- *Technicité*
- *Quel a été l'apport de l'ostéopathie par rapport aux autres professions ?*
- *Quel qualité manquait-il à l'ostéopathe pour améliorer cette expérience ?*

5/ Les consultations avec l'ostéopathe vous ont-elles permis de développer de nouvelles compétences ?

- *Avez-vous appris des choses sur vous-même ?*
- *Quelles-sont les compétences que vous avez développées ?*

6/ Si aucun ostéopathe n'a joué de rôle dans le parcours du patient et/ou si le patient a arrêté les prises en charge ostéopathiques :

Qu'est-ce qui vous a amené à ne plus consulter d'ostéopathes ?

- *Comment en êtes-vous arrivé à la conclusion que l'ostéopathie n'était pas utile ?*
- *Comment expliquez-vous que certaines personnes trouvent un meilleur équilibre en utilisant l'ostéopathie ?*
- *Avez-vous déjà ressenti des effets indésirables après des consultations d'ostéopathie ?
Pourriez-vous me les décrire ? Comment vous ont-ils affecté ?*

7/ Souhaitez-vous ajouter d'autres éléments ?

9 - ABSTRACTS

TITRE : La place de l'ostéopathie pour les personnes douloureuses chroniques dans un parcours de soin tumultueux : une étude qualitative.

INTRODUCTION : L'objectif de ce projet a été de comprendre le ressenti des patients souffrant de douleurs chroniques sur leur parcours de soin. Le projet a également permis d'identifier les modalités d'intégration des patients mais également les approches des professionnels de santé dans ce parcours de soin.

METHODE : Pour réaliser ce projet, 28 interviews ont été réalisées auprès de patients douloureux chroniques. Les questions ont permis d'évoquer le diagnostic de leur douleur chronique, leur parcours de soin, leur ressenti sur les praticiens et leur manière de prendre en compte le diagnostic et l'apport positif ou négatif des professions paramédicales et de l'ostéopathie.

RESULTATS : Après analyse des 28 interviews, représenté par 24 femmes et 4 hommes, l'étude montre que 50 % des patients ont une image néfaste de la douleur chronique. 50% également, identifient un impact de la douleur sur leur vie quotidienne. Il est mis en évidence un diagnostic médical d'origine psychologique ou lié à des antécédents dans 60% des cas sans réel lien visible. 95 % des patients expriment l'importance des thérapies alternatives dans leur prise en charge. A tout cela, les patients, dans 42 % expriment retrouver une véritable approche pédagogique de la part de leur ostéopathe. Une alliance thérapeutique se forme dans 32 % des cas entre le patient et son ostéopathe. A contrario, 33 % des interviewés ont ressenti une sensation de prise en charge isolé de la part des professionnels de santé.

DISCUSSION : Ces résultats ont mis en évidence un véritable manque dans la prise en charge des patients souffrant d'une douleur chronique : la pluridisciplinarité est indispensable du point de vue du patient et semble pourtant exclue par tous les professionnels de santé ou de soins. De plus, la pratique de l'ostéopathie est mise en avant par les patients qui ressentent de nombreux bénéfices de cette pratique pourtant encore en marge des prises en charge de la douleur chronique.

MOTS CLES : Ostéopathie, fibromyalgie, douleur chronique, pluridisciplinarité, prise en charge

TITRE: The place of osteopathy in a tumultuous care pathway for chronic pain sufferers: qualitative study.

INTRODUCTION: The aim of this project was to understand how patients with chronic pain feel about their care pathway. The project also enabled to identify the methods of integrating patients but also the approaches of health professionals in this care pathway.

METHOD: To carry out this project, 28 interviews were conducted with chronic pain patients. The questions revolved allow us to discuss of their chronic pain, their care pathway, their feelings about the practitioners and their reaction to diagnosis, and the positive or negative contribution of the paramedical professions and osteopathy.

RESULTS: After analysis of the 28 interviews, represented by 24 women and 4 men, the study shows that 50% of patients have a negative image of chronic pain. 50% also feel that pain has an impact on their daily life. In 60% of cases, a medical diagnosis of psychological or antecedent origin was highlighted, with no real visible link. 95% of patients expressed the importance of alternative therapies in their management. In addition to all this, 42% of patients said they found a genuine educational approach from their osteopath. In 32% of cases, a therapeutic alliance is formed between patient and osteopath. Conversely, 33% of those interviewed felt an isolated care on the part of health professionals.

DISCUSSION: These results highlighted a real gap in the management of patients with chronic pain. Multidisciplinary is essential from the patient's point of view, but however it seem excluded by all health and care professionals. What's more, the practice of osteopathy is emphasized by patients, who feel many advantages in this practice, which is still on the bangs of chronic pains treatments.

KEY WORDS: osteopathy, fibromyalgia, chronic pain, multidisciplinary, treatment.