Ostéopathie, rationalité médico-scientifique et pouvoirs publics: administrer les médecines non conventionnelles entre preuves et épreuve (2002-2007).

Georges Dières Monplaisir
Mémoire de Master 2 Santé Population et Politiques Sociales sous la direction de Carine Vassy, Maître de conférences à l'Université Paris-XIII
Rendu le 10/09/2011

Remerciements

Je voudrais remercier tous ceux qui m'ont été d'une aide précieuse durant ce travail. Avant tout Carine Vassy, Maître de conférence à l'université Paris-XIII, membre de l'Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les Enjeux Sociaux (Iris) qui a accepté dès le début de diriger mon travail et dont le soutien et les nombreuses réflexions ont guidé cette recherche.

Je remercie Monsieur Jean-Paul Gaudillière, Directeur d'étude à l'EHESS, Directeur de recherche à l'Inserm, d'avoir bien voulu être le rapporteur de mon mémoire.

Je voudrais ensuite remercier bien sincèrement les professionnels de santé et l'ensemble des personnes qui ont accepté au sein d'un emploi du temps chargé de répondre à mes questions. Sans eux rien n'aurait été possible.

J'ai eu la chance d'avoir à mes côtés ma sœur Marie, qui a lu et commenté de nombreuses versions de ce travail et dont les précieuses pensées sur cette recherche et sur les difficultés de l'écriture m'ont été d'une aide immense dans les moments difficiles comme dans les meilleurs de la rédaction. Ce travail lui doit beaucoup.

Je remercie l'ensemble de mes proches pour leur soutien collectif et contribution.

Table des matières

INTRODUCTION **4**

PREMIERE PARTIE : ORIGINE ET DEVELOPPEMENT DE L'OSTEOPATHIE : UNE PERSPECTIVE SOCIO-HISTORIQUE. **10**

L'OSTEOPATHIE AUX ÉTATS-UNIS : DE L'EMERGENCE DE LA DISCIPLINE A SA PRATIQUE PROFESSIONNELLE. ... 11

Origine de l'ostéopathie dans le contexte américain de la fin du XIXe siècle *11*

La « modernité » thérapeutique, levier de la professionnalisation des ostéopathes aux États-Unis. *15*

LE DEVELOPPEMENT DE L'OSTEOPATHIE EN FRANCE 18

Le contexte de réception de l'ostéopathie en France *18*

Les espaces d'expressions de l'ostéopathie en France dans les années 1930-1950 ..... *21*

L'ostéopathie en France dans la deuxième moitié du XXe Siècle. *22*

DEUXIEME PARTIE : LA DECOUVERTE DE L'OSTEOPATHIE AUTONOME A TRAVERS SES ESPACES DE SAVOIR, L'ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT ET SON CONTEXTE. **28**

LE SAVOIR MEDICAL, SUPPORT DE L'ENSEIGNEMENT. 30

Un savoir accessible sous conditions. *30*

« Lundi magie. » *32*

Un désir de rompre avec la culture médicale. *35*

DEUX FAÇONS DE FAIRE PARLER LA NATURE. 36

L'objectivité en science : les vertus d'un savoir impersonnel. *36*

Savoir et ostéopathie : réhabiliter les sens. *38*

UNE COHABITATION COMPLEXE ENTRE RESSENTI OSTEOPATHIQUE ET CULTURE SCIENTIFIQUE. 41

La figure de l'étudiant comme expression d'un tiraillement entre deux pratiques de la vérité. *41*

L'expérience de la clinique. *44*

Une cohabitation choisie. *46*

TROISIEME PARTIE : DOULEUR ET OSTEOPATHIE **48**

PRATIQUES ET REPRESENTATIONS DE LA DOULEUR EN OSTEOPATHIE. 51

La douleur : délimiter un territoire thérapeutique. *51*

Le traitement de la douleur. *55*

Redéfinir et se réapproprier la douleur: la formule des ostéopathes. *61*

RECONNAITRE L'OSTEOPATHIE : LES MOBILES DES POUVOIRS PUBLICS. 63

La douleur, un enjeu politique. *64*

Légaliser les marges thérapeutiques, une volonté populaire ? *67*

QUAND LA RATIONALITE MEDICO-SCIENTIFIQUE EST CHARGEE D'EVALUER LA PRATIQUE OSTEOPATHIQUE 71

La nécessité de la preuve. *72*

« cela peut s'apparenter à un placebo » *79*

Processus décisionnel et expertise médicale *82*

CONCLUSION **90**

Introduction

À structure d'âge et de sexe comparable, les taux de consommateurs [de l'ostéopathie] les plus élevés s'observent pour les personnes vivant dans des ménages de cadres supérieurs (12 %) ou dont le chef de ménage exerce une profession intermédiaire (11 %), les taux les plus faibles concernent les employés de commerce et les ouvriers (autour de 6 %). Le recours à cette pratique augmente très nettement lorsque le revenu s'élève. Ainsi, le taux de recours des adultes disposant d'un revenu supérieur à 1 300 € par mois et par unité de consommation est pratiquement deux fois plus important que celui relevé chez les personnes dont les revenus sont inférieurs à 690 € par mois[1].

Enquête « Santé, soins et protection sociale en 2002 », CREDES, décembre 2003.

La conclusion de l'étude est sans équivoque: le recours à l'ostéopathe augmente avec le niveau de revenu. L'étude impulsée par la reconnaissance de l'ostéopathie et de la chiropraxie dans la loi de 2002, montre que moins la contrainte financière pèse sur les ménages et plus ils ont recours à ces traitements. Il y apparaît qu'une élite moins regardante à des dépenses de santé complémentaires a pris l'habitude de fréquenter ces espaces coûteux qui restent inabordables pour beaucoup. Suite à la reconnaissance officielle de l'ostéopathie en 2002, l'ensemble des modalités de la mise en application de la loi restait à définir. Les résultats de l'enquête sur le recours à l'ostéopathie, nous conduisent à imaginer toute une population en attente de pouvoir accéder à ce type de soin et de voir s'ouvrir des espaces dont elle se trouvait exclue pour des raisons économiques. Cela nous mène au questionnement politique sur comment intégrer, et quelle place veut-on donner au sein du système de santé à des thérapeutiques jusque-là marginales réservées à une élite ayant le capital culturel et économique pour les explorer et les éprouver ?

La discipline a attiré quelques médecins mais majoritairement elle s'est développée et a été transmise dans l'illégalité en France. Contrainte par aucun cadre réglementaire, l'ostéopathie comme espace de soins s'est adaptée pour vivre aux « zones d'ombres »

[1] L'extrait présenté provient des premières conclusions de l'enquête « Santé, soins et protection sociale en 2002 » réalisée par le Centre de Recherche et d'Étude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) publiée en décembre 2003 dans le Bulletin d'information en économie de la santé, No 78. Suite au vote de la loi de 2002 reconnaissant l'ostéopathie et la chiropraxie, le CREDES a intégré une étude sur le recours à ces disciplines dans l'enquête qu'il mène tous les deux ans auprès de la population générale. Cette enquête a été réalisée auprès de 7300 ménages (20 000 personnes). Rapport téléchargeable sur le site http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Qes2003.html, consulté en août 2011.

(Baszanger, 1995) de la médecine conventionnelle. En mars 2002, par l'article 75 de loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la puissance publique décide de régulariser l'ostéopathie et prévoit une réflexion sur les limites de son champ d'action et de ses compétences . Le dessein était-il de l'étendre à un plus large public ?

Le dispositif légal prévoit que l'ostéopathie, reconnue comme utile dans la loi de 2002, soit soumise à une évaluation par la Haute Autorité de Santé (HAS), également en charge d'évaluer les professions de santé dont les actes sont remboursés. Les compétences techniques et thérapeutiques de l'ostéopathie sont alors évaluées et réglementées par des organismes d'État, mais sans qu'aucune disposition ne soit prise pour rendre plus accessible la discipline. La réflexion sur ce que serait une place adaptée pour l'ostéopathie aboutit en 2007 à créer une catégorie inédite au sein du système de santé français : l'ostéopathie devient légalement un espace de soin mais pas une profession de santé, ce qui aurait automatiquement entraîné des conventions avec l'assurance maladie et une perspective de remboursement des soins. Pourquoi cette discipline devenue légale dans un contexte législatif qui se présente comme un point d'inflexion dans la prise en compte des revendications des malades, et dans lequel « la santé et le bien être individuel constituent le nouveau leitmotiv de l'action publique » (Rechtman, 2004), aucun dispositif n'a été mis en place pour en démocratiser l'accès ?

Face à une volonté politique de limiter son engagement, tout se passe comme si l'État différentiait deux types de soins auxquels il donne inégalement accès. D'un coté il s'engage activement au coté d'une vision objectiviste des soins, déclinables en série, accessibles et fiables, porteurs intrinsèquement de l'idée d'un même traitement pour tous, et donc d'un idéal égalitaire qu'ils semblent satisfaire. Et de l'autre il cherche à ne pas s'engager, du moins financièrement, au coté d'une vision de la santé non plus comme simple absence de maladie, mais proche de la définition qu'en donne l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « état complet de bien-être, physique, psychique et social». Ainsi, ces espaces thérapeutiques qui n'excluent pas la subjectivité du patient et dont les vecteurs de soin employés, moins systématiquement médicamenteux, peuvent rendrent difficilement évaluable les bénéfices apportés aux patients (médecine de la douleur, psychanalyse, ostéopathie, acupuncture, etc.), restent inégalement accessibles. Il ne s'agit pas de dire que tout le panel des soins à la personnes doit être remboursé mais de tenter de comprendre comment l'État arbitre entre ce

qui constitue pour lui un soin dont l'accès doit être massifié et un soin qu'il réglemente et choisit de ne pas prendre en charge malgré une forte demande.

Le récent processus d'intégration de l'ostéopathie suite à la légalisation en 2002, nous donne l'opportunité d'observer les logiques à l'œuvre dans le processus d'élaboration d'une politique de santé chargé de déterminer dans quels espaces l'ostéopathie va pouvoir exister en France. Alors que la loi de 2002 est perçue comme introduisant une révolution dans le domaine du soin et du droit des malades, en 2007 la parution des décrets sur l'ostéopathie surprend par son décalage avec l'esprit initial de la loi de 2002. Entre ces deux moments se jouant explicitement dans la sphère politique, quel circuit emprunte le dossier qui nous éclairerait sur ce repositionnement du politique ? Entre les deux l'ostéopathie a été confiée à l'autorité scientifique pour évaluation, processus durant lequel elle est questionnée par des médecins experts sur la validité de sa rationalité propre. Tout se joue donc dans cet espace officiellement hors champ du politique, lieu de la rencontre entre une autorité scientifique perçue comme impartiale et une discipline nouvelle dont elle doit séparer le « vrai » du « faux » et par là même décider de son existence. On comprend qu'il ne s'agit donc pas de retracer le parcours de ce dossier dans les institutions politiques, mais que c'est au sein de l'argumentaire scientifique déployé dans ce contexte apparemment en dehors du politique qu'il faut aller chercher les réponses à un repositionnement de nature politique sur l'ostéopathie. Ainsi, pour comprendre les enjeux que dissimule l'arbitrage scientifique, il nous faut rentrer concrètement dans les « pratiques et les faires » propres aux disciplines impliquées tout en les considérant comme inséparables des logiques économiques, politiques et sociales dans lesquelles elles s'inscrivent et des acteurs qui les font exister (Pestre, 2006, p.5).

Dans la première partie de ce travail, nous allons tenter d'appréhender la dynamique de développement de l'ostéopathie au cours du XXe siècle, dans une période traversée par d'importantes transformations au sein des techniques et cultures médicales et scientifiques. Dans ce contexte changeant, nous allons tenter de comprendre comment les diverses facettes de cette thérapie ont été exploitées différemment par des acteurs du système de soin et notamment pourquoi l'ostéopathie s'est épanouie en France dans des espaces non-médicaux alors qu'on avait assisté à une médicalisation de la discipline aux États-Unis. Dans une deuxième partie plus ethnographique au sein d'un établissement d'enseignement, on examinera les approches cognitives médico-scientifiques et ostéopathiques en présence, puis

l'on s'attachera à décrire la nature de la cohabitation entre ces deux modèles. Dans la troisième partie, nous examinerons comment l'ostéopathie prend en charge le vécu douloureux des patients et comment ces différences dans les représentations et les pratiques par rapport à la médecine conventionnelle paraissent expliquer un recours croissant des malades à une thérapeutique hors conventions avec l'assurance maladie. Puis nous verrons comment l'ostéopathie acquiert alors un statut légal dans un moment où l'on assiste à une revalorisation politique de la lutte contre la douleur. Enfin nous verrons que c'est lors du processus de rédaction des textes d'application que culture médicale et décision politique se mêlent dans la figure d'une élite médicale habituée à soutenir l'Etat dans ses choix politiques.

Méthodologie de recherche

Cette étude est basée sur deux types de données de terrain : notre expérience en tant qu'élève dans une école d'ostéopathie entre 2002 et 2008 interprétée rétrospectivement, et une enquête de terrain qui a consisté principalement à la réalisation d'entretiens au cours de l'été 2009 auprès d'acteurs clés de l'élaboration des décrets d'application de la loi.

Durant six années nous avons fréquenté un établissement dans lequel l'ostéopathie était enseignée à temps plein. Ouvert aux étudiants titulaires du baccalauréat, cet établissement était représentatif de la volonté, émergeant à la fin des années 1980, d'ostéopathes anciennement kinésithérapeutes de promouvoir une ostéopathie autonome, pouvant être pratiquée par des personnes n'étant pas diplômées de médecine ni d'autres professions paramédicales, comme la kinésithérapie. L'enseignement dispensé, ainsi que l'exercice thérapeutique qui en découlait, était en 2002 non reconnu. C'est notre expérience d'élève au sein d'un établissement représentatif de cette tendance qui nous a convaincu de la pertinence d'interroger les conditions de production du savoir ostéopathique et notamment de son rapport à l'objectivité.

Il ne s'agit pas d'une ethnographie où les données auraient été collectées par l'ethnographe sur le terrain – nous n'étions pas étudiant en sciences sociales et ce que nous observions ne constituait pas alors un sujet de recherche – mais plutôt, selon la typologie d'Emerson et Pollner, une enquête « entièrement basée sur la remémoration d'événements et d'expériences qui ne faisaient pas à l'époque l'objet d'un questionnement de recherche. » (Emerson,2001,p.243, ma traduction). Notre terrain est alors « recomposé rétrospectivement » à partir de souvenirs d'observations, d'ambiances et d'interactions au sein de l'établissement

d'une part et des traces écrites accumulées au fil des enseignements d'autre part et le tout revisité par un regard plus entraîné à l'analyse en sciences sociales (Emerson, 2001).

Dans le cadre de l'enquête de terrain menée en 2009, nous avons préalablement exploré un ensemble de textes et documents administratifs et juridiques au sujet de l'ostéopathie en France (loi, décrets, rapport de mission officielle, rapports et compte rendus de la Haute Autorité de Santé (HAS), minutes parlementaires, lettre de mission du Ministère de la Santé, etc.). Nous avons également étendu cette recherche exploratoire à des documents moins officiels et consultables sur Internet, et cela particulièrement au sein de l'activité syndicale et d'autres organismes représentatifs des ostéopathes[2]. À partir de cette recherche documentaire, nous avons identifié quels avaient été les acteurs principaux de la préparation des textes réglementaires sur l'ostéopathie au cours de la période qui sépare le vote de la loi de 2002 de la parution des textes d'applications en 2007.

Il s'est dégagé de cette recherche un noyau d'interconnaissances (Beaud&Weber, 2003, p.331) composé des acteurs clés de la préparation des décrets d'application de la loi. Au terme de ce processus, l'acteur le plus élevé institutionnellement suggère, par le fait que les participants s'appelaient par leurs prénoms, le maillage serré des relations entre ces acteurs. La majorité des entretiens (cinq sur sept) a été réalisée auprès de ces acteurs clefs de la production des textes d'applications de la loi de 2002 relative à l'ostéopathie. À ce groupe de travail, nous avons ajouté un entretien avec un ostéopathe choisi pour sa connaissance de la discipline et un médecin enseignant dans une école d'ostéopathie. Nous avons réalisé en tout sept entretiens semi directifs au cours de l'été 2009.

Au sein du groupe d'acteurs liés à la préparation des décrets, nous avons interrogé :

- Deux Professeurs de médecine mandatés par l'État pour conduire une mission d'évaluation et préparer la rédaction des textes : le conseiller technique du Ministre de la Santé et le doyen d'université chargé par le même Ministre de diriger un groupe de travail sur l'ostéopathie et la chiropraxie entre 2005 et 2007.
- Trois acteurs « non institutionnels » invités par les deux interviewés précédents à débattre de l'ostéopathie et d'une réglementation pour la discipline. Il s'agit de deux représentants

[2] Ce travail d'exploration des documents existant sur l'ostéopathie a été grandement facilité par le site www.ostéopathie-France.net, au sein duquel sont référencé et classé avec soin un grand nombre de documents très variés provenant de sources officielles ou non, sur la discipline (référence bibliographique sur l'ostéopathie, loi, décrets, analyses historiques etc.).

d'importants syndicats d'ostéopathe et d'un juriste spécialiste des questions juridiques, pénales et fiscales autour des médecines non conventionnelles.

L'ostéopathe interrogé, aujourd'hui à la retraite, a participé à des étapes historiques importantes touchant à la discipline tel que la mise en place des premières écoles et des premiers comités de recherche réunis par la HAS Il a rassemblé et mis en ligne un grand nombre de documents sur l'ostéopathie, ses concepts, son histoire, collectés tout au long de sa carrière. Cet entretien à été davantage conduit comme une recherche historique dont le but était de recueillir une « histoire orale » auprès de l'interrogé (dates, acteurs, événements) (Glesnes, 2006).

Enfin nous avons interrogé un professeur de médecine enseignant les matières médicales dans l'établissement où nous avons suivi une formation initiale en ostéopathie entre 2002 et 2008. À part le cas de ce Professeur qui était aussi notre enseignant, nous avons choisi de ne pas faire mention aux autres interviewés de notre formation initiale d'ostéopathe estimant que cela interfèrerait de manière insurmontable avec notre rôle d'enquêteur. Nous avons voulu durant l'enquête rester cet étranger « curieux » dont parlent Stéphane Beaud et Florence Weber (2003) et ne pas perdre la richesse des efforts d'explicitations qui sont réservés au profane. Même si notre objet est décalé par rapport à l'ostéopathie appréhendée sous l'angle des seules pratiques, nous ne voulions pas que les entretiens soient ponctués de « mais vous connaissez ça aussi bien que moi! » et par l'usage de termes propres au milieu professionnel étudié. Enfin les textes d'application parus en 2007 ont suscité de très vives controverses dans le milieu institutionnel et ostéopathique. Nous ne voulions pas dans ce contexte qu'une formation initiale en ostéopathie, interprétée comme suspecte, empêche d'obtenir le témoignage d'acteurs qui ont pu être personnellement impliqués dans la configuration actuelle résultant de la réglementation sur l'ostéopathie.

Première Partie : origine et développement de l'ostéopathie : une perspective socio-historique.

Parmi l'ensemble des médecines alternatives qui postulaient à une reconnaissance de leur art thérapeutique, l'ostéopathie est, au même titre que la chiropraxie, reconnue officiellement comme discipline de soin en 2002. Dès lors naît une interrogation sur la trajectoire particulière de cette discipline capable d'expliquer la régularisation qui met fin aux séries de procès pour « exercice illégal de la médecine ».

Comme pour une substance candidate à l'appellation de médicament, on pourrait chercher la réponse dans les vertus curatives de cette médecine alternative. Mais la piste de l'efficacité renvoie au débat sur le contenu de l'ostéopathie, contenu qui encore aujourd'hui n'a pas trouvé de validité si l'on adopte les canons proposés par la science et la médecine. Faisant face au même débat « insoluble » et « interminable » sur la validité scientifique dans son travail sur l'homéopathie, Olivier Faure propose d'opérer un glissement du regard du contenu vers le contexte ayant favorisé le maintien et le succès de l'homéopathie (2002). Pour l'auteur, la permanence de l'homéopathie s'explique par sa capacité à avoir su s'adapter aux transformations socio-économiques des deux derniers siècles. L'avantage de ce modèle d'analyse est qu'il permet de souligner le contexte dans lequel émergent puis s'adaptent les savoirs théoriques et pratiques. Également utile, la perspective d'analyse développée par P. Pinell pour traiter la question du processus de spécialisation dans le champ médical. Elle met en lien la complexité du jeu social avec la dynamique des sciences et des techniques et montre comment elles sont susceptibles de s'infléchir mutuellement sans qu'aucune n'apparaisse déterminante (2005).

Nous souhaitons nous inscrire dans une démarche similaire pour tenter de rendre compte des enjeux sociaux, politiques et intellectuels à même d'expliquer le développement de l'ostéopathie. Dans un premier temps on analysera le développement et la professionnalisation de la discipline aux États-Unis depuis sa genèse à la fin du XIXe siècle. Puis on observera comment l'ostéopathie a pu se développer en France et s'épanouir dans des espaces non-médicaux et en marge du système de soin conventionnel, alors qu'on avait assisté à une médicalisation de la discipline aux États-Unis.

L'ostéopathie aux États-Unis : de l'émergence de la discipline à sa pratique professionnelle.

Origine de l'ostéopathie dans le contexte américain de la fin du XIXe siècle

L'ostéopathie est née aux États-Unis à la fin du XIXe siècle. Son fondateur Andrew Taylor Still, médecin de formation, annonce à cette période la découverte d'un nouveau modèle de raisonnement sur la maladie et ses causes. Ce système combine une connaissance approfondie de l'anatomie humaine et la conviction que la santé est le reflet d'une harmonie naturelle inscrite dans la structure de l'homme lors de sa création[3] (Still, 1897). La formulation de tels principes n'est pas excentrique au cours d'une période où les réponses qu'apportent la médecine sont peu satisfaisantes. Les révélations sur l'inefficacité et la dangerosité des traitements alors disponibles renforcent le désir de repenser les moyens thérapeutiques du système médical (Marks, 1999, p.42). En faisant la promotion d'un modèle qui décrit l'homme comme une unité et dont le vecteur thérapeutique repose sur la connaissance de l'anatomie, ce médecin libéral du Kansas[4] s'inscrit dans une mouvance globale de la médecine de l'époque. Ce mouvement apparaît en réaction au rapprochement, au cours des deux premiers tiers du XIXe siècle, des sciences, telle la physique médicale, les sciences naturelles et la chimie, avec la médecine clinique. L'étude des sciences devient rapidement un critère d'appartenance à une forme d'élite médicale au détriment d'anciens concepts basés sur l'observation du malade[5]. Cependant les hauts responsables de la profession médicale ne sont pas favorables à ce rapprochement (Marks, 1999). P.Pinell montre qu'en France également, au sommet de la hiérarchie médicale de cette époque, on défend une médecine totale, une globalité conceptuelle, indivisible et à préserver (2005). La volonté des médecins américains souhaitant conserver cet ancien modèle, leur vaudra d'être qualifiés de « nihilistes thérapeutiques» par ceux voyant dans la combinaison science et

[3] A.T. Still History of the discovery and development of the science of osteopathy Autobiography of Andrew Taylor Still, Andrew Taylor Still publisher, Kirksville 1897

[4] F. Le Corre et S. Toffaloni présentent A.T. Still comme un médecin ayant été formé à la médecine avec son père, dans le cadre de l'armée puis à l'Ecole des praticiens et chirurgiens de Kansas City. F. Le Corre, S. Toffaloni, *L'ostéopathie*, PUF, Paris, 2007. Cependant la formation médicale du Dr Still est contestée, d'autres écrits déclarent que celui-ci aurait abandonné sa formation médicale avant l'obtention du diplôme. CL. Hamonet, « Andrew Taylor Still et la fondation de l'ostéopathie », Revue de Médecine Manuelle Ostéopathie, n° 29, 2009.

[5] H.Marks montre comment les médecins réformateurs, initiés à la culture de la recherche scientifique, sont rapidement considérés comme appartenant à l'élite médicale urbaine (Marks, 1999, p19).

médecine le terrain de l'innovation médicale (Marks, 1999). Pour eux, protéger le savoir faire clinique apparaît comme un moyen de défendre l'autonomie de la profession médicale et son savoir expert (Porter, 1995, p202). Faire la promotion d'un système expliquant la maladie en prenant l'homme dans sa globalité n'est donc, pour Still, pas du tout en contradiction avec les idées soutenues par le corps médical à cette période.

Les principes que développe Still dans ce qu'il nommera « Ostéopathie »[6] apparaissent comme une traduction au niveau local des interrogations et bouleversements que rencontre la profession médicale de cette époque. Marks met en évidence le manque d'efficacité et de fiabilité des traitements disponibles pour les médecins contemporains de Still qui ne pouvaient apporter des réponses concrètes à la majorité des demandes formulées par les patients (2000). Un regard rétrospectif nous conduit à juger la médecine de cette époque comme désarmée devant la maladie et agissant davantage sur les implications sociales de celle-ci. Still semble avoir construit son modèle thérapeutique face à cette impuissance et avec une motivation renforcée par le décès de ses trois enfants des suites de méningites (Corre & Toffaloni, 2007).

Une médecine manuelle diagnostique et thérapeutique

À cette époque la médecine est essentiellement clinique et se base sur l'observation et la description de la maladie et de ses manifestations externes (Adam & Herzlich, 2004, p.29). Les auteurs, Rhodes L., McPhillips-Tangum C.A., Markham C., Klenk R, s'appuient sur les travaux historiques de B. Duden pour montrer que pour les médecins de cette période, le corps est représenté comme une structure opaque qui dissimule la complexité mécanique du vivant (1999). M. Foucault, à propos de la façon dont était perçu le corps au début du XIXe siècle, parlera du caractère insondable de « l'espace profond » du corps humain (M. Foucault, 1963, p 200). Michel Foucault, montre que dans le paradigme médical qui fait suite à la théorie hippocratique des humeurs, l'importance du regard est souveraine : « Œil qui sait et qui décide, œil qui régit » (1963, p88). Le médecin ne pouvait se concentrer que sur les signes

[6] Still dit avoir vu dans l'os le « point de départ des conditions menant à la pathologie». Il combine alors deux racines grecques : *ostéon* qui signifie « os » et *pathos* qui désigne la souffrance pour nommer la discipline (Corre & Toffaloni, 2007, p.14).

externes et visibles de la maladie, sans pouvoir, avant le décès du malade, observer les lésions qu'elle provoque à l'intérieur du corps. La connaissance de l'espace interne du corps progresse à partir des dissections de cadavres et de l'observation de cet intérieur qui se fait méthodique de sorte que « Ce qui était fondamentalement invisible, dit Foucault, s'offre enfin à la clarté du regard». (1963 p199). Cependant la maladie et les lésions qu'elle provoque à l'intérieur du cops, n'était observable qu'une fois le patient mort. Still montre, tout comme ses contemporains, un immense intérêt pour l'anatomie qui lui apparaît comme la seule base objective sur laquelle il puisse travailler[7]. Still dira: « the first lesson for osteopath is Anatomy », « the second lesson is Anatomy », " the last lesson is Anatomy ! »[8]. Il multiplie les dissections et concentre toute son attention sur la structure du corps humain. Mais le grand renversement introduit par le modèle de Still semble être l'effacement de la barrière qui existe à l'époque entre visible et invisible, entre l'intérieur et l'extérieur du corps. Pour ce médecin il suffisait de transposer la connaissance de l'anatomie sur le corps vivant pour y voir comme en transparence. Seulement si l'œil permet de cartographier un corps disséqué, pour l'ostéopathe, c'est la main qui devient l'instrument sensoriel capable d'accéder aux structures dissimulées sous la surface de la peau et de diagnostiquer si elles sont, ou non, en harmonie avec leur environnement. Corre & Toffaloni écrivent à propos de l'usage du toucher comme instrument de connaissance du corps: « […] la capacité de sentir au bout des doigts la manière dont les tissus mous ou les articulations réagissent, constitue un avantage quasi irremplaçable par rapport à celui qui n'a jamais eu la possibilité de s'entraîner à développer et affiner ce sens tactile » (2007, p.33).

Cette notion de « visualisation par le toucher » constitue aujourd'hui un véritable entraînement dans le cursus des étudiants en ostéopathie avec des intitulés de cours tel que *anatomie palpatoire* où il s'agissait de « voir » le corps humain à travers les sensations provenant du toucher (cours d'ostéopathie, ISO, Aix-en-Provence, 2003). Ainsi la main doit apprendre à devenir l'outil permettant de dépasser la barrière du visible et traduire en image des sensations d'ordre sensible de ce qui se trouve caché sous la peau. Aujourd'hui les progrès de la médecine moderne et notamment de l'imagerie médicale ont permis d'abolir la barrière qui existait à l'époque entre intérieur et extérieur (Rhodes & al, 1999). Il est aujourd'hui possible d'observer sur un écran battre un cœur ou bien de repérer la zone

[7] Still semble profiter de la proximité entre son village et une réserve d'Indiens pour effectuer des dissections sur les corps et renforcer sa connaissance en anatomie. Il s'intéressera en particulier à l'étude des squelettes. F. Le Corre & Toffaloni, 2007, op.cit. p 15

[8] CL. Hamonet, « Andrew Taylor Still et la fondation de l'ostéopathie », *Revue de Médecine Manuelle Ostéopathie*, n° 29, 2009. Consultable sur le site : http://www.osteopathie-france.net consulté en novembre 2010.

cérébrale qui s'active lors de différents stimuli. Le changement opéré par Still a été d'élaborer une théorie intellectuelle basée sur des savoirs existants qui revendiquent ce pouvoir de diagnostic et d'action sur l'espace interne du corps.

L'analyse des écrits du fondateur de l'ostéopathie montre qu'il adopte une approche mécanique qui s'applique uniquement sur la matière et non sur la « métaphysique du mal » associée à la pratique médicale jusqu'à la fin du XIXe (Foucault, 1963, p.200). En effet le corps humain apparaissait à Still comme une succession d'engrenages qu'il comparait à la plus complexe machine de l'époque : la locomotive (1897, p.374). La volonté de créer un savoir qui brisait l'opacité mentionnée plus haut et de rétablir le pouvoir du médecin sur le corps et la maladie. La plainte du patient ainsi traduite en termes mécaniques, comme un rouage déplacé, permet de lier un symptôme à un phénomène intérieur et d'agir sur lui par des techniques manuelles.

En introduction de son ouvrage, B. Duden montre comment l'arrivée de l'explication mécanique de l'accouchement a permis de transformer le sens social et spirituel attaché à cet événement « semi-public » (1991, p.17) en un processus biologique situé dans le corps et désormais « confiné à la sphère privée ». Elle décrit comme un « passage » ce glissement qui transforme un phénomène social en un acte physiologique. De la même façon, en faisant de l'intérieur du corps humain un espace organisé dont il décrivait le fonctionnement et sur lequel il pouvait agir, l'ambition d'A.T.Still était de rompre avec le caractère insondable et mystérieux des profondeurs du corps.

Le corps, siège d'un ordre divin

Au centre de la réflexion de Still, dépassant le seul aspect mécanique, se trouve l'idée que le corps dispose en lui des ressources nécessaires lui permettant de retrouver la santé. Still voit dans l'homme l'expression réduite d'un ordre universel qu'il observe dans l'harmonie de la nature (1897). Ce qu'il décrit comme une capacité de l'homme à s'auto-guérir apparaît cependant comme dépendant d'un équilibre interne du corps. Cet état d'équilibre, Still l'associe à un équilibre naturel auquel il donne en plus une dimension spirituelle, comme lorsqu'il s'émerveille de la relation entre le système musculo-squelettique et le système nerveux : "*the most supreme example of the perfection of the work of the divine architect*"[9] (Hamonet, 2009, p25).

[9] CL. Hamonet, « Andrew Taylor Still et la fondation de l'ostéopathie », *Revue de Médecine Manuelle Ostéopathie*, n° 29, 2009. Consultable sur le site : http://www.osteopathie-france.net consulté en novembre 2010.

En ayant recours à la dimension spirituelle ou magique, Marc Augé note qu'une thérapeutique élargissait considérablement le champ d'action de son modèle, tout comme le progrès scientifique a permis par la suite d'élargir le « contexte causal » de la maladie (1986, p.83). L'utilisation stratégique du sacré permet à Still d'introduire une dimension spirituelle à son modèle explicatif global de la maladie. Cette dimension spirituelle aura sa traduction matérielle dans les troubles psychologiques et émotionnels témoignant d'une rupture de l'harmonie au niveau des mécanismes de l'esprit.

Ainsi Still ne décrit pas son action comme un acte qui guérit la maladie, mais comme un geste expert capable de révéler un potentiel de guérison déjà présent dans le corps malade. Dans ce modèle, si la santé apparaît être le reflet d'un ordre divin inscrit dans le corps humain, la maladie n'est pas le fruit d'une intervention extérieure ou surnaturelle qui voudrait reprendre ce qui avait été donné. En revanche, Still introduit l'idée que le corps malade est le siège d'une coupure mécanique avec l'équilibre voulu par Dieu qui préexistait à la maladie. À cette période le recours à des explications d'ordre surnaturel est fréquent dans l'élaboration de nouveaux modèles thérapeutiques (Faure, 1993, p.27-41). Il semble que dans le développement de l'ostéopathie la référence au sacré ait permis de légitimer le principe d'auto-guérison sur lequel se fonde la doctrine de Still. Ce principe, Still l'utilise alors pour justifier de l'inutilité d'ingérer en premier lieu des substances médicamenteuses qu'il considère à la fin du XIXe Siècle comme des poisons.

La « modernité » thérapeutique, levier de la professionnalisation des ostéopathes aux États-Unis.

Still fonde la première école d'ostéopathie en 1892 à Kirksville dans l'État du Missouri. La diffusion de son modèle se fait rapidement par la création de nouvelles structures par ses premiers étudiants et plus de vingt écoles proposant un enseignement en ostéopathie sont répertoriées dès le début du XXe siècle (Le Corre & Toffaloni, 2007, p.18). Rapidement, ces établissements se regroupent et en 1901 cette association prendra le nom d'AOA[10] (American Osteopathic Association). L'ostéopathie ainsi regroupée derrière l'AOA n'adoptera pas par la suite aux États-Unis le profil d'une thérapeutique qui ignore les

[10] L'abréviation AOA, remplace alors celle de quatre lettres AAAO crée en 1897. Cette nouvelle dénomination rappelle l'AMA, American Medical Association, choisit par les responsables de la profession médicale en 1847.

importantes avancées que va connaître la médecine au début du XXe siècle. Très tôt, les autorités du monde de l'ostéopathie ont conscience d'une nécessité de négocier avec les pouvoirs publics et militent pour l'existence d'une profession indépendante et autonome suivant le processus décrit par Freidson[11]. Tout comme la profession médicale à cette époque, l'AOA décide, sous la pression des pouvoirs publics américains dénonçant des formations trop disparates, d'homogénéiser cette formation et de mettre en place dès 1903 une charte éthique et déontologique (Le Corre &Toffaloni, 2007, p.19). Les ostéopathes assistent ainsi organisés à l'arrivée de la révolution thérapeutique post-pasteurienne du XXe siècle et de ses premiers miracles comme le vaccin antidiphtérique. Face à ces bouleversements et à la présence sur le marché de traitements de plus en plus efficaces et contrôlés[12] qui nécessitent un apprentissage important pour chaque médecin individuel, la tendance, y compris au sein des formations d'ostéopathie, sera, à l'acquisition de connaissances biochimiques et pharmacologiques. Les écoles d'ostéopathie réfractaires à enseigner ces nouvelles matières à l'orientation plus scientifique, telle la pharmacologie, se verront dès 1907 refuser le label « ostéopathie » délivré par l'AOA (Le Corre & Toffaloni, 2007, p.18).

Nous avons montré que l'ostéopathie s'est construite en réaction à l'impuissance de la médecine du XIXe siècle aux États-Unis. Ainsi l'efficacité des innovations thérapeutiques du XXe siècle n'apparaît pas aux hauts responsables de l'ostéopathie comme un développement à combattre, mais au contraire, comme le décrit E.Friedson, comme des ressources devant être mises au service de la professionnalisation du groupe (1984). Cependant cet aspect ne doit pas masquer les protestations que le rapprochement avec les théories de la bioscience soulèvent chez les praticiens ostéopathes. En effet une frange d'ostéopathes s'oppose à ce rapprochement avec la culture scientifique et les nouvelles thérapies médicamenteuses, et dénoncent les contradictions entre ce modèle et les principes hérités de Still (Le Corre &Toffaloni, 2007, p19) .

L'ostéopathie va profiter du démarrage controversé de la médecine de laboratoire puis de l'arrivée des statistiques témoignant de la dangerosité de certains traitements pour imposer sa présence comme thérapeutique non-médicamenteuse (Marks, 1999, p 42-43). Au début du

[11] E.Friedson montre que l'enjeu a toujours résidé dans l'acquisition et la défense d'un statut de professionnel. Dans ce modèle, les négociations impliquant l'État convergent vers l'obtention du droit à l'autoévaluation, caractéristique essentielle du statut de profession, E. Freidson, *la profession médicale*, Paris, Payot, 1984..

[12]Marks montre que les dangers sont moins liés à la dangerosité des médicaments qu'au manque de compétences et de formation des médecins entre 1910 et 1930 et cela malgré la création d'un *Council on Pharmacy and Chemistry* au sein de L'AMA en 1905, H.Marks, op.cit.,p 50-51.

XXe siècle, le courant hygiéniste est toujours très présent et influent aux États-Unis chez les intellectuels et auprès des pouvoirs publics (Marks, 1999, p42). Étudiant l'influence de nombreux facteurs sociaux sur la maladie, les recommandations hygiénistes consistaient souvent à prescrire au malade isolement, repos, alimentation spécifique et ensoleillement plutôt qu'un recours systématique aux médicaments (Adam & herzlich, 2004). Les concepts de l'ostéopathie, proches de cet aspect du mouvement hygiéniste, vont lui permettre d'apparaître comme une thérapie non médicamenteuse crédible et efficace. Durant l'épidémie de grippe espagnole de 1920, les traitements ostéopathiques préconisaient repos, isolement et manipulations (Le Corre &Toffaloni, 2007, p21). Les statistiques montrent alors que les patients malades traités selon ces principes présentaient de plus importantes chances de survie que ceux ayant suivi un traitement médicamenteux (Le Corre &Toffaloni, 2007, p21). Cela démontre comment les responsables de l'ostéopathie ont su, à l'aube de la révolution thérapeutique post-pasteurienne et d'un contrôle plus rigoureux du marché du médicament, jouer entre modernité et prudence face au progrès de la science et confirmer sa prétention au titre de profession de santé.

On comprend ainsi que les principes de l'ostéopathie n'ont pas été élaborés en réaction à la culture scientifique et médicale que nous connaissons. L'ostéopathie émerge plutôt en réponse aux difficultés de la médecine libérale et aux incertitudes sur les causes des maladies, comme le traduisent bien les tâtonnements des hygiénistes. Nous avons mentionné que les importantes avancées que va connaître la médecine au cours du XXe siècle, vont être intégrées au cursus de formation des ostéopathes aux États-Unis. En Californie, un mouvement visant à assimiler les ostéopathes alors encore DO (Doctor in Osteopathy) aux médecins MD (Medical Doctor) viendra finaliser en 1961 dans cet État un processus de rapprochement entre ces deux disciplines de soins (Le Corre &Toffaloni, 2007, p22). À la suite de cet accord signé dans cet État entre les organisations représentatives des deux disciplines, les ostéopathes s'étaient vus remettre un diplôme de médecin mais ne pouvaient jouir de leur nouveau titre qu'à la condition d'abandonner leurs anciennes dénominations et pratiques, ce qu'ils feront en majorité (Le Corre &Toffaloni, 2007, p22). Ce processus d'assimilation sous condition, visant à conforter le monopole de la profession médicale, ne se généralise cependant pas à tous les États-Unis. Sur le plan national, la décision des autorités états-uniennes sera d'instaurer dès 1963 l'équivalence des diplômes délivrés par les écoles de médecine (MD) et d'ostéopathie (DO) (Le Corre &Toffaloni, 2007, p22). Dès 1966, les ostéopathes diplômés DO, avait par exemple la possibilité de faire carrière comme médecin

militaire, le droit de prescription ainsi que l'accès aux hôpitaux et aux programmes médicaux de recherches (Le Corre &Toffaloni, 2007, p24).

L'équivalence introduite entre les diplômes a renforcé l'orientation scientifique déjà prise par la discipline en vue de sa reconnaissance. Le modèle conceptuel d'auto-guérison sous-tendu par une conception holiste du corps formulée au début du siècle, a ainsi été progressivement abandonné pour êtres compatible avec l'alignement souhaité sur la culture médicale et scientifique. Pour l'ostéopathe DO ayant suivi un parcours pédagogique similaire à celui d'un médecin classique, l'acte thérapeutique manuel devient rapidement une pratique marginale, un outil thérapeutique dissocié de sa base théorique ostéopathique que l'ostéopathe utilise exceptionnellement en parallèle des prescriptions médicamenteuses (Le Corre &Toffaloni, 2007, p.39).

Cependant, un courant de résistance formé d'ostéopathes opposés à l'abandon de la tradition manuelle et des concepts holistiques résiste au positionnement résolument scientifique et médicamenteux des nouveaux cursus de formation et des pratiques. Ce mouvement marginal qui désire rester fidèle à la vision initiale de Still, fait la promotion d'une ostéopathie strictement manuelle, qui diverge dans sa conception du malade et de la maladie de ce que propose l'ostéopathie officielle qui a choisi de son coté de se médicaliser (Le Corre &Toffaloni, 2007, p. 25). C'est ce savoir-faire manuel, associé à son modèle conceptuel hérité de Still, qui, bien que rapidement minoritaire aux États-Unis, s'épanouira en Europe dès la deuxième moitié du XXe siècle où il se crée des espaces d'expression importants.

Le développement de l'ostéopathie en France

Le contexte de réception de l'ostéopathie en France

En France, la première référence à l'ostéopathie apparaît dans un ouvrage de 1913 écrit par deux médecins intitulé « Manuel d'ostéopathie pratique » (Moutin & Mann, 1913). Il s'agissait à cette époque pour un médecin, le Dr. Moutin, d'introduire dans le paysage thérapeutique français ce qu'il appelle une « révolution dans l'histoire de la médecine » (1913, p 8). À l'inverse de Still, son ambition n'était pas de construire un enseignement de l'ostéopathie qui se ferait en marge de la profession médicale, mais d'utiliser le contenu de la

discipline ostéopathique comme un nouveau savoir susceptible d'infléchir le cours de l'évolution de la pensée médicale.

Même si Moutin n'envisage pas l'ostéopathie comme un courant thérapeutique indépendant, les principes de Still y sont fidèlement retranscrits. La conception mécanique de l'homme, si présente dans la formulation initiale du médecin américain, trouve sa traduction française dans le terme de « machine humaine » (1913, p 8). Tout comme Still, Moutin confère à l'ostéopathie un domaine de diagnostic et de traitement extrêmement vaste qui s'étend de l'esprit aux mécanismes intimes du corps (1913, p 8). Cependant Moutin ajoute aux concepts de Still les importantes avancées que la médecine a connues au cours des quatre décennies qui les séparent. Georges Canguilhem montre comment à cette époque les progrès au sein de la médecine de la physiologie humaine en ont fait la « science de l'homme normal » (1966, p.75-76). Une normalité que Moutin présente, tout comme ses homologues médecins, comme le reflet de la santé. La notion d'ordre harmonieux comme objet divin au XIXe siècle disparaît, remplacé par une harmonie fonctionnelle mécanique synonyme de l'intégrité du processus de défense naturelle. Le principe d'auto-guérison est toujours très présent et Moutin insiste sur le fait qu'un corps équilibré empêche l'installation de la maladie. Le médecin parle de « tonifier l'état général » (1913, p 118) et décrit une médecine dont l'avenir est d'être préventive en intervenant par des techniques manuelles et d'hygiène alimentaire en amont de la prescription médicamenteuse[13].

Cette transformation que l'auteur propose des concepts de Still apparaît comme une tentative de les faire fusionner avec la culture médicale existante pour tenter de peser sur la médecine. Cette action doit être mise en relation avec l'intérêt de Moutin pour la défense d'un modèle explicatif global qu'il voit menacé par l'orientation prise par une frange de la médecine pour une connaissance séquencée et spécialisée du corps humain (Pinell, 2006, p 8). En effet, pour ce médecin également hypno-thérapeute, l'identité hybride de l'ostéopathie qui unit concepts médicaux à une approche non-médicamenteuse, donne l'opportunité d'associer les avancées théoriques de la médecine à un savoir faire avant tout manuel.

La traduction que propose Moutin de l'ostéopathie est à rattacher au mouvement, dans la profession médicale, pour la conservation d'un savoir faire spécifique dans l'approche du diagnostic et du traitement de la maladie. En effet, la notion d'objectivité, bien qu'aujourd'hui centrale dans la culture médicale, était perçue par la profession médicale comme menaçant le

[13] Des informations précieuse sur la pratique du Dr Moutin ont été trouvées sur le site de l'ostéopathie de monsieur Jean Louis Boutin, http://www.osteopathie-france.net/essai/biblio/moutin/1063-moutin, consulté en novembre 2010.

jugement qualitatif et subjectif du médecin, jugement qui prévalait durant la période préindustrielle comme le montre Théodore M. Porter[14]. Une part importante de la profession pense alors que le médecin détient un savoir faire qui n'est pas seulement théorique, mais le fruit d'une expérience du terrain qui forge l'excellence du jugement médical (Porter, 1995, 202). À la fin du XIXe siècle, suite à l'efficacité des réponses apportées par la science et Pasteur, les pouvoirs publics français voient le médecin libéral comme la personne de terrain qui va permettre d'acheminer ces nouveaux savoirs et traitements jusqu'à la population (Latour, 2001, p.186-201).

Mais les médecins ne peuvent devenir ces émissaires techniques locaux qu'au prix d'importantes restructurations et objectivations de leurs pratiques auxquelles ils consentiront en échange de l'engagement des pouvoirs publics, dans la loi de 1892, à leur garantir le respect de leur monopole des soins médicaux[15]. Ce sont les négociations garantissant leurs intérêts comme groupe professionnel qui ont poussé la « médecine de terrain », d'abord méfiante devant les innovations, à accepter le contrat l'unissant à la science et aux pouvoirs publics (Herzlich, 1982, cité par Latour, 2001, p.201). À ce sujet, Bruno Latour montre que la médecine libérale n'accepte « d'admirer la science » que pour éradiquer les charlatans (Latour, 2001, p.201). Lorsque les avancées scientifiques et techniques vont arriver jusque dans le cabinet du médecin, le diagnostic des cliniciens va devenir une succession de prélèvements et de prescriptions. Cette approche scientifique de la pratique médicale favorise l'entrée de nouveaux acteurs, statisticiens, biochimistes, médecins spécialistes, chercheurs etc. , qui tentent de contrôler et systématiser les usages et pratiques de la médecine de terrain. Certains médecins nostalgiques d'une pratique indépendante de ces nouveaux acteurs, vont se tourner vers des savoirs thérapeutiques moins techniques. Ainsi Moutin, en introduisant l'ostéopathie, envisage non pas de casser le monopole de l'exercice des soins obtenu en 1892 par la médecine, mais de se servir de ce nouveau savoir-faire ayant une légitimité outre-Atlantique pour tenter de réorienter la profession médicale dans le sens qu'il souhaite et défend.

L'ambition de Still au milieu du XIXe siècle était de rendre plus rationnelle sa pratique de la médecine en s'appuyant sur des connaissances anatomiques pour agir moins sur la dimension sociale de la maladie que sur les origines de celle-ci, qu'il disait percevoir dans

[14] Porter présente la mise en place avec l'industrialisation d'une culture administrative, politique et sociale qui voit dans la science et la technique un moyen de standardiser les savoirs et le support des valeurs de justice et d'impartialité. (T.M.Porter, 1995, p.8-25)

[15] C. Herzlich, « *The evolution of relations between French Physicians and the State from 1880 to 1980* », Sociology of health and illness, vol 4, 1982, p241-253. Cité dans B. Latour, *op.cit.* p 201.

la structure du corps. Un demi-siècle plus tard, on constate que c'est la part de subjectivité et le rôle central du savoir-faire individuel de l'ostéopathe qui attire dans ce modèle.

Les espaces d'expressions de l'ostéopathie en France dans les années 1930-1950

Nous venons de voir que c'est bien au sein d'une certaine frange de la profession médicale que l'on peut qualifier de résistante qu'apparaissent les premières références à l'ostéopathie en France au début du XXe siècle. Cette tendance se prolonge lorsqu'en 1932 les concepts du Docteur Lavezzari, initié à la pratique de l'ostéopathie par une ancienne élève de Still, retiennent l'attention du Docteur Léon Vannier, médecin et homéopathe. Celui-ci lui demande de venir faire la promotion de son modèle au sein du dispensaire homéopathique d'Hahnemann (Le Corre & Toffaloni, 2007, p 116). Ainsi le médecin ostéopathe Robert Lavezzari intègre cette institution dont la stratégie est de tenter de faire de l'ostéopathie comme de l'homéopathie, une forme de savoir théorique et technique que le médecin peut superposer à ses connaissances médicales (Faure, 2002). L'ostéopathe Lavezzari dans un hommage posthume au médecin homéopathe Léon Vannier écrira:

> La médecine homéopathique, pour lui, ne devait pas être exclusive ni rejeter systématiquement certaines disciplines, considérées comme hérétiques par la médecine officielle.(…) Il savait tirer de chacun de nous ce qu'il y avait de meilleur(…)il suffit de lire les numéros de L'homéopathie française depuis 1930. Des articles de matière médicale pure en formaient la trame principale. Mais les études les plus diverses s'y ajoutaient, aussi, concernant l'irigraphie, l'isopathie, la typologie, l'ostéopathie, l'acupuncture, l'astrologie[16].

Médecins de formation, Lavezzari et Vannier partagent cette volonté de promouvoir leurs modèles au sein de l'institution médicale. Ainsi ils cherchent à faire connaître leurs savoirs respectivement ostéopathique et homéopathique à des médecins susceptibles par la suite de participer au renforcement de ce segment[17] de la profession médicale sensible aux thèses d'une appréhension globale du patient. Ce qui rapproche ces promoteurs de deux thérapies très différentes sur le plan technique, repose sur une identité commune de médecins dont les intérêts convergent dans la défense d'une vision du monde (propre à ce segment) qui

[16] Extrait du témoignage de Robert Lavezzari suite au décès du Dr. Léon Vannier, en Septembre 1963, consultable sur le site http://www.homeoint.org/seror/biograph/vannier.htm, consulté en novembre 2010.

[17] Pour continuer de raisonner sur la diversité des intérêts à l'œuvre nous retenons le modèle d'Anselm Strauss et Rue Bucher : « Nous développerons une conception des professions comme agrégation de segments poursuivant des objectifs divers, plus ou moins subtilement maintenus sous une appellation commune à une période particulière de l'histoire ». A. Strauss, la trame de la négociation, *L'Harmattan*, 1992, Paris p. 69.

souhaitent : ne pas rester en marge de la médecine et continuer d'évoluer à la frontière entre « l'aspect technique et spirituel de notre société » (Faure, 2002).

Ainsi dès ses débuts, l'ostéopathie, bien qu'apparemment pratiquée par des médecins en France, gravite en marge des circuits classiques d'enseignement[18]. Ses fondements théoriques peu conventionnels lui assurent rapidement une place au sein de réseaux informels de diffusion mis en place auparavant par l'homéopathie devant l'impossibilité d'obtenir la reconnaissance nécessaire pour être enseignée dans les universités ou les hôpitaux (Faure, 2002). Ainsi, les particularités de l'ostéopathie et de son association avec l'homéopathie l'ont conduite à créer des *alliances*[19] et cohabiter avec des courants thérapeutiques plus ou moins mystérieux. Cependant cette ostéopathie médicale cherche, comme l'homéopathie qui l'a appelée à ses cotés, la reconnaissance de la médecine classique lui permettant d'intégrer le savoir faire qu'elle défend au sein de structures légales d'enseignement. Mais tout comme l'homéopathie ne semble pas prête à sacrifier son profil le plus contestataire (Faure, 2002), Lavezzari continue à cette période de revendiquer une ostéopathie très proche de la pensée de son fondateur : des outils thérapeutiques manuels et un modèle explicatif où le processus de guérison implique le corps dans son ensemble.

L'ostéopathie en France dans la deuxième moitié du XXe Siècle.

Nous avons vu que dans la première moitié du XXe siècle, une branche de la médecine en France est séduite par les techniques et concepts de l'ostéopathie qu'elle désire voir prospérer au sein de la culture médicale. L'ostéopathie soutenue par ces médecins se trouve en 1930 à l'articulation entre la culture médicale dont ils proviennent et une communauté de penseurs, médecins ou non, qui reconnaissent les concepts de l'ostéopathie comme conformes aux valeurs qu'ils défendent. Mais ces médecins formés à l'ostéopathie souhaitaient rester fidèles à la profession médicale et à la protection de son monopole. En revanche la deuxième moitié du XXe siècle voit l'émergence d'une ostéopathie non médicale,

[18] On retrouve la trace de tentatives plus frontales pour diffuser la doctrine ostéopathique. Par exemple, Florence Gair, éléve de Still, tenta de présenter son modèle au noyau dur de la médecine à Paris et cela se solda par un échec. Episode relaté par J. Houdelekt, Hommage au Docteur Lavezzari, 14 mars 1998, http://sf.osteopathie.free.fr/hommage.htm, consulté en novembre 2010.

[19] « Nous pourrions utiliser le terme *alliance* pour distinguer ce phénomène de la confraternité à l'intérieur d'une profession » A. Strauss, op.cit., p78.

c'est à dire pratiquée par des non médecins mais majoritairement diplômés de kinésithérapie et formés à l'ostéopathie en France ou en Grande-Bretagne.

Émergence d'une pratique non médicale de l'ostéopathie en France.

L'ostéopathie non médicale, c'est à dire pratiquée par des non médecins, se développe en France au début des années 1950. Il s'agit de personnes diplômées en kinésithérapie qui intéressées par les applications thérapeutiques que l'on prête à l'ostéopathie, cherchent à acquérir ce savoir. Elles chercheront ainsi à entrer en contact avec la poignée de médecins initiés à ce savoir en France. Cependant, ces premiers médecins formés à l'ostéopathie sont de plus en plus soucieux de circonscrire l'épanouissement de ce savoir au sein du corps médical. Ils mettent en place les premières associations dans le but de « grouper les médecins désireux d'étudier l'ostéopathie d'une façon scientifique en s'entourant des garanties nécessaires. Plus que jamais, nous pensons que l'ostéopathie mérite l'attention du corps médical et qu'elle ne doit être pratiquée que par des médecins spécialisés[20]. » Cette fois, la volonté de ces médecins est clairement de promouvoir cette discipline comme spécialité médicale ; D'une part en s'assurant qu'elle ne peut être revendiquée par d'autres groupes professionnels, et d'autre part en objectivant son mode d'action en conformité avec les nouveaux standards du monde scientifique – ce qui a pour conséquence d'accentuer la différence avec les non-médecins.

Ainsi les kinésithérapeutes français, suite au refus des médecins, vont se tourner vers des praticiens anglais, avec qui ils vont co-diriger à partir 1960 l'Ecole Française d'Ostéopathie. Cette école se développe rapidement et le contenu des cours pratiques et théoriques est très fortement inspiré par la vision traditionnelle de l'ostéopathie des anglo-saxons. En effet, contrairement à ce que nous avons décrit aux États-Unis, la majorité des ostéopathes anglais n'ont pas recherché à se rapprocher des avancées médicales et scientifiques. Ils sont restés en revanche très attachés à développer et perfectionner une approche exclusivement manuelle. D'ailleurs, comme le soulignent Le Corre et Toffalonni, les liens entre l'ostéopathie étasunienne, encline à se médicaliser, et l'ostéopathie britannique se dégradent rapidement pour devenir quasiment inexistants (2007). Cependant comme aux États-Unis, cette volonté d'évoluer en marge des avancées scientifiques et médicales en

[20] Extrait de la conférence donné par le Docteur LAVEZZARI à Nice le 7 novembre 1952 ou elle s'exprime au nom de la Société Française d'Ostéopathie (S.F.O.). Information recueillie sur le site : http://www.osteopathie-france.net consulté en novembre 2010

demeurant très proche de la tradition initiale de l'ostéopathie, n'a pas fait l'unanimité au sein des ostéopathes anglais (Le Corre & Toffaloni, 2007). Ainsi le British College of Osteopathy s'est divisé en deux branches: la première, désireuse de se rapprocher du corps médical et la seconde persuadée que ce rapprochement avec la médecine pouvait, comme aux États-Unis, aboutir à une disparition de l'acte manuel comme vecteur de soin et du modèle conceptuel qui l'accompagne. C'est pourquoi la branche anglaise de l'ostéopathie qui ne voyait pas dans le rapprochement avec la médecine l'avenir de cette discipline, a saisi l'opportunité de propager sa vision d'une ostéopathie autonome à des non-médecins (kinésithérapeutes) français.

La différence d'orientation donnée à la discipline ostéopathique entre les ostéopathes médecins et non-médecins en France va s'accentuer lorsque ces derniers, suite à des menaces de procès pour exercice illégal de la médecine, vont quitter la France et installer leurs écoles en Angleterre au sein de la British School of Naturopathy and Ostéopathy. Ainsi, alors que les kinésithérapeutes français se trouvent formés à l'ostéopathie dans un univers non médical qui propose un enseignement thérapeutique uniquement manuel et conceptuellement très proche de la vision de Still, les médecins français désireux de s'initier à l'ostéopathie vont plutôt fréquenter des séminaires au sein de structures médicales anglaises ou américaines. Dans ces structures médicalisées, se côtoient des personnes soucieuses de pouvoir ajouter aux avancées thérapeutiques de la médecine le savoir faire manuel ostéopathique mais sans l'articuler avec le modèle conceptuel jugé non valide au regard de la science. En d'autres termes l'ostéopathie est, dans ces espaces, perçue davantage comme une technique médicale, que le médecin fait intervenir après avoir établi un diagnostique médical conventionnel. Le médecin formé à l'ostéopathie peut alors, comme les ostéopathes américains, choisir ou non de superposer une thérapie manuelle à un traitement médical classique.

On remarque ici la récurrence de la division que l'on a observée d'abord au États-unis, puis en Angleterre et enfin, par filiation avec l'école anglaise, en France entre d'un côté une branche médicale et scientifique qui cherche à superposer la pratique manuelle à la culture médicale et de l'autre des praticiens qui partagent la vision que l'intérêt de la discipline ostéopathique est moins d'être objectivable selon les critères retenus en médecine que de développer son propre savoir-faire en accord avec une approche conceptuelle résolument holistique.

En esquissant ainsi les grandes tendances qui agitent le paysage de l'ostéopathie en France et en Angleterre dès les années 1960, on remarque qu'à l'origine de ces inclinaisons en

faveur ou contre un rapprochement avec la science et la médecine s'affrontaient deux visions de l'ostéopathie sur fond de l'évolution prise par l'ostéopathie aux États-Unies. Ainsi dans cette synthèse historique à partir de la littérature disponible, nous avons volontairement usé d'une répartition en deux catégories : médecins ostéopathes et ostéopathes non-médecins. Notre expérience de six années dans une école d'ostéopathie ainsi que le travail récent de Ludovic Morand sur le monde ostéopathique (Morand, 2007), montre qu'une telle division qui prend en compte le diplôme initialement obtenu – médecin/ non-médecin – ne témoigne pas d'une réalité souvent plus complexe à l'image de la diversité des profils des praticiens ostéopathes. En effet au cours de nos études nous avons pu observer que beaucoup des enseignants diplômés en médecine puis, par la suite, formé à l'ostéopathie, soutenaient le développement d'une ostéopathie comme discipline ayant son propre champ d'action et devant être dissociée de la médecine classique et des moyens médicaux de mise en évidence de la maladie. À l'inverse, certains ostéopathes présentaient un profil opposé : d'abord formés à l'ostéopathie, ils avaient par la suite validé un cursus médical et préconisaient désormais une ostéopathie médicalisée[21].

Ainsi, il nous paraît plus juste de rendre compte des principaux courants de pensée au sein de la discipline à partir d'une typologie qui distingue d'une part les praticiens qui partagent la vision d'une ostéopathie *autonome* et de l'autre ceux qui travaillent à la construction d'une ostéopathie médicale que nous appellerons *techniciste*. En procédant ainsi, nous faisons le choix d'adopter une classification volontairement schématique qui ne retient pas toutes les nuances qui existent au sein de la pratique ostéopathique[22]. Cependant, l'utilisation d'une telle classification a l'avantage de centrer le regard sur la manière de faire et de penser du thérapeute et cela indépendamment de sa formation initiale qui serait un critère de sélection trop réducteur.

En France la pratique de l'ostéopathie continue de s'épanouir jusqu'à la fin du XXe siècle et attire des praticiens ayant des profils très variés : infirmiers, sage-femmes, podologues et principalement kinésithérapeutes et médecins. Dans les années 1990 plusieurs

[21] L'établissement que nous avons fréquenté durant cinq années avait fait le choix de délivrer un enseignement à des personnes désireuses de se former à l'ostéopathie mais qui n'étaient pas médecins. À cette époque, l'ostéopathie pratiquée par des non-médecins était encore illégale et très critiquée, autant par l'Ordre des Médecins que par les associations de médecins ostéopathes. Ainsi aucun médecin artisan d'une ostéopathie exclusivement réservée aux diplômés de médecine ne fréquentait cet établissement.

[22] Pour une description approfondie des différentes formations et typologies de pratiques qui existent au sein de l'ostéopathie voir le mémoire de Master 2 de Ludovic Morand intitulé « L'ostéopathie en question, controverses autour de la légitimité des pratiques » (Morand, 2007, p.22-63)

écoles proposent des formations ouvertes à des bacheliers souhaitant devenir « ostéopathes ». En l'absence de toute réglementation sur la formation nécessaire à l'exercice de l'ostéopathie, l'offre de formation a pu se diversifier et s'adapter aux origines et besoin des personnes désireuses de se former à cette pratique. Mais toutes ces formations ne se faisaient pas dans un cadre réglementaire et « ostéopathe » ne désignait au regard de la loi ni un titre légal ni des compétences particulières.

À la fin du XXe siècle, pour les médecins qui cherchent dans l'ostéopathie une extension manuelle à leur pratique médicale, des programmes officiels de formations s'organisent au sein des universités. Un Diplôme inter-universitaire de médecine manuelle-ostéopathie (DIU) est délivré après deux ans et 320 heures d'enseignements. Les techniques ostéopathiques enseignées s'adressent principalement à la sphère musculaire et osseuse et plus spécifiquement aux manipulations des vertèbres (Morand, p.47, 2007). Les manipulations sur le crâne et les viscères sont exclues de cette formation et la recherche se concentre principalement sur la mise à jour d'explications scientifiques prouvant le mode d'action des manipulations vertébrales (Morand, p.47, 2007). Si la majorité des médecins ainsi formés souhaitent pratiquer l'ostéopathie comme une connaissance manuelle qu'ils associent aux protocoles médicaux habituels, une frange de ces médecins en possession d'un DIU choisissent eux de compléter leur formation dans des écoles qui sont à cette période non reconnues mais qui proposent un enseignement à partir du modèle conceptuel holistique initial (Morand, p.55, 2007).

La deuxième possibilité de formation qui se développe en France propose un enseignement dit à « temps plein » qui suit le modèle traditionnel anglais. Ces programmes d'études proposent de former des personnes également sans formation préalable dans la santé et uniquement titulaire d'un baccalauréat, à la pratique de l'ostéopathie. D'autres formations dites à « temps partiel » sont, elles, mises en place pour les professionnels de santé (majoritairement médecins ou kinésithérapeutes) et proposent un enseignement en ostéopathie identique à la formation « temps plein » mais adapté pour qu'ils puissent poursuivre leurs exercice professionnel en parallèle de la formation. Dans ces modèles, la pédagogie est axée sur une pratique de l'ostéopathie exclusivement manuelle et attachée à transmettre le modèle conceptuel holistique initial. Les techniques enseignées s'appliquent sur les structures osseuses y compris le crâne et les parties dites « molles » (viscères, muscles, tendons, fascias) de l'organisme.

Les bacheliers, médecins et kinésithérapeutes peuvent ainsi à travers l'ensemble de l'offre de formation et les nombreuses possibilités de passerelles entre elles (séminaires, équivalences etc.) se former de différentes manières à l'ostéopathie et choisir la vision et le type de pratiques qui leur correspond : autonome ou techniciste.

Comme le souligne Ludovic Morand, concevoir l'ostéopathie comme un exercice autonome, indépendant de la médecine n'est donc pas réservé au seul ostéopathe ayant complété une formation à temps plein mais « vaut également pour des praticiens issus d'autres cursus, mais cela semble supposer davantage de médiations […] et n'est en rien automatique » (2007, p.38). Ainsi, si l'on regarde du côté des habitudes de faire et de penser l'ostéopathie, Ludovic Morand montre que beaucoup d'ex-kinésithérapeutes ou ex-médecins ont opéré un basculement et intégré la notion de globalité pour finalement voir l'ostéopathie comme un champ autonome et pouvant être enseigné et pratiqué de manière « exclusive» (Morand, p.47). Le terme d'« exclusif » était au départ utilisé pour nommer les ostéopathes non-médecin et non-kinésithérapeute également surnommés les « ni-ni ». On retrouve d'ailleurs cette formule employée dans un sens légèrement différent au sein d'une décision du conseil d'État[23] pour parler de ceux qui n'ont pas le statut de profession médicale. Nous avons préféré, pour ne pas créer de confusion avec « l'exclusivité » qu'utilisent désormais les textes juridiques, parler d'ostéopathie « autonome» dans cette classification qui prend en compte un « style de pensée », au sens de Fleck (2005), plutôt que le diplôme antérieur à la pratique.

Dans les données ethnographiques recueillies et qui par la suite vont constituer la base d'analyse principale, le terme « ostéopathe » désigne les ostéopathes (bachelier, ex-kinésithérapeute, ex-médecin) partageant la vision d'une ostéopathie autonome. Dans le reste des cas, nous préciserons au lecteur qu'on est en présence d'une vision techniciste de l'ostéopathie et mentionnerons si nécessaire le type de diplôme de santé préalablement obtenu (essentiellement « médecin-ostéopathe » ou « kiné-ostéopathe ») .

Ainsi sous le label « ostéopathie » se regroupent à la fin du XXe siècle en France de nombreux profils de praticiens et de manières de pratiquer. Mais au regard de la loi, les médecins formés à l'ostéopathie sont les seuls aptes à pouvoir manipuler la colonne vertébrale et plus généralement à pouvoir être consultés en première intention pour un problème de santé. Ainsi devant l'augmentation du nombre d'ostéopathes non-médecins pratiquant

[23] « Considérant, d'autre part, que ni l'article 75 de la loi du 4 mars 2002, ni le décret n° 2007-435 n'autorisent les ostéopathes à titre exclusif à établir un diagnostic (…) que les ostéopathes à titre exclusif, qui n'ont pas le statut de profession médicale (…) » extrait de l'analyse que livre le Conseil d'État sur la légalité des décrets sur l'ostéopathie lors de la séance du 9 janvier 2008. Conseil d'État statuant au contentieux, n°304478., consultable en ligne sur le portail Internet : www.legifrance.fr

illégalement des manipulations[24], l'Ordre des Médecins multiplie les recours en justice de façon à faire respecter le monopole médical des soins à la personne. Les ostéopathes non-médecins étaient donc potentiellement passibles de poursuites jusqu'au vote de la loi le 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui reconnaît, dans l'article 75, «l'usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur ». Le vote de cette loi permet aux ostéopathes non-médecins de sortir de l'illégalité et annonce la volonté des législateurs de définir un champ d'action et un cadre réglementaire à l'ostéopathie. En mars 2007, les décrets d'application de la loi paraissent et fixent le domaine de soin de l'ostéopathie ainsi que les formations conduisant à l'obtention d'un diplôme permettant de jouir du titre « d'ostéopathe ».

En 2002, d'après une étude réalisée auprès de 7300 ménages, parmi les Français ayant eu recours à l'ostéopathie plus des deux tiers des patients ont consulté au sein de l'ostéopathie autonome et cela en dépit de l'absence de remboursement et l'illégalité de ces espaces de soins[25]. Pour comprendre la réalité sur laquelle agit la législation de 2002, il est nécessaire de mettre à jour ce qui caractérise ce domaine de l'ostéopathie autonome : quelles sont ses manières de faire et de penser ? quelles sont les formes prises par le savoir dans ces espaces et à quelles conditions les énoncés fonctionnent comme « vrai » dans cette communauté de soin ? et enfin comment l'ostéopathie autonome se positionne par rapport au paradigme médical dominant ? Nous allons, dans la partie qui suit, tenter de mettre à jour la spécificité de l'ostéopathie autonome à travers une ethnographie de la transmission du savoir-faire ostéopathique dans un espace d'enseignement.

Deuxième partie : La découverte de l'ostéopathie autonome à travers ses espaces de savoir, l'établissement d'enseignement et son contexte.

Les ostéopathes qui se rattachent à la vision d'une ostéopathie autonome utilisent un corpus de techniques portant sur le corps appréhendé dans sa totalité et notamment en

[24] Les auteurs d'une études conduite par le Centre de Recherche et d'Étude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES), intitulé « Santé, soins et protection sociale en 2002 », réalisé auprès de 7300 ménages (20 000 personnes), montre qu'en 2002 : 8% des ostéopathes consultés par la population étaient médecins et 21 % kinésithérapeutes. Auvray L., Doussin A., Le Fur P., « questions d'économie de la santé, Enquête sur la santé et la protection sociale France 2002 », *bulletin d'information en économie de la santé*, No78, décembre 2003.

[25] Auvray L., Doussin A., Le Fur P., « questions d'économie de la santé, Enquête sur la santé et la protection sociale France 2002 », *bulletin d'information en économie de la santé*, No.78, décembre 2003

manipulant des structures se trouvant dans le crâne ou sur les articulations qui unissent les os du crâne entre eux. Préalablement à ces pratiques dites « crâniennes » l'ostéopathe est amené à considérer qu'il est raisonnable de concevoir que les articulations du crâne puissent être le lieu d'un mouvement. Généralement la médecine réfute cette théorie et s'indigne comme le montre l'extrait ci-dessous que les ostéopathes puissent la présenter comme fondement d'une pratique thérapeutique. L'extrait qui suit a été réalisé auprès d'un professeur de gastro-entérologie enseignant dans une école d'ostéopathie que nous appèlerons « Professeur A ». Dans cet extrait Professeur A relate la réaction de son confrère quand il lui a demandé s'il était intéressé à enseigner l'anatomie à des ostéopathes.

> *Je demande à mon ami Jean-Benoît, qui était patron d'anatomie à Nord, de dire si il ne voulait pas, lui ou un de ses élèves, pour me dépanner aller faire quelques cours. « Ostéopathie ! pas question, quand je pense qu'ils travaillent sur les sutures.. tu te souviens quand on était étudiant*[en médecine] *et qu'on allait au cimetière Saint-Pierre récupérer des crânes pour les étudier et qu'on les bourrait de pois chiches qu'on faisait gonfler dans l'eau pour faire péter les sutures, comment peuvent-ils travailler sur des sutures qui sont une suture autogène* [soudée] *finalement ». Tu vois. Donc tu vois un peu le raisonnement…*

Le médecin motive son refus par le fait qu'il ne veut pas partager son savoir avec des personnes qui font l'hypothèse que les articulations entre les os du crâne bougent. Pour justifier que ce fait ne peut être remis en question, le médecin fait appel à la culture médicale de son interlocuteur et à la classification que la médecine a faite des articulations du corps. À travers son propos, le médecin mobilise en réalité tout un pan de l'histoire de la médecine, les débats d'idées et expérimentations qui ont eu lieu sur les articulations et qui ont abouti à une classification stabilisée (Latour & Woolgar, 1996) et à ce que la médecine présente à travers elle comme une évidence : le fait est qu'une *suture autogène*, cela ne bouge pas. Dans des termes empruntés à Fleck (2005), nous constatons également que l'objet du refus n'est pas la manière de travailler des ostéopathes, mais la façon dont cette communauté a élaboré son propre savoir et a conduit ensuite ses membres à penser qu'ils pouvaient raisonnablement travailler de cette façon.

Cette incompréhension mutuelle entre communautés savantes a été théorisée par Fleck (2005) dans la mise à jour du lien existant entre la nature de l'acte cognitif et les caractéristiques d'un « style de pensée » c'est-à-dire l'ensemble des concepts et pratiques que partagent une communauté. Ainsi lors du processus de création et de légitimation d'un fait, ce qui apparaît au sein d'un groupe comme *raisonnable de penser* est largement dépendant de son histoire, de l'éducation de ses penseurs, de sa structuration sociale et cognitive ainsi que de ses rapports avec les institutions (Fleck, 2005).

Le savoir médical, support de l'enseignement.

Un savoir accessible sous conditions.

Dans un couloir de l'école d'ostéopathie, un pan de mur est réservé à l'affichage des notes obtenues par les étudiants. Y sont alignés trois grands cadres, chacun correspondant à un cycle de deux années dans la formation qui en comprend six. En haut du premier cadre on peut lire PCEO, Premier Cycle d'Etude en Ostéopathie. Ce premier cadre est lui-même constitué de deux sous parties, PCEO1, correspondant à la première année d'étude dans le premier cycle et PCEO2, pour la deuxième année du premier cycle. Enfin, l'espace attribué à une année se trouve divisée en deux : dans le premier sont affichés les résultats obtenus en « Sciences fondamentales » et dans le deuxième les résultats en relation avec les « Matières ostéopathiques ». Ainsi, à la suite d'un examen d'anatomie, un étudiant en deuxième année sait qu'il doit regarder dans l'espace réservé au PCEO2 puis dans la section « sciences fondamentales ».

L'enseignement était à l'image de cette bipartition des notes, c'est-à-dire réparti entre d'un côté un ensemble de matières issues des connaissances biologiques, physiques et médicales comme l'anatomie, la physiologie et la pathologie et de l'autre coté l'enseignement du savoir ostéopathique. Le savoir théorique lié à la culture médicale et scientifique nous était principalement transmis par des médecins qui venaient enseigner dans l'Ecole. Ainsi dans une même semaine, un chirurgien enseignait l'anatomie puis un médecin généraliste présentait le rôle des hormones dans la régulation de la température du corps humain. Le lendemain un biologiste donnait un cours d'embryologie suivi par un gastro-entérologue qui décrivait le fonctionnement du tube digestif. Le choix avait ainsi été fait de laisser prioritairement aux médecins et autres diplômés de sciences le soin de prendre en charge la formation dans les matières théoriques attachées à la culture médicale et scientifique.

Les deux premières années étaient consacrées à cette approche médicale du corps et plus des deux tiers des cours ne s'inscrivaient pas sous l'affichage « Matières ostéopathiques » et étaient de tradition de pensée médicale et scientifique. Cette tendance s'inversa au cours de la troisième années et l'enseignement ostéopathique théorique et

pratique est devenu dominant. C'est durant cette période de transition entre enseignement médicale et ostéopathique que certains élèves avaient surnommé le premier jour de la semaine « lundi-magie »[26] : cette année-là, nous avions le lundi quatre heures d'enseignement d'ostéopathie dite viscérale le matin, puis quatre heures d'ostéopathie dite crânienne l'après midi. En revanche il n'existait pas, par exemple de « mardi-scientifique » parce que la vision médicale était l'étalon, une prise de position silencieuse car naturalisée et depuis laquelle nous jugions le reste de l'enseignement.

Avant que l'enseignement ostéopathique sur une partie du corps soit dispensé, chaque étudiant avait acquis sur cette partie un ensemble de connaissances théoriques médicales et scientifiques. Si l'on prend l'exemple de l'ostéopathie crânienne, chaque os avait été décrit avec beaucoup de minutie ainsi que tout son environnement ligamentaire, musculaire et nerveux. Puis le fonctionnement (physiologie), et les dysfonctionnements (pathologies) du système nerveux du crâne ont été enseignés par un médecin. Enfin la connaissance de l'objet venait se compléter par l'étude de l'imagerie radiologique et autres représentations que permettaient les dernières avancées technologiques en imageries médicales. Ce n'est qu'alors que la formation ostéopathique pouvait commencer. Cette chronologie d'enseignement est généralisable à l'ensemble de la formation.

Cette « superposition » des savoirs se retrouve souvent dans le parcours professionnel des pionniers de l'ostéopathie autonome en France dont beaucoup seront à l'origine de ces établissements d'enseignement, comme le montre cet extrait d'entretien publié dans une revue d'ostéopathie où un ex-kinésithérapeute raconte le déroulement du premier séminaire d'ostéopathie crânienne donné en Europe à Paris en 1964.

> Pour l'anecdote, comme nous n'étions pas tous médecins, [l'organisateur, ostéopathe américain] a décidé de nous faire passer un examen pour déterminer s'il pouvait nous accepter dans ce séminaire. Cet examen a consisté à nous faire décrire précisément l'anatomie d'un os du crâne avec les yeux bandés. Je suis tombé sur le temporal et je me suis bien tiré de cette épreuve.[27]

La connaissance anatomique précise du crâne, et à travers elle le langage et la culture médicale, était pour l'enseignant une condition essentielle pour que l'ostéopathie puisse être transmise à l'étudiant. L'enseignement que nous avons suivi reproduisait cette mise à l'épreuve à laquelle les premiers ostéopathes autonomes avaient été soumis : les étudiants

[26] Plus que de déprécier l'enseignement ostéopathique il s'agissait d'en souligner le caractère hétérodoxe.
[27] Entretien avec Francis Peyralade réalisée par François Bel et reproduite, avec l'autorisation du journal de l'Académie d'Ostéopathie, dans ApoStill No3, 1999.

devaient avoir passé avec succès une série d'examens administrés par des médecins et portant sur des connaissances médicales et scientifiques avant de pouvoir accéder à l'enseignement ostéopathique. Ainsi comme étudiant ostéopathe, ce sont des connaissances médicales et scientifiques qui nous ont ouvert l'accès à un savoir ostéopathique paradoxalement affranchi des règles qui encadraient le savoir lors de la première phase de l'enseignement.

« Lundi magie. »

Si deux visions du monde semblent à première vue coexister de façon relativement séparée dans la structure de l'enseignement, il existe un moment dans le cursus de l'étudiant où celles-ci vont se rencontrer. L'étude de cette rencontre révèle une réalité plus complexe que la simple division entre, d'un côté, l'enseignement scientifique et médical et de l'autre, l'enseignement en ostéopathie. Cette rencontre se fait sur un plan théorique lorsque les enseignants ostéopathes s'emparent de la culture médicale que possède désormais l'étudiant et la transforme en y ajoutant d'autres concepts et méthodes pour former le savoir ostéopathique.

Nous allons essayer de comprendre dans un premier temps comment ces deux modèles de compréhension du corps humain et les représentations et concepts qui leur sont associés, étaient amenés à s'imbriquer l'un et l'autre au sein d'un même enseignement. Pour cela nous allons utiliser comme support les schémas et prises de notes recueillies lors de l'enseignement en ostéopathie. Puis dans un second temps, nous allons tenter de mettre en lumière la façon dont le « style de pensée », resultant de cette imbrication, était légitimé et validé par un ensemble d'interactions concrètes entre les professionnels de ces disciplines amenés à se côtoyer au sein de l'établissement.

Les enseignements que nous choisissons d'analyser sont ceux d'ostéopathie crânienne et viscérale, mentionnées plus haut, et qui avaient lieu lors des « lundis magiques ». Non pas qu'ils concentrent sur eux l'aspect le plus hétérodoxe de la discipline. Bien au contraire, pour les ostéopathes autonomes qui revendiquent une vision holiste du patient et de la pratique, l'ostéopathie est indivisible et le travail sur une articulation du crâne fait appel aux mêmes constructions théoriques que le travail sur un pied ou une vertèbre. Nous aurions donc pu indifféremment choisir d'autres enseignements. Mais les deux enseignants de ce lundi présentaient, encore plus que les autres, cette volonté de voir se combiner dans un même

cours une connaissance médicale extrêmement précise de l'objet étudié avec un modèle théorique qui repose sur une profonde confiance[28] dans les informations sensitives (provenant de leurs mains). De plus, ces enseignants ajoutaient fréquemment des références à d'autres médecines et méthodes traditionnelles comme la médecine ayurvédique et la kinésiologie.

En entrant dans la salle du cours d'ostéopathie viscérale le lundi matin, nous appréhendions un organe comme le foie à travers un ensemble de connaissances médicales anatomiques, physiologiques et pathologiques, mais à la fin de la matinée, le foie été devenu un *espace* ostéopathique sur lequel le thérapeute pouvait agir manuellement. Par quel processus? Il semble que la mise en mouvement des espaces intérieurs du corps par les ostéopathes n'était pas possible sans une forme de réappropriation préalable par l'ostéopathie de tout un pan de la connaissance médicale.

Les notes ci-dessous ont été prises lors d'un cours d'ostéopathie viscérale sur le foie. Une planche anatomique provenant d'un manuel de médecine était habituellement projetée sur un tableau pour servir de support visuel au cours.

> Rappels anatomiques : La face antérieure : du foie = 2 lobes séparés par le ligament falciforme. En haut du ligament falciforme se trouve la partie antérieure du ligament coronaire […].
>
> Face inférieure, ou viscérale : la VCI (veine cave inférieure), incluse dans le bord postéro-superieur du foie. Si foie est bloqué, VCI bloquée et problème de retour veineux. Ligament rond = vestige veine ombilicale. Le ligament triangulaire ainsi que les empreintes rénales, colique, genou-sup, estomac […]

Dans ce rappel, le langage utilisé est conforme à celui des cours d'anatomie qui nous avaient été précédemment délivrés par un médecin. Mais alors que la médecine représentait l'organe hépatique comme un objet figé, l'ostéopathe introduit ici une dimension de mobilité. Quand il énonce que « si foie est bloqué, VCI (veine cave inférieure) bloquée et problème de retour veineux », le postulat est que le foie *est mobile* et qu'un arrêt de ce mouvement entraîne des perturbations.

Dans la suite du cours, la notion de mobilité du foie est décrite plus précisément :

> <u>Physiologie</u>
>
> > Lors de l'inspiration, le diaphragme descend et le foie va effectuer une (dans l'ordre décroissant de leur amplitude) :
> >
> > -Descente
> >
> > -Rotation postérieure limitée par le ligament falciforme.

[28] Une confiance proprement « aveugle » dans le sens ou l'acte visuel d'observation occupe, dans la pratique ostéopathique, une place très réduite.

-Inclinaison à droite puis rotation gauche : la face antérieure regarde vers l'extérieur, le foie tourne autour de ses ligaments triangulaires.

C'est ainsi que des ligaments, simples structures fibreuses en médecine, devenaient dans le langage ostéopathique des axes de rotations ou bien des freins aux mouvements et sur lesquels l'ostéopathe disait pouvoir agir. Alors que dans la culture médicale, le foie est suspendu à ses attaches ligamentaires et qu'aucun mouvement de ce type n'est décrit, l'ostéopathe anime le foie d'un mouvement. Pour y parvenir, il rappelle dans un premier temps la connaissance médicale sur des structures comme le diaphragme et le ligament falciforme qui entourent le foie. Grâce aux enseignements médicaux préalables le foie et son environnement étaient déjà un espace que chaque étudiant pouvait appréhender facilement. Dans un deuxième temps, l'ostéopathe greffe sur ce savoir médical le concept de mobilité propre à la vision ostéopathique : « Lors de l'inspiration, le diaphragme descend et le foie va effectuer une descente, rotation..etc. » Ce dernier énoncé n'existe que dans la communauté ostéopathique et est absent des manuels de physiologie médicale. Pour différencier cet enseignement de la physiologie classique, les ostéopathes parlaient volontiers de « physiologie ostéopathique » pour décrire le fonctionnement et rôles de l'organe, mais propre à la vision ostéopathique. Toutefois comme le montre cet extrait, « physiologie » pouvait être utilisé seul comme si ces nouveaux énoncés étaient de simples compléments à la physiologie médicale, opérant un glissement imperceptible d'un savoir vers un autre.

L'ostéopathe enseignant ne s'approprie ainsi pas le savoir médical, sa découverte ou encore son histoire, mais l'invoque constamment au travers de ses références. Au cours de la formation, aucune des informations médicales acquises auparavant auprès de la médecine n'étaient invalidées par les ostéopathes. En revanche, ces connaissances étaient utilisées comme des supports visuels et théoriques que l'enseignant ostéopathe mettait en scène et en mouvement.

Ainsi, on observe que l'enseignement avait été structuré par les ostéopathes avec la volonté de donner une image de continuité entre ostéopathie et médecine. Une image de continuité dont les traces visibles étaient partout observables comme dans la conservation du langage et des représentations propres à la médecine, mais également via la structuration de l'enseignement qui respectait les spécialisations médicales.

Un désir de rompre avec la culture médicale.

Le dirigeant d'un des principaux syndicats d'ostéopathes autonomes, que nous allons appeler « ostéopathe A », s'exprime sur la présence de la culture médicale dans les écoles d'ostéopathie autonome :

> *- On a encore ce modèle là qui prévaut, un médico-mimétisme.* […].*C'était une volonté politique de la profession et notamment depuis 2002 de bâtir un référentiel pédagogique qui soit très très médicalisé de façon à rassurer. Aujourd'hui, ce modèle est obsolète, c'est pour ça qu'il faut le refondre* […] *C'est un modèle où l'on a cherché à rassurer les pouvoir publics et la sphère médicale sur la sécurité du soin apporté par les ostéopathes aux patients. Aujourd'hui, ce modèle peut rassurer mais n'a plus lieu d'être et il faut qu'on se réapproprie l'enseignement de l'ostéopathie, et, par exemple, toutes les disciplines, anatomie, biologie, pratiquement sont enseignées par les médecins, or, ils l'enseignent mal.*
>
> *GDM : Qu'est-ce que vous voulez dire ?*
>
> *- Et bien, je veux dire que nous, l'anatomie et la physiologie qu'on étudie, elle est appliquée. Quand j'étudie l'anatomie, je dois l'étudier en pensant : « Quelles sont les conséquences de la construction anatomique sur la fonction ? Et, qu'est-ce que je pourrai en faire après ? » Alors que les anatomistes médecins enseignent l'anatomie comme étant une science qui se suffit à elle-même, et c'est comme ça, vous l'apprenez par cœur et puis basta.*

L'interviewé affiche ici une position contraire aux options prises par les responsables pédagogiques actuels et parle d'une nécessité de refondre ce cadre. Selon cet ostéopathe, le savoir provenant de la culture médicale lorsqu'il est enseigné par des médecins est nécessairement privé du rapport singulier entre l'ostéopathie et ce même savoir. D'où le fait que le moment de *l'entrée en scène* de la vision ostéopathique dans l'enseignement soit perçu par l'interviewé comme un enjeu. Ainsi ce que cet extrait met en lumière est l'existence de deux visions thérapeutiques distinctes mais qui partagent une certaine quantité de savoir. Pour l'interviewé il s'agit de donc rompre avec ce que nous avons pu observer durant nos études: la bipartition de l'enseignement entre une première phase médicale puis une seconde ostéopathique.

L'enseignement médical que nous avons reçu avait donc une double fonction: Premièrement sur le plan pédagogique, permettre à l'ostéopathe de venir piocher ultérieurement dans une base médicale le savoir qui allait lui être *utile*. Et deuxièmement permettre le transfert de légitimité et de crédibilité associé à la culture médicale vers la formation en ostéopathie, de façon à réduire les possibles résistances de la classe politique et scientifique. Cependant, une fois la discipline sortie de l'illégitimité, la volonté de cet

ostéopathe responsable syndicaliste est que le savoir théorique, que partagent l'ostéopathie et la médecine, soit enseigné par des ostéopathes. Il envisage ainsi d'extraire le savoir théorique de la culture médicale d'origine de façon à le présenter d'emblée aux étudiants dans sa forme *utile*, c'est-à-dire en lien avec la vision que propose l'ostéopathie.

Comme nous l'avons montré précédemment avec l'exemple de l'enseignement sur le foie, cet acte de sélection de la connaissance était déjà à l'oeuvre dans l'enseignement des ostéopathes. Mais il ne s'effectuait qu'*après* que les élèves aient été initiés par des médecins au savoir médical, de sorte qu'il se créait une tension lorsque sur des énoncés scientifiques, l'ostéopathe venait greffer, tout en maintenant les apparences de la continuité, un savoir qui ne respectait pas les mêmes codes. Souvent, il était ainsi difficile à nos enseignants ostéopathes de justifier que la connaissance ostéopathique ne pouvait être démontrée en utilisant les mêmes outils, mesures et méthodes d'expérimentation que ceux auxquels l'étudiant avait été habitué dans sa relation avec la culture médicale. Et de répondre à la question des étudiants : pourquoi ne figurait-elle pas dans les manuels médicaux ?

Deux façons de faire parler la nature.

L'objectivité en science : les vertus d'un savoir impersonnel.

Durant le cours de physiologie digestive, le médecin nous parlait de ce que la médecine considérait comme le fonctionnement normal des organes de la digestion. Les cours suivaient la même progression que les aliments. Ainsi nous avions débuté l'enseignement avec la visualisation du cheminement du bol salivaire à l'intérieur de l'œsophage. Cette connaissance de ce qui se déroulait à l'intérieur du corps et que nous ne pouvions simplement observer, le médecin l'avait accompagné d'une série de clichés radiologiques permettant de suivre la progression du bol salivaire dans l'œsophage humain[29]. Après avoir pu observer le phénomène dans sa normalité, le médecin nous avait présenté une autre série de radiographies dans laquelle le bol salivaire sur l'image ne progressait plus, immobilisé dans ce qui apparaissait être un rétrécissement du conduit oesophagien. La preuve de l'existence du

[29] Pour cela le physiologiste avait fait avaler au patient une substance iodée qui, sous l'effet des rayons X, allait apparaître blanche à la radiographie. Puis il avait pris une série de clichés en notant le temps qui s'était écoulé entre l'apparition du produit dans l'œsophage et son arrivée dans l'estomac.

rétrécissement semblait donc résider dans cette image qui nous permettait d'observer une anomalie physique, normalement dissimulée, mais qui avait été inscrite par un procédé mécanique dérivant des principes de la photographie. Mais derrière cette transmission de ce qui est collectivement accepté comme preuve dans la science médicale, quelles étaient les postures épistémiques et codes sociaux qui nous étaient légués? Quelles pratiques cognitives et approches de la réalité étaient symétriquement rejetées et/ou discréditées ?

Dès son apparition au XIXe siècle, l'image photographique a d'emblée été perçue comme « objet naturel » car elle apparaissait comme générée automatiquement par un procédé en apparence si simple que toutes les interventions humaines nécessaires à sa production semblaient négligeables (Sicard, 2010). Au cours de l'histoire de la réflexion du scientifique sur la connaissance qu'il produit, le milieu du XIXe siècle est le moment où la personnalité du chercheur est perçue comme l'obstacle principal à la production d'une connaissance objective (Daston & Galison, 2007, p34, p207). La forme d'objectivité qui émerge consiste alors à écarter de la recherche scientifique le scientifique lui-même, son savoir-faire, sa sensibilité, ses désirs, attentes et intuitions[30]. Ce nouveau type d'objectivité que Daston et Galison ont nommé « mécanique » a engendré une redéfinition des codes de conduite normatifs qui lui sont attachés (2007). Daston et Galison montrent que ces codes de conduite[31] sont les nouveaux marqueurs de l'objectivité qui forment l'ethos qui agit sur le savant au cours de sa recherche, garantissant ainsi la valeur de la connaissance produite (Daston & Galison, 2007, p.40). Dans le cas de cette objectivité mécanique se met en place une série de dispositions qui contraignent désormais le savant à envisager des pratiques scientifiques qui suppriment son implication dans les résultats finaux (Daston & Galison, 2007). Les travaux d'historiens sur le sujet montrent que cette nouvelle forme d'objectivité s'impose progressivement dans la recherche médicale requalifiant de *subjectives* les anciennes pratiques et techniques qui engagent l'individualité du chercheur à travers ses sensations et dont il doit dorénavant se méfier (Daston & Galison, 2007, p.198 ; Porter, 1995, p.202 ; Marks, 2000). Comme le montre Jean-Paul Gaudillière, sous l'impulsion de cette modification de l'idéal d'objectivité les physiologistes voient l'intérêt qu'offrent les

[30] L.Daston et P.Galison notent par exemple qu'à cette période les fabricants d'atlas vont commencer à préférer, comme support de l'objectivé, la photographie, pour son caractère impartial et vierge de toute intervention humaine, au dessin et à la peinture perçus comme porteurs de subjectivité. (Daston & Galison, 2007)

[31] « […] normative codes of conduct […] are bound up with a way of being in the world, an ethos in the sens of the habitual disposition of an individual or group » (Daston & Galison, 2007, p40). Le chercheur guidé par une nouvelle « éthique de l'objectivité » se contraint de lui-même et cherche à effacer sa présence des savoir scientifique produit, par exemple en privilégiant des procédé mécaniques ou il n'intervient pas directement.

possibilités techniques nouvelles d'inscrire automatiquement des informations physiologiques sur des supports visuels, transformant des sons, les battements cardiaques par exemple, en graphiques comme pour l'électroencéphalogramme et facilitant par la même la circulation des informations (2006, p.33). Quel que soit l'angle sous lequel les historiens ont choisi d'étudier[32] l'émergence de ce nouveau paradigme, il ressort toujours qu'à partir de la seconde moitié du XIXe siècle « l'univers des sens » est désormais perçu comme une source majeure de tromperie et l'obstacle principal à l'élaboration d'une connaissance objective ; en d'autres termes, il faut se méfier de « l'insuffisance de nos sens » (Sicard, 2010).

Pour reprendre l'exemple du rétrécissement oesophagien, on comprend mieux que le savoir qui nous était transmis portait la marque d'un positionnement particulier des chercheurs et provenait de la posture épistémique de toute une communauté vis-à-vis de la construction et la validation du savoir. Dans la preuve apportée par l'imagerie est contenue une mise à distance tacite du chercheur, une posture qui symétriquement invite à se méfier et à déconsidérer les inférences aléatoires provenant de nos sensations.

Savoir et ostéopathie : réhabiliter les sens.

Le savoir ostéopathique qui nous était transmis ne faisait plus appel aux mêmes outils cognitifs que le savoir médical que nous avions reçu. L'ensemble des informations qu'utilise l'ostéopathe lors de sa pratique est de l'ordre de la sensation, celle-là même qui est dépréciée dans la culture scientifique et médicale. Pour l'illustrer, reprenons l'exemple précédemment cité de la mobilité *normale* du foie. Selon l'enseignant, elle se décomposait en un mouvement de descente, rotation postérieure, inclinaison et rotation gauche qui se répétait lors de chaque inspiration. Une fois ce mouvement décrit, on ne nous proposait ni de l'observer ni de le mesurer avec les appareils utilisés en médecine. Les étudiants se regroupaient par deux, dans

[32] Marks propose d'étudier la question de l'objectivité et des modifications des valeurs épistémiques à travers l' étude des nouveaux « objets de la méfiance ». Il montre que l'adoption de méthodes d'évaluation rationnelles par les réformateurs de la profession médicale s'est faite dans l'intérêt de conserver son autonomie face à l'industrie pharmaceutique et cela en faisant de l'individualité des médecins, de leurs émotions et de la confiance qu'ils placent dans leurs savoir faire, les nouvelles cibles d'un discrédit scientifique et social que seule l'adoption de ces méthodes impersonnelles et rigoureuses d'évaluation était à même de contrer (Marks, 2000). Cette approche de Marks ne se situe pas comme l'étude de Daston et Gallison sur le plan de l'élaboration de la connaissance, mais propose d'identifier l'influence de ceux ayant intérêt à pousser dans le sens de l'adoption des méthodes objectivistes.

une salle où se trouvait une rangée de tables de manipulation. L'un des deux étudiants s'asseyait sur la table, tandis que le second se mettait en place derrière la table et disposait ses doigts sous les côtes avant et en regard du foie de l'étudiant assis. L'enseignant passait alors autour des tables pour vérifier que la position était conforme aux consignes qu'il avait données pour « bien ressentir ». Puis une fois les mains sous le foie de son camarade, l'apprenti cherchait alors à ressentir sous ses doigts le mouvement qu'effectuait le foie lors de l'inspiration et de l'expiration.

La mise en évidence d'un mouvement en ostéopathie ne passe donc pas comme en médecine par une phase où la nature s'exprimerait soit par une inscription sur des images et/ou enregistrements, soit sous la forme de protocoles expérimentaux impersonnels et standardisés visant à écarter toute forme de subjectivité. Dans l'ostéopathie, le travail d'objectivation de l'énoncé passe plutôt par une expérience individuelle d'ordre sensible du phénomène.

Essayons de voir quel regard les médecins portent sur les revendications des ostéopathes à réhabiliter le sens du toucher comme un savoir-faire expert individuel ne nécessitant aucune interface mécanique permettant d'enregistrer ou d'inscrire l'information. Les deux propos de médecins qui suivent ont en commun de mettre l'accent sur les différents usages des informations sensitives dans la pratique ostéopathique et médicale, même si l'un est favorable à ce savoir-faire alors que le second le relègue dans la « pensée magique ».

Le premier extrait est tiré de l'entretien réalisé auprès d'un professeur de gastro-entérologie, que nous appellerons « Professeur A » et qui, comme il le dit lui-même « enseignait la médecine » depuis sept années dans l'établissement où nous avons effectué nos études d'ostéopathie.

> *Disons que j'ai entendu souvent un ostéopathe de l'école pour qui j'ai une grande confiance et une grande admiration, qui disait souvent à ses étudiants : « un patient vient vous voir avec un truc, mettons un problème lombaire, vous allez le tester[33], bon sang, faites confiance à vos mains! Si en le testant vous ne trouvez pas de dysfonction, cherchez ailleurs ! ». Tu vois c'est ça le propre de l'ostéopathie.*

[33] Les « techniques de test » auxquelles ce médecin fait référence sont une série de tests uniquement manuels qui sont effectués par l'ostéopathe sur une zone du corps de façon à déterminer si elle est correctement mobile ou non. Dans le cas où l'ostéopathe juge qu'elle ne l'est pas, il est de coutume de dire que cette zone est en « dysfonction ». Ce médecin emploie avec moi beaucoup de termes relatifs à des façons de faire propres à la communauté des ostéopathes à laquelle il me sait appartenir et avec laquelle il est également très familier.

Le professeur de radiologie du deuxième extrait, que nous nommerons ici, « Professeur B » était également conseiller auprès du Ministre de la Santé jusqu'en 2007 et s'est vu confier la tache d'élaborer les décrets d'application de la loi de 2002 sur l'ostéopathie.

> *GDM : Moi, vous me donnez un stéthoscope, moi qui n'ai aucun savoir-faire médical, je ne vais pas décrire la même chose que celui…*
>
> *- Oui, mais vous pouvez l'enregistrer sur un magnétophone puis le transmettre à votre copain qui est à 10 000 kilomètres. Le son il est le même pour tout le monde. Hors la main ostéopathique elle dépend de la main ostéopathique. La main ostéopathique ne peut pas dire : Voilà, j'ai ressenti ça ! Une science, c'est quand vous faites un diagnostic et que quelqu'un d'autre peut faire le traitement.*
>
> *GDM : D'accord, donc là en un sens c'est manipulateur dépendant ?*
>
> *- L'ostéopathie c'est totalement opérateur dépendant. Une science elle est opérateur indépendant, cela c'est une très bonne définition de la science. L'ostéopathie c'est la pensée magique !*

Les deux professeurs de médecine témoignent ici de la particularité de cette communauté qui crédite l'information provenant du toucher, d'une si grande valeur, qu'elle devient la base déterminant l'orientation d'un traitement. Ce savoir-faire basé sur le crédit accordé à une information de nature sensitive, apparaît au premier médecin, comme délimitant un espace thérapeutique propre à l'ostéopathie. Le second médecin souligne que les ostéopathes ont tort de faire confiance à une information sensitive qu'aucun moyen technologique ne permet de rendre visible de façon à ce qu'elle puisse être utilisable ou vérifiable par un autre thérapeute. Il distingue ainsi le toucher d'autres sens comme la vue et l'ouïe dont l'information peut,elle, être consignée (magnétophone, imagerie) circuler et être, si besoin, consultée par la communauté scientifique. On retrouve chez ce médecin le désir dont parle Porter de disposer de données « visibles et permanentes » accessibles à tous et par la même qui s'affranchissent de la dépendance à un savoir-faire expert individuel du professionnel de santé (1999, p.203).

À la lumière de ces extraits, on mesure l'importance de la confiance que doit accorder l'étudiant ostéopathe dès le début de sa formation, non seulement aux informations sensitives provenant de ses mains, mais également à ses compétences individuelles à « ressentir » correctement, sachant que rien ne permet de « vérifier » l'exactitude de son diagnostic. L'entraînement de la main de l'étudiant rappelle ainsi le « *trained judgement* » de l'échographe, dont c'est le jugement individuel et les qualités d'interprétation qui sont déterminantes lors de l'examen échographique qui est pour cela également considéré par la

médecine comme « opérateur dépendant », bien qu'il soit une procédure médicale courante. (Daston & Galison, 2007).

En remarque, si la pratique quotidienne de nos enseignants était dépourvue de tout recours à des instruments de mesure, leurs discours témoignaient du fait qu'ils étaient familiarisés avec les standards de ce qu'est, au XXIe siècle en médecine ou en science, une preuve incontestable. En effet, ils n'écartaient pas la possibilité de pouvoir un jour mesurer et quantifier les phénomènes ressentis dans les énoncés ostéopathiques. Mais l'échec d'éventuelles tentatives de quantification, via des appareils de mesure, sur par exemple les mouvements du crâne, conduisait à un discours sur le fait que la machine était soit inadaptée, soit inférieure à une main entraînée et habile dans sa capacité à ressentir ce que les ostéopathes avaient coutume d'appeler des «micromouvements ». De par des formations précédentes au sein de la culture médicale, ils se savaient évoluer en marge en réhabilitant le domaine des sensations. Ils avaient également conscience qu'ils se trouveraient dans une position moins défensive face à un idéal d'objectivité dominant s'ils parvenaient à mesurer par des moyens techniques les phénomènes qu'ils décrivaient.

Une cohabitation complexe entre ressenti ostéopathique et culture scientifique.

La figure de l'étudiant comme expression d'un tiraillement entre deux pratiques de la vérité.

Nous avons mentionné que lorsqu'un étudiant se trouve confronté au départ à un nouveau savoir et qu'il s'interroge sur son authenticité, les normes en vigueur dans le milieu scientifique et médical s'imposent comme l'idéal de référence. Puis nous avons montré comment des connaissances élaborées dans le respect de cet idéal constituaient une base fertile pour que de nouveaux modes de raisonnement ostéopathiques puissent prendre corps et être présentés aux élèves comme une manière valable de voir les choses. Dans cette partie, nous allons voir comment l'étudiant est amené à se détacher de l'univers de la preuve visible et revaloriser le domaine des sens pour progressivement acquérir le savoir-faire ostéopathique.

Dans la formation, la vision ostéopathique ne se substitue pas à la vision médicale. Et si les deux cohabitent à travers les énoncés qui sont progressivement acceptés par l'apprenti ostéopathe, nous avons observé qu'elles se confrontaient également. Ainsi il était fréquent d'entendre lors des premiers cours sur les fondements théoriques de l'ostéopathie des questions adressées par les élèves aux enseignants ostéopathes telles que: « mais quelles preuves avez-vous de tout cela? ». La question qui se pose alors est : comment les formations parviennent à ce que les étudiants surmontent leur scepticisme face au savoir qui est transmis par les ostéopathes ?

Paul[34], un étudiant de notre promotion très dérangé par cette absence de correspondance entre le balisage par la preuve dans la culture médicale et son absence dans le savoir ostéopathique, partageait ses doutes d'une matière à l'autre : « Comment avez-vous découvert ce que vous nous dites ? L'avez-vous observé ou mesuré et avec quels outils ? ». Ayant d'abord tenté à deux reprises l'examen de médecine cet étudiant, qui se décrivait lui-même en conflit avec cette nouvelle connaissance, était plus sensible que d'autres à l'absence des marqueurs habituels de l'objectivité[35].

Les réponses des enseignants ostéopathes à ces questions étaient également stéréotypées. Un premier type de réponses consistait à invoquer le ressenti de tous les ostéopathes ayant contribué au développement et à l'amélioration de la théorie: « Les anciens ainsi que nous-mêmes l'avons ressenti dans nos mains suivant ces paramètres, vous allez le sentir également ». Dans un autre type de réponse, l'enseignant argumentait à partir de cas de patients sur qui il avait mis à l'épreuve avec succès la théorie et la technique qu'il nous enseignait. Le sous-entendu étant que, puisque l'application de la technique a fonctionné sur un patient, alors la théorie dont elle provient ne peut être déclarée comme irrecevable uniquement car non objectivable selon les critères retenus en médecine. Une interrogation qui se retrouve au centre de la réflexion de H.Naraindas lorsque celui-ci décrit l'appropriation de la partie pratique de la médecine ayurvédique par la biomédecine tout en rejetant la partie théorique qui lui était rattachée (2006).

[34] Paul est un prénom d'emprunt.

[35] Nous utilisons ici l'expérience d'un étudiant dont nous connaissons bien le parcours comme illustration des contestations que nous avons pu observer chez les étudiants. Il serait néanmoins intéressant de mener une enquête systématique dans ce genre d'établissement qui étudierait les disparités de réactions face à des énoncés *non scientifiques* en fonction du profil des étudiants et de leurs trajectoires de formation.

Au sein de l'établissement, ce conflit entre deux façons de voir ne débordait pas le cadre du groupe des apprentis ostéopathes. Il était très largement apaisé par le constat quotidien, fait par les étudiants, que les professionnels, ostéopathes et médecins, n'étaient pas, eux, dans une relation de conflictualité. Un ensemble de situations permettait aux étudiants d'apprécier la qualité de l'entente entre ostéopathes et médecins lors de leur formation. En voici un exemple emblématique : L'étudiant se trouvait après quatre années de formation, testé sur son savoir-faire. L'école avait créé pour cela un espace où des personnes extérieures à l'établissement pouvaient venir recevoir des soins en ostéopathie pour le tiers du tarif pratiqué par les ostéopathes en dehors de l'école. Un groupe d'encadrants composé de médecins et d'ostéopathes diplômés était alors constitué pour veiller au bon déroulement de cette mise en situation de l'étudiant. Le médecin contrôlait la bonne maîtrise des connaissances théoriques et gestuelles provenant de la culture médicale, puis il était relayé par l'ostéopathe qui supervisait le raisonnement ostéopathique et les soins apportés au patient. Enfin suivait une phase dite de « débriefing » où se réunissaient dans un même lieu, étudiants, médecins et ostéopathes. Durant ces débats l'étudiant pouvait constater que l'approche conceptuelle et pratique à laquelle les ostéopathes adhèrent, celle-là même qui était apparue au moment de l'apprentissage comme très éloignée des critères de rigueur scientifique, n'était ni critiquée ni rejetée par les médecins.

L'approbation de ces médecins qui nous avaient enseigné la connaissance théorique issue de l'alliance entre science, technique et médecine, devenait une forme de garantie de non-contradiction entre les deux modèles. L'extrait ci-dessous, réalisé auprès d'un professeur de médecine qui nous enseignait les matières médicales, en est un excellent exemple :

> *C'est à dire que quand j'ai voulu, à l'époque justement avant que tu rentres à l'école, alors que l'ostéopathie sentait encore le souffre, et bien, ce que je faisais, j'avais un service à l'hôpital nord, et j'explorais mes malades correctement et lorsque je ne voyais aucune lésion organique et que je pensais que les traitements allopathiques n'étaient pas suffisants pour améliorer, ne marchaient pas, je me suis dit : pourquoi pas l'ostéopathie ?. Et c'est comme cela que j'ai pu rencontrer Christian Defrance [ostéopathe], Alain Auberville [ostéopathe], et Philippe Mahé [médecin et ostéopathe] qui venaient à tour de rôle dans mon service assurer une consultation de patients.* (Professeur A)

La représentation d'une ostéopathie autonome marginale et contestée sur le plan scientifique, se modifie lorsque l'ostéopathe relate face aux étudiants de tels événements où la discipline

n'est plus confinée à une pratique individuelle en cabinet, mais pénètre des structures comme l'hôpital. La figure des médecins-ostéopathes enseignant à l'école contribuait significativement à cette impression que le dialogue était non seulement possible mais également constructif entre ces deux visions dont ils témoignaient qu'elles ne s'excluaient pas mutuellement.

Proximité dans l'école des médecins et des ostéopathes, leurs relations de collègues partageant un statut similaire d'enseignant au sein de l'établissement, les anecdotes sur leur coopération thérapeutique en dehors de l'école, l'absence de critique sur les manières de faire ainsi que le respect des champs de compétences de chacun etc., cette dynamique du jeu social se déroulant sous l'œil des étudiants de l'établissement m'apparaît comme ayant joué un rôle important dans le dépassement du conflit de raison autour de la notion du « scientifiquement prouvé » et favorisé la progressive adhésion des étudiants aux valeurs et concepts de l'ostéopathie.

L'expérience de la clinique.

La clinique de l'établissement, qui permettait de recevoir et prodiguer des soins ostéopathiques à des patients venant de l'extérieur, est un espace où il est possible d'observer sur une durée plus courte la matérialisation d'une préférence pour une gestion séparée de ces deux modes de raisonnement. Cette initiation qui finalisait la formation de l'étudiant reproduisait au sein de l'école des conditions similaires à une consultation se déroulant dans un cabinet. L'étudiant devait retirer auprès du secrétariat un dossier où était noté le nom du patient du jour. Le dossier était composé de deux feuillets et devait guider l'étudiant au cours des 45 minutes de la consultation.

Une fois face au patient, l'étudiant se préparait à remplir la <u>première</u> page du dossier sur laquelle était inscrit « Motif de consultation de la séance et interrogatoire médical». L'étudiant avait pour consigne dans un premier temps de raisonner en utilisant les critères et protocoles d'interrogatoires médicaux qui lui avaient été enseignés par les médecins (la première page du dossier). Durant cette période « médicale » de la clinique, il avait à sa disposition, en plus de la blouse blanche qu'il portait pour le temps de la consultation, la petite trousse où se trouvait un stéthoscope, un marteau à réflexes et un tensiomètre, c'est-à-dire les instruments élémentaires lui permettant de reproduire la gestuelle médicale. Les

médecins avaient également transmis aux étudiants les moyens mnémotechniques appris lorsqu'ils étaient eux-mêmes étudiants en médecine. Par exemple, lorsque l'étudiant devait interroger médicalement la douleur du patient, il pouvait utiliser la formule « SITIDECAH » (chaque lettre correspond à une question, par exemple « S » pour Siège de la douleur correspond à la question : mais où avez-vous mal ?). L'étudiant pouvait ainsi reproduire le questionnement médical en respectant une procédure précise qui correspondait aux classifications utilisées durant les enseignements médicaux.

Durant cette phase, l'étudiant, pour tenter de déceler la présence d'une éventuelle pathologie médicale, s'alignait sur la vision médicale d'un corps fragmenté, vision directement liée à l'évolution des savoirs, des spécialités et des instruments médicaux (Pinell, 2005). Cette phase était le moment privilégié pour que le médecin enseignant présent puisse faire irruption dans la pièce et vérifier que l'étudiant agissait et raisonnait en concordance avec la vision médicale. Lorsque le médecin rentrait plus tard dans la pièce (la phase médicale terminée), alors il ne consultait que les pages du dossier réservées aux investigations médicales et jamais ne s'exprimait sur la phase ostéopathique en cours.

Si une « maladie médicale » était suspectée, l'étudiant ostéopathe n'avait pas de légitimité plus avant dans le processus diagnostique de la maladie dans son acception médicale. Il devait simplement réorienter le malade vers la médecine s'il le jugeait nécessaire. L'un des ostéopathes enquêtés mentionne cette étape particulière: « Le patient, s'il a un symptôme, qui peut faire évoquer une pathologie qui n'est pas de notre ressort, on identifie et l'on renvoie [à un médecin] ». Ainsi, lorsqu'il utilise le langage et la gestuelle propre à la médecine, l'ostéopathe endosse le rôle d'aiguilleur entre deux espaces thérapeutiques différents, mais sans disposer ni de la légitimité (établir un diagnostic ayant une valeur auprès des institutions médicale), ni des moyens d'action disponibles dans l'univers médical (prescription de médicaments, examens complémentaires : bilans sanguins, radiographie, etc.).

Une fois la phase médicale terminée, l'étudiant pouvait tourner la page du dossier et lire au sommet de la nouvelle page « diagnostic ostéopathique ». Il s'agissait alors pour l'étudiant de basculer sur une appréhension strictement ostéopathique de la plainte du patient. Ainsi, si durant la première phase du traitement, une chute sur la tête devait faire suspecter à l'étudiant l'éventuelle présence d'une poche de sang dans le crâne et rechercher les signes cliniques correspondants, cette étape médicale écartée, la chute et son histoire pouvaient être

transposées dans la représentation ostéopathique du corps et devenaient une origine possible pour des plaintes aussi diverses qu'une douleur d'épaule, ou un état de fatigue prolongé.

Une cohabitation choisie.

Si nous avons examiné l'ostéopathie sous l'angle de son enseignement, c'est pour étudier la façon dont enseignants et étudiants agissaient dans un univers où deux systèmes de pensée étaient amenés à cohabiter : la culture médicale d'un côté et le modèle empirique de l'ostéopathie de l'autre. Les ostéopathes qui ont mis sur pied ces formations pédagogiques n'ont pas été forcés d'y faire cohabiter ces deux systèmes cognitifs. Les structures d'enseignement de l'ostéopathie autonome en France se sont développées illégalement et donc en dehors de tout cadre réglementaire où il y aurait eu une position officielle visant à rendre obligatoire l'enseignement de la médecine dans le cursus des ostéopathes. La présence de la culture médicale dans l'enseignement était donc le résultat du choix des ostéopathes qui développèrent ces formations. L'analyse de cette cohabitation et de la façon dont la culture médicale et la pensée ostéopathique étaient administrées au sein de l'établissement montre que les dirigeants ont opté pour une cohabitation bipartite et non pour un mélange entre les deux systèmes.

Dans d'autres exemples de cohabitation étudiés, la médecine ayurvédique en Inde ou une école de naturopathie à Londres, les enseignements sont légaux et le modèle médical a été imposé par les institutions comme référent pédagogique (Naraindas, 2006). L'analyse des effets d'une cohabitation « forcée » au sein d'une école *moderne* de médecine *traditionnelle* en Inde, amène l'auteur à conclure que, ce que certains ont perçu à priori comme un échange de bons procédés entre médecine allopathique et ayurvédique, consiste concrètement à séparer les pratiques anciennes de leurs systèmes explicatifs, jugés non valides au regard des critères scientifiques habituellement utilisé dans la médecine moderne (Naraindas, 2006). En comparaison, notre analyse au sein d'un système illégal d'enseignement permet d'observer les effets d'une cohabitation «choisie » et surtout sous le contrôle de la discipline la plus fragile institutionnellement. L'observation permet de montrer comment les dirigeants ostéopathes ont mis en place au sein de l'établissement une gestion sociale et spatiale de la cohabitation qui tient à distance de l'enseignement les jugements du modèle médical dominant. Le modèle conceptuel qui s'est développé en dehors de l'ethos scientifique se préserve de cette manière

des effets discriminants qui résultent d'une situation où les normes scientifiques et médicales s'imposent naturellement et massivement à l'ensemble de l'enseignement.

Nous avons mis en perspective la façon dont le savoir ostéopathique avait pu être enseigné sans être auparavant passé par la phase de traduction et de recherche systématique d'équivalence scientifique dont parle Naraindas dans son étude (2006). La souplesse dans le rapport à la vérité scientifique au sein du système d'enseignement permettait aux enseignants de tisser de nombreux liens avec d'autres médecines— comme la médecine chinoise et ses raisonnements et pratiques énergétiques – alors que d'autres enseignants préféraient tenter de mesurer et schématiser le savoir ostéopathique de façon à le transmettre de nouveau, mais dans un langage plus scientifique. Mais quelle que soit la position choisie, aucune manière de voir n'était imposée directement par le modèle médical évoluant à proximité.

L'ostéopathie autonome s'organise autour de la protection d'un système de pensée qui, s'il n'est propre à cette discipline, s'affiche surtout comme différent de la médecine conventionnelle : « La médecine allopathique a beaucoup de mal à considérer le corps dans une globalité. Et quand on dit que, il y a un devant et un derrière à l'organisme, et que les deux communiquent, c'est dur pour eux, c'est très très dur. » Ostéopathe A. Cette frontière que les ostéopathes interviewés tracent entre deux modes de représentation de l'unité du corps humain, trouve sa traduction dans la gestion des espaces d'enseignement. À ce propos, nous avons mis en évidence qu'une fois le statut légal acquis par l'ostéopathie, deux responsables de grands syndicats d'ostéopathes interviewés expriment la volonté de tenir le modèle pédagogique médical à distance d'enseignements théoriques qui avaient auparavant souvent été confiés à des médecins.

Lorsque Naraindas étudie les effets résultant de l'imposition de la culture médicale dans une école traditionnelle en Inde, il montre que les thérapeutes sortant de cette école étaient désormais dans l'incapacité de raisonner dans la globalité caractéristique de l'ancien modèle de pensée et de s'écarter des catégories et notions de preuves héritées de la médecine moderne (2006). Nous avons mis à jour un processus localement très similaire en décrivant la réaction des étudiants de l'établissement confrontés pour la première fois au modèle ostéopathique. D'abord socialisés dans la méthode scientifique d'administration du savoir, les étudiants témoignent d'une difficulté à opérer un changement lorsqu'il s'agit de basculer dans le système cognitif que propose l'ostéopathie. devant l'absence des références habituelles entourant les énoncés, ils contraignirent aussitôt le nouveau modèle et demandèrent un effort de traduction et de mise en forme du savoir pour qu'il corresponde à sa forme habituelle : catégories médicales, images, graphiques et mesures, c'est-à-dire d'autres supports de la

preuve qu'un simple ressenti, bien que cette méthode de travail soit celle en vigueur au sein de la communauté des ostéopathes. Ce désaccord entre étudiants et enseignants met en lumière la séparation entre, d'un côté, des étudiants qui attendent au départ un savoir objectif, et de l'autre, ceux qui dispensent le savoir ostéopathique et l'enrichissent et qui semblent ne plus raisonner dans le même paradigme de l'objectivité.

Troisième partie : Douleur et ostéopathie.

Le chirurgien René Leriche écrivait en 1936 : « la santé c'est la vie dans le silence des organes ». Depuis, certains ont vu la nécessité de réactualiser cette formule en l'étendant aux nouveaux niveaux d'investigation des processus pathologiques : le tissu, la cellule, le gène ou la protéine. Le psychiatre Olivier Bezy montre, dans un article qui commente cette formule, l'incohérence d'un tel déplacement qui irait jusqu'à faire de la santé « le silence de la cellule », signifiant alors précisément l'inverse de ce que le chirurgien avait tenté selon l'auteur d'exprimer : une mise en garde contre la déshumanisation de la médecine et le peu de valeur accordé à la douleur du patient (2009). Cependant ce déplacement est tentant lorsque l'on observe que les appareils permettent d'investiguer l'intérieur du corps, des cellules et des gènes et qu'ainsi ils viennent prendre la parole pour légitimer ou non la maladie (Gaudillière, 2006). Ces nouvelles techniques d'investigations recherchent la preuve visible de la rupture avec l'état de santé dans ces espaces internes autrefois silencieux et inexplorables (voir partie 1). Seulement, lorsque les tests médicaux n'apportent pas la preuve nécessaire, et que les images et les mesures sont « normales », la souffrance telle qu'elle est expérimentée par le malade, reste ce qui définit la rupture avec l'état de santé et ce qui pousse la raison à chercher à savoir pourquoi le corps souffre. En 1936, Leriche s'interroge sur la prise en compte de l'expérience de la souffrance dans la médecine en France. Il cherche à mettre en garde la profession médicale sur le fossé qui se creuse entre la maladie « clinique » qui se focalise sur la « lésion » et la maladie vécue comme une expérience globale et subjective par le malade, ce qu'il appelle « la maladie du malade » (Bezy, 2009).

C'est sur cette dimension subjective de la maladie et particulièrement sur l'originalité des représentations qu'en ont les ostéopathes que nous allons porter notre regard tout au long de cette partie. Il ne s'agit pas tant de rendre compte des représentations et approches cognitives de la douleur en ostéopathie (même si approfondir cet aspect me paraît intéressant), que d'examiner les modalités de la légitimation, par les pouvoirs publics, d'une thérapeutique

qui redonne une préséance à l'expérience subjective de la maladie et qui l'aborde sans nécessité d'une forme particulière de preuve matérielle. Mais pourquoi partir de l'expérience de la maladie par le malade pour parler des forces qui pèsent pour ou contre la légitimation de l'action thérapeutique de l'ostéopathe ? Pourquoi ne pas aborder cette question sous l'angle des pressions au sein de l'arène publique et de l'influence de facteurs extérieurs comme la médicalisation des espaces politiques et de l'expertise scientifique (Benamouzig & Besançon, 2005), ou encore de l'intérêt croissant du pouvoir à considérer la souffrance de la population comme un ressort politique (Fassin, 2010) ? Parce que les interviewés, qui ont été des acteurs clefs du débat, ont révélé que l'enjeu central des débats avait été le questionnement de la *réalité* de l'action des ostéopathes sur les malades et la maladie.

Nous allons essayer dans un premier chapitre de caractériser l'action de l'ostéopathie sur les malades et nous demander pourquoi elle apparaît contestable pour la médecine conventionnelle. La difficulté, en choisissant une approche qui prend pour objet le thérapeute et sa pratique, est de ne pas tomber dans l'impossible débat épistémologique que suscite la question posée par la médecine et la science : est-ce que l'ostéopathe dit le vrai du monde qui l'entoure ou est-ce que son savoir repose sur un ensemble de chimères? De la même façon que nous avons cherché, dans les deux premières parties, à éviter les écueils que soulèvent un tel questionnement, le but n'est ici pas de juger du bien-fondé ou non de la pratique des ostéopathes. Mais, alors que les acteurs interrogés réagissent et se replacent dans le débat épistémologique suscité par la rencontre ostéopathes/médecins, comment penser les pratiques et les savoirs sans se poser la question de leur validité? Il s'agit d'échapper à une analyse qui adopterait le discours de ceux qui font figure d'héritiers de notre culture dominante, issue de la médecine et la science, comme l'étalon de référence qui nous permettrait de juger de la validité de la vision défendue par les ostéopathes.

Dans la deuxième partie de ce travail, nous avons montré comment les étudiants ostéopathes avaient eux-mêmes jugé du caractère exotique d'une discipline contrastant avec les pratiques scientifiques habituellement utilisées en médecine. Lorsque les étudiants appréhendent l'ostéopathie sous l'angle de la culture, elle leur apparaît discutable voir « magique » en comparaison des procédures utilisées en médecine et en sciences qui, selon eux, construisent des preuves incontestables. Comme le souligne Bruno Latour, faire une anthropologie des pratiques qui nous sont proches au sein de nos sociétés dites modernes ne doit pas consister à recréer de l'exotisme de proximité et réduire les pratiques étudiées à leur dimension « folklorique » sur fond de vérité scientifique (2004). Une solution

méthodologique que propose l'auteur serait d'éviter la question épistémologique et de considérer que le positionnement du médecin scientifique sur le monde doit être analysable par le chercheur en sciences sociales au même titre que celle de l'ostéopathe.

Contourner la question épistémologique constitue le point de départ des *Science Studies* qui proposent d'adopter une position particulière héritée du *programme fort* de la sociologie des sciences (Pestre,2006). Cette position, au contraire des épistémologues, ne part pas du postulat que l'objet « sciences » peut exister indépendamment de l'ensemble social qui l'influence et dans lequel il s'inscrit (Pestre,2006). Les représentations qui sont attachées à une science idéalisée comme ayant permis de quitter un monde d'illusions pour entrer dans la modernité se modifient ainsi au profit d'une logique de fonctionnement et de pratiques dont le but n'est pas d'abord de produire des vérités sur le monde mais avant tout d'être « capable de peser sur lui » (Pestre, 2006, p.31). Les historiens, sociologues et anthropologues des sciences proposent pour cela d'adopter une approche anthropologique des usages et pratiques de la science de façon à ce que la question épistémologique perde de son intérêt et que l'argument scientifique devienne ainsi un objet d'étude (Pestre, 2006).

Plus spécifiquement au domaine de la santé, le médecin et anthropologue Didier Fassin propose de mettre en lumière les rapports entre le pouvoir et la maladie et souligne que pour y parvenir, il faut « reconnaître qu'à travers les savoirs, les représentations, et même les recherches de sens, la maladie relève toujours du pouvoir–celui du sorcier, celui du médecin, celui de l'État » (1996, p15). Ce type d'approche permet de redonner une place centrale à l'étude des rapports de pouvoir pour comprendre comment s'élabore et se transforme le milieu de la santé. Elle démontre que la question du pouvoir dans le domaine du soin est déjà présente dans les relations qui se nouent entre le malade, la maladie et le thérapeute; qu'il s'agisse d'un sorcier, d'un ostéopathe ou d'un médecin.

L'originalité de notre approche sur l'ostéopathie est qu'elle nous propulse au centre d'interrogations où se mélangent des questionnements autant scientifiques que politiques. Le discours sur la science et la médecine est inséparable des dynamiques politiques et sociales qui lui sont attachées. Dans la suite de ce travail nous allons donc tenter de construire un cadre d'analyse qui nous permette de produire une anthropologie des pratiques de santé et de les mettre en lien avec une analyse des enjeux sociaux classiquement liés à une approche davantage sociologique (Vailly, 2011). Cette méthode doit nous permettre d'accéder au positionnement relatif des médecins et des ostéopathes dans le débat et de montrer comment les deux camps tentent d'imposer leurs représentations du malade et de la maladie pour faire ainsi advenir ou bien conforter leurs pouvoirs d'action dans le système de santé. Tout l'enjeu

du dernier chapitre de ce travail sur l'ostéopathie est de parvenir à analyser les multiples enjeux que dissimule un recours à la médecine des preuves –qui va à priori de soi – pour arbitrer *politiquement* la place devant être accordé à l'ostéopathie dans le champ de la santé en France.

Pratiques et représentations de la douleur en ostéopathie.

Les sciences sociales se sont beaucoup intéressées aux tensions existant entre d'un coté l'expérience que fait le malade d'un corps qui souffre, et de l'autre le modèle médical actuel qui écarte cet aspect individuel de la maladie au profit de l'objectivation de la preuve physique qui correspond à cette souffrance. Comme nous l'avons vu dans la première partie de ce travail, la naissance de la clinique marque le point de départ de cette objectivation de l'espace intérieur du corps humain par la médecine. La maladie devient un objet savant dont l'existence ne correspond plus au récit de la souffrance par le patient, mais est conditionnée par la découverte de la lésion (Foucault, 1967). Cette recherche de la lésion visible domine toujours la pratique médicale mais elle plonge désormais avec les progrès de la recherche biomédicale de plus en plus profondément dans les nouveaux niveaux d'analyse du corps – molécule, cellule, gène – à la recherche de cette preuve matérielle qui signe l'existence de la maladie (Rhodes et al, 1999). Mais, si d'un coté la médecine moderne a prouvé sa capacité à guérir la plupart des maladies dont la plainte a pu être authentifiée, de nouveaux thérapeutes de leur coté revendiquent un pouvoir de soigner les souffrances qui ne trouvent pas leur correspondance dans le corps tel que se le représentent la médecine et la science.

La douleur : délimiter un territoire thérapeutique.

Cette question de la répartition du pouvoir d'intervention sur la plainte objectivable ou non était le véritable enjeu du discours des médecins et des ostéopathes interrogés. La série d'extraits présentés ci-dessous s'ouvre sur le point de vue du professeur de médecine chargé de rédiger les décrets d'application de la loi de 2002, Professeur B. Les deux extraits qui suivent donnent la parole à deux ostéopathes responsables de syndicats de la discipline qui ont été conviés à débattre par Professeur B. Les médecins interrogés et mandatés par les pouvoirs publics n'étaient pas des spécialistes de *la douleur* ni de l'évolution des techniques

et représentations autour de sa prise en charge au sein de la médecine. Les propos et le positionnement des médecins sur la douleur retranscrits ici ne sont donc pas à comprendre comme représentatifs de l'ensemble du corps médical. Le point de vue médical sur la douleur et les troubles fonctionnels que nous présentons est celui des médecins-experts qui ont été personnellement acteurs de l'intégration de l'ostéopathie.

> *GDM : Pourquoi vous a-t-on a appelé : « Monsieur Ostéopathie » ?*
>
> *- Oh mais on m'a appelé Monsieur plein de truc ! « Monsieur les médecins étrangers » aussi. Tous les dossiers pourris, c'est moi qui les ai faits !* […] *Tout le monde sait que c'est moi qui ai rédigé le décret.*
>
> *GDM : Pourquoi selon vous ce dossier-là a pris une ampleur si importante ?*
>
> *- D'abord, parce que les ostéopathes font du lobbying, et donc ils font, j'appelle ça l'effet Kronenbourg. C'est beaucoup, beaucoup de mousse pour pas beaucoup de bière. Ils savent que c'est important de faire mousser le sujet. Ils font de la com, ils sont très bons là- dessus. Parce que ce n'est quand même pas un sujet, il n'y a pas de morts, on n'a tué personne. Si l'ostéopathie existe pas…c'est pas le cancer, ils vont pas mourir. D'ailleurs, les gros problèmes de santé publique, aujourd'hui c'est quand même le cancer et maladie cardio-vasculaire. (Professeur B)*

> *C'est vrai qu'il* [le modèle médical] *est efficace dans une frange de la médecine. Moi je suis ravi qu'un anesthésiste, qu'un chirurgien, me prennent en charge quand j'ai une merde. Et là, le modèle il marche. Mais il est très fortement en difficulté quand on arrive sur la plainte fonctionnelle du patient qui me dit : « Et bien, moi, je digère mal, j'ai mal au dos, je n'arrive pas à avoir une vie sexuelle normale, et caetera, et caetera. » (Osteopathe 1)*

> *Donc, nous avons les prérogatives des professions médicales dans un domaine restreint ou soi-disant restreint qui est le trouble fonctionnel, mais le trouble fonctionnel c'est quoi ? C'est 80 % des consultations de médecine de ville. (Ostéopathe 3)*

Le médecin interrogé dans le premier extrait cherche ici à imposer sa vision qu'il existe un décalage entre l'importance que sont parvenus à donner les ostéopathes à leur discipline « beaucoup de mousse », et l'insignifiance de ce qu'ils soignent : « Parce que c'est quand même pas un sujet, il n'y a pas de morts, on n'a tué personne. Si l'ostéopathie, existe pas…c'est pas le cancer…ils (les patients) ne vont pas mourir ». Il nous faut rappeler ici l'existence d'un contrat qui lie la profession médicale et l'État, qui fait que seul le médecin est légalement apte à accomplir la mission de veiller sur la santé de la population et d'informer les autorités sur ce qui constitue ou non un « gros problème de santé publique ».

En plaçant le débat au niveau de la « santé publique », l'interviewé rappelle que son positionnement sur ce qui est ou non important détient une légitimité particulière liée à la relation de confiance qu'entretient sa profession avec les pouvoirs publics. En reconnaissant un domaine de compétence aux ostéopathes dans la loi de 2002, le médecin considère que l'État s'est partiellement désolidarisé de son avis de médecin qui n'estime pas ce « sujet » comme important. En utilisant la métaphore de la mousse sur la bière, le médecin interprète la décision des pouvoirs publics non pas comme un désaveu de l'expertise médicale mais comme le fruit d'une manipulation de la part des ostéopathes qui ont « fait de la mousse », c'est-à-dire trompé l'État sur l'importance des troubles qu'ils prétendent soigner. Comme la mousse dans le verre de bière, l'ostéopathie occupe l'espace mais présente peu d'intérêt en comparaison de ce qui se révèle vraiment utile : la médecine.

Pour appuyer sa démonstration, le médecin fait la distinction entre d'un côté les maladies qui mettent en jeu le pronostic vital du patient et qui constituent les *vrais* « sujets » de préoccupation pour la santé publique et de l'autre des troubles de second plan qui n'ont «tué personne ». Il introduit ainsi une hiérarchisation des troubles en fonction de leur gravité, ce qui lui permet de placer la médecine en position dominante par rapport à l'ostéopathie, car soignant les maladies associées à la notion de danger mortel. La mise en concurrence des deux disciplines au sein de cette représentation verticale des maladies lui permet de conclure à la plus grande utilité sociale de son modèle –qui sauve des vies – et à lui opposer le rôle social superflu de l'ostéopathie. Pour finir il accuse d'imposture les ostéopathes qui, bien que lucides sur l'évidence de leur insignifiance, ont décidé de la dissimuler par un moyen d'un travail d'annonce disproportionné au sein des sphères profanes comme les médias et les pouvoirs publics.

Dans les extraits qui suivent, c'est au tour des ostéopathes de se positionner face à la médecine. Pour cela, comme le médecin interviewé, ils produisent une classification des maladies qui met en valeur leur discipline : une classification horizontale qui leur permet de retenir le critère du *nombre* de malades et ainsi contester la supériorité revendiquée par le médecin qui raisonnait sur la gravité des troubles.

La description des deux ostéopathes montre d'un coté les maladies organiques qui relèvent de spécialistes et de l'autre coté des troubles généraux sur lesquels les deux visions, médicale « de ville » et ostéopathique, sont présentées comme concurrentes. Le premier ostéopathe reconnaît sans réserve l'efficacité de la médecine ainsi que l'inadaptation de son modèle sur la première fraction des maladies, peut-être de façon à mieux affirmer l'échec de

la médecine et la suprématie de la vision qu'il défend sur la seconde et qui amène selon lui les patients à le consulter : « *je digère mal », « j'ai mal au dos », « je n'arrive pas à avoir une vie sexuelle normale*. » Une forme de complémentarité est d'autant plus souhaitable pour lui que l'ostéopathie a tout à gagner d'un tel bouleversement.

La position du médecin se traduit par une attitude défensive parce que son monopole est contesté. À l'inverse le statut des ostéopathes, tout juste légaux et sans aucun territoire constitué, leur permet d'adopter dans le rapport de force une attitude conquérante. Ainsi le premier ostéopathe n'hésite pas à présenter la médecine comme une discipline immature qui refuserait de reconnaître l'intérêt de ce qui est présenté comme une collaboration. De la même façon, le deuxième ostéopathe présente la médecine comme essayant de minorer l'importance du territoire thérapeutique ostéopathique puis conteste cette représentation « soi-disant restreinte », et montre qu'au contraire, en raisonnant sur le nombre de malades, se révélerait la véritable importance de son action.

Ostéopathes et médecins interviewés s'accordent donc sur le fait que l'ostéopathie s'adresse à une fraction de motifs qui ne trouvent pas de réponse appropriée au sein de la culture médicale conventionnelle. Le qualificatif « fonctionnel » est utilisé en médecine pour caractériser une plainte qui ne trouve pas de correspondance biologique dans le corps du patient et qui est réputée difficilement traitable par les techniques médicales habituelles. Il faut cependant nuancer : l'ensemble de la profession médicale ne respecte pas cette dichotomie entre d'un coté la « douleur normale » car objectivable, et de l'autre la douleur « fonctionnelle » qui résiste aux investigations et traitements disponibles en médecine. Par exemple, certains segments de la profession médicale comme les médecins qui travaillent à la mise en place de centres de la douleur étudiés par Isabelle Baszanger, s'opposent à cette classification et introduisent de nouvelles définitions, représentations et pratiques autour de la douleur « fonctionnelle » (Baszanger, 1995).

Les extraits présentés mettent en évidence un conflit sur l'importance relative des douleurs fonctionnelles et donc du pouvoir social de l'ostéopathe dans le système de soin. Pour le médecin si l'ostéopathie s'est vue légalement accorder un domaine de compétence, elle a commis la faute de ne pas avoir su rester discrète. La compétence et le savoir ostéopathiques doivent apparaître comme secondaires, à l'image des troubles sur lesquels ils s'appliquent. L'on peut supposer que l'acceptation par les ostéopathes que leur discipline est

une *sous discipline*[36] s'adressant à une catégorie de *sous-maladies* est un enjeu d'autant plus important pour le médecin interrogé si le savoir faire médical se montre moins performant sur ce segment.

À l'issue de cette première analyse, on se représente mieux les enjeux qui se cachent derrière l'appréciation des « troubles fonctionnels » et leurs prises en charge. Les ostéopathes interrogés revendiquent une réappréciation de l'importance de ces troubles auxquels leurs compétences et savoirs apporteraient des réponses adaptées là où la médecine serait en difficulté. Mais quelles peuvent être les différences entre l'intervention d'un ostéopathe sur ce segment des troubles et ce que propose plus classiquement un médecin ? Qu'est ce qui les distingue? Pour tenter de répondre à cette question, nous procéderons en deux temps et montrerons premièrement les particularités de l'approche cognitive de la souffrance dans le milieu ostéopathique et deuxièmement quelle en est la traduction sociale en comparaison avec la vision médicale.

Le traitement de la douleur.

Il s'agit de comprendre la façon dont l'ostéopathe estime et intègre la plainte subjective des patients au cours des tests diagnostiques et des réponses thérapeutiques qu'il apporte. Dans l'extrait présenté, l'ostéopathe décrit la manière singulière qu'il a de prendre en charge le malade dans une réponse qui, selon notre expérience, constitue un exemple tout à fait typique de raisonnement sur la plainte.

> *- Un patient vient pour une lombalgie. On en voit 5 par jour, 10 par jour. Le premier patient, je vais lui faire le rachis cervical surtout. Je ferai sûrement un geste symptomatique* [sur la zone douloureuse] *en bas pour le soulager, mais je sais que la cause primordiale, la plus importante, c'est l'accident de bagnole qu'il a eu il y a 10 ans qui lui ont scotché les cervicales et depuis il a un problème de posture, sa posture est déréglée, et ses lombaires souffrent.*
>
> *GDM : Et ça vous le savez…. A partir de votre ressenti… comment est-ce que…*

[36] L'analyse de la division médicale du travail au sein des institutions de soin par H. Hughes révèle une organisation en disciplines et sous disciplines se redéfinissant sous un contrôle attentif des médecins. Dans ce modèle, à une tache noble correspond un outillage et un savoir faire spécifique. E.C. Hughes, Le regard sociologique, *édition de l'EHESS*, 1996, Paris.

- Lorsqu'un patient vient dans mon cabinet, systématiquement, je l'ausculte des pieds à la tête. Et une fois que je l'ai examiné, j'ai identifié 5 ou 6 régions du corps qui ne fonctionnent pas bien en termes de mobilité.

GDM : Et ça par le touché ?

- Oui. Bien sûr. C'est une construction à la fois théorique, à la fois palpatoire, à la fois expérimentale. Enfin sur l'expérience. Le patient suivant peut venir avec à peu près avec les mêmes symptômes. Pour traiter son lumbago, je vais peut-être soigner son entorse de cheville. Et puis, le patient suivant, si c'est une patiente, par exemple, je vais être amené à lui manipuler l'utérus. Et puis, le suivant, je vais peut-être lui manipuler… Je dis « manipuler l'utérus[37] *», je ne ferais pas que cela, mais dans mon diagnostic ce sera le point le plus important. Le suivant, ça va être la cage thoracique, et puis, celui d'après, ce sera le foie, et cætera, et cætera. Donc, finalement, sur dix patients que je vois dans une journée avec une plainte que le médecin qualifierait d'identique, je vais arriver à dix traitements qui seront différents.* (Ostéopathe A)

Cet extrait montre comment, lors de l'examen manuel du patient l'ostéopathe identifie une série de régions du corps qui ne lui semblent pas suffisamment mobiles par rapport aux autres structures environnantes. Dans certains cas, la région peut être localisée dans la zone douloureuse, mais dans d'autres, le diagnostic manuel oriente le thérapeute vers des zones éloignées mais qui lui apparaissent comme l'origine de la souffrance exprimée par le patient. Mais surtout, cet extrait montre que même si le test manuel n'a pas permis à l'ostéopathe d'identifier un problème particulier dans la zone douloureuse, l'authenticité de la douleur exprimé par le patient n'est pas questionnée. On peut voir aussi que ce non-questionnement de la douleur comme symptôme s'accompagne d'une prise en compte de l'histoire biographique du patient et d'une investigation d'autres zones du corps souffrant comme le crâne, les viscères, les muscles et le squelette, ce qui est la pratique standard en ostéopathie.

Au cours de l'enseignement ostéopathique, la douleur du malade nous était toujours présentée comme le premier élément à interroger durant le processus diagnostic et le dernier à réaborder chronologiquement dans la consultation comme élément de comparaison et de vérification de l'efficacité du soin apporté au patient. Ainsi dans l'univers thérapeutique ostéopathique, le symptôme douloureux apparaît toujours authentique – et fréquemment la cheville ouvrière du diagnostic et du traitement – et cela même si les tests cliniques traditionnels n'apportent aucune justification locale à la sensation douloureuse présentée par le patient.

[37] La manipulation de l'utérus est une technique dîte « viscérale » qui s'effectue les mains placées sur la partie inférieure du ventre du patient, en regard de la structure utérine.

L'absence de « maladie » en ostéopathie.

Dans l'extrait qui suit, on peut voir un positionnement courant de la médecine conventionnelle sur la façon dont les ostéopathes se représentent la douleur et comment cela se traduit dans leurs pratiques.

> *- Ils [les ostéopathes] disent: Nous, on prend le malade dans sa globalité. Donc, si vous voulez, la description du réel ne fait pas partie de la démarche ostéopathique. Elle est … c'est dans le ressenti !*
>
> *GDM : Pourquoi vous pensez que globalité et description du réel pour eux, ça ne va pas ensemble ?*
>
> *- Je ne leur ai jamais posé la question dans ce sens là. Parce qu'ils vont vous dire que le réel c'est ce qui est ressenti par le patient. (Professeur B)*

Le discours de ce médecin rejoint la représentation de la maladie observée par Kleinman comme divisée entre d'un coté son versant médical et objectif et de l'autre son versant subjectif qui correspond à l'expérience que fait le patient de sa maladie (Kleinman, 1978). Le médecin interrogé affirme que pour être juste, la description du réel doit être séparée de l'expérience douloureuse telle que la vit le patient. C'est au nom du non-respect de cette séparation que dans l'extrait, le médecin disqualifie la représentation que propose l'ostéopathe de la douleur.

En effet dans la culture médicale actuelle, produire de l'objectivité sur la maladie est un acte technique et scientifique qui consiste à rechercher à partir du symptôme douloureux la preuve biologique de la maladie dans le corps (Gaudillière, 2006). Pour certains patients, la douleur ressentie correspond bien à une anomalie que la médecine a pu identifier et dans ce cas, la maladie *objective* rejoint l'expérience *subjective* du patient. Cependant, d'autres études montrent que dans le cas où la médecine échoue à mettre à jour cette preuve, le patient se trouve alors exclu de « l'univers symbolique de la médecine » (Rhodes et al, 1999, p.1201), et que de cette situation, découle une rupture entre l'expérience qu'il fait de la maladie et l'impossibilité pour la médecine de l'objectiver (Delvecchio-Good, Brodwin, Good, Kleinman, 1992). À l'inverse, l'ostéopathe n'apparaît pas contraint d'objectiver la douleur à la manière du médecin, en recherchant son inscription biologique dans le corps du patient[38].

[38] Comme nous l'avons montré dans le deuxième chapitre, le modèle conceptuel ostéopathique s'est développé en dehors de cette nécessaire recherche de la preuve matérielle ayant valeur morale dans le paradigme de l'objectivité scientifique.

Le fait que la plainte formulée par le malade ne trouve pas dans la culture médicale de support objectif, n'empêche pas l'ostéopathe de l'appréhender comme la résultante *objective* d'un déséquilibre qu'il localise dans le corps. L'appréciation particulière de la souffrance par l'ostéopathe semble provenir du fait qu'il ne se soumet pas à la même partition entre objectif et subjectif et qu'ainsi le symptôme tel que le vit le patient n'a pas de raison d'être exclu de l'ordre du « réel ».

À la fin de l'extrait, le médecin choisit de parler au nom des ostéopathes : « ils vont vous dire que le réel, c'est ce qui est ressenti par le patient ». Pour le médecin, l'ostéopathie se trompe dans la manière dont elle appréhende la douleur. Il montre que l'ostéopathe confond l'expérience douloureuse – subjective et, en l'absence de preuve, non-pathologique[39] – avec la maladie objectivée et dont la douleur n'est qu'un symptôme. En d'autres termes, le médecin montre que l'ostéopathe fait fausse route lorsqu'il fait de la douleur une « maladie », et cela, alors qu'il n'est pas habilité à faire les tests médicaux permettant de l'objectiver.

On voit donc que l'ostéopathe revendique un pouvoir thérapeutique sur des patients que la médecine classique pour sa part, choisi de définir comme *normaux* en l'absence de preuve. Cependant, nous avons aussi montré que l'ostéopathe ne raisonne pas dans le même cadre épistémique que le médecin interrogé et qu'aucune nécessité culturelle ou morale ne le contraint à qualifier le patient de « malade » ou de « pathologique » – ce qui reviendrait à modifier le diagnostic médical – pour reconnaître la réalité de sa souffrance. Mais bien que – comme le dénonce le médecin – le ressenti du patient soit bien « réel » pour le thérapeute, le terme maladie n'est jamais employé en ostéopathie pour désigner l'état dans lequel se trouve le patient.

On note l'absence de référence à la maladie dans les extraits ci-dessus où l'ostéopathe parle uniquement de « plaintes ». En effet, le concept de maladie est absent de la pratique ostéopathique et, au sein de l'enseignement, était réservé aux troubles médicaux objectivés par le médecin ou suspectés par le thérapeute (voir p.46). L'ostéopathe, après avoir identifié les régions à l'origine de la douleur, décrit plutôt des états de dysfonctionnement de ces zones. Ainsi, un patient souffrant d'une douleur dans le dos qui n'a pas trouvé d'explication aux yeux de la médecine peut, pour reprendre l'exemple de l'interviewé, se voir dire par l'ostéopathe que l'origine du problème se situe au niveau du foie. Mais l'ostéopathe ne

[39] Comme l'a montré Georges Canguilhem, la médecine moderne a construit son savoir sur cette opposition entre le normal et le pathologique : le normal correspondant à l'état de santé ou en tout cas à l'absence de preuve qu'une maladie existe, qu'elle soit d'ordre physique ou mentale, et le pathologique à la maladie objectivée. (Canguilhem, 1966)

parlera pas de *maladie* du foie, mais de *dysfonctio*n du foie, son diagnostic ne contredisant alors pas l'avis du médecin sur l'absence objective de maladie. La particularité de cette façon de faire est qu'elle peut évoluer en parallèle de l'histoire médicale du patient. Ainsi, alors qu'une douleur chronique du dos peut avoir été objectivée médicalement comme la conséquence d'une maladie, l'ostéopathe pourra également intervenir sur ce qu'il nommera une dysfonction du foie si, d'après son savoir-faire, elle concourt avec la maladie à la création de la douleur du patient.

Cependant, même univers cognitif ou pas, pour la médecine, l'enjeu est important car ce glissement fait que l'ostéopathe reconnaît l'authenticité de la douleur chez des patients que la médecine avait pourtant choisi de qualifier de « normaux » devant l'absence de marqueurs biologiques signant la maladie. L'ostéopathie revendique donc un pouvoir d'action dans un interstice : celui créé par le décalage entre des corps qui se savent en souffrance et l'approche cognitive médicale classique qui les définit comme normaux en l'absence de preuve.

Comme nous l'avons mentionné en préambule à l'analyse des matériaux empiriques, les propos et le positionnement des médecins sur la douleur retranscrits ici ne sont donc pas à comprendre comme représentatifs de l'ensemble du corps médical. Le point de vue médical sur la douleur et les troubles fonctionnels que nous présentons est celui des médecins experts qui ont été personnellement acteurs de l'intégration de l'ostéopathie. Comme l'a analysé Isabelle Baszanger la médecine rassemble un nombre important de segments dont certains travaillent activement, non seulement à mieux prendre en charge la douleur et à innover dans ce sens, mais également à tenter de modifier en profondeur au sein de la profession les rapports que la médecine en général entretient avec la douleur (1995). Pour la majorité des médecins qui ne se sont pas spécialisés dans la prise en charge de la douleur, Baszanger nous apprend que la moitié des universités en France consacre moins de deux heures à l'enseignement sur la douleur.[40]

On observe donc que l'ostéopathe replace au centre en réhabilitant au rang de « maladie », la douleur fonctionnelle qui ne trouvait pas de reconnaissance dans l'approche médicale dominante. Baszanger, dans son étude sur les centres de la douleur, montre comment une frange de médecins a réussi, après beaucoup de difficultés, à créer la spécialité de médecine de la douleur en opposition à certains de leurs confrères et en argumentant sur l'incapacité de la médecine classique à prendre en charge avec intérêt et efficacité la douleur

[40] Extrait du discours prononcé par Philipe Douste-Blazy, ministre de la santé et médecin, lors du septième congrès de l'Association Internationale pour l'Étude de la Douleur. Cité par I.Baszanger, 1995, p.438-439.

(1995). Une nouvelle catégorisation de la douleur est alors créée qui place le patient anciennement fonctionnel sous le label médical nouvellement institué de «douloureux chronique ». La douleur devient « maladie en soi» (Baszanger, 1995, p.438). Cependant, Baszanger montre que cela que n'a pas permis à la médecine de s'affranchir de la représentation qui existait autour du malade fonctionnel alors que la création de cette catégorie était supposée la combattre (1995, p.443). Les innovations développées n'ont concrètement fait que repousser un peu plus en périphérie la notion de « sale boulot » qui pèse toujours sur les malades dont la souffrance résiste à toutes les tentatives de traitement (y compris les nouvelles approches et techniques des centres spécialistes de la douleur). L'auteur s'inquiète de voir les caractéristiques encore *informelles* du malade fonctionnel – « mal adapté socialement » « coûtant cher aux finances publiques » et pour qui l'attitude empathique entretient la plainte (Baszanger, 1995, p.440) – glisser et déjà investir cette nouvelle catégorie médicale de « douloureux chronique ». En fin d'analyse, l'auteur résume ainsi sa pensée :

> Je n'ai pas la naïveté de penser que les centres de la douleur auraient initié ce procédé, bien documenté par la sociologie et qu'on résume souvent dans l'expression si juste de « blâmer la victime ». En revanche, le travail que nous avons longuement étudié pour faire exister la douleur chronique comme entité médicale autonome offre aujourd'hui, à un usage tout venant, une catégorisation « douloureux chronique » établie initialement dans un cadre scientifique pour certains cas circonscrits, qui se trouve de ce fait parée d'une légitimité forte. (Baszanger, 1995, p.443).

L'auteur parle alors « d'effet pervers » à propos de la création d'une catégorie médicale de « douloureux chronique » que les médecins (et pas seulement ceux spécialistes de la douleur) peuvent facilement utiliser pour classifier le malade lorsque la nature du trouble qu'il présente échappe à leurs compréhension (Baszanger, 1995, p.439). Dans l'ouvrage, l'auteur rend compte de la combativité des médecins face aux nombreux obstacles qui ont dû être surmontés pour faire évoluer le regard de leurs confrères et des pouvoirs publics sur la notion de douleur. Cependant, elle met également en évidence que le maintien d'une catégorisation de la douleur qui récupère, malgré elle, les anciennes habitudes de faire et de penser qui existaient sous l'étiquette « fonctionnelle », continue de nuire aux malades mais également au développement des centres de la douleur qui peinent à s'imposer à cause de l'image d'une spécialité « fourre-tout », coûteuse et dont la pratique reste, comme pour l'ostéopathie, difficilement évaluable (Baszanger, 1995).

Dans l'ostéopathie, on observe que la revalorisation de la plainte est possible du fait que l'ostéopathe « ignore » la dichotomie médicale entre douleur normale, « qui répond » et douleur fonctionnelle, « qui résiste » (Baszanger, 1995, p.443). Cela fait que chaque douleur

prend alors la même importance qu'une « maladie » dont il faut trouver l'origine puis tenter d'y répondre. En d'autres termes, l'absence des catégories médicales qui organisent la répartition des malades et la division des taches entre les cas qui résistent – « le sale boulot » – et ceux qui répondent positivement aux traitements, fait que le « sale boulot » dont parle Baszanger, est pour l'ostéopathe simplement « son boulot » (1995, p.443).

Redéfinir et se réapproprier la douleur: la formule des ostéopathes.

> *Ils [les médecins] n'étaient pas capables de comprendre, par exemple, qu'une douleur d'épaule puisse être liée à un problème de foie, et que ce n'était pas l'épaule qu'il fallait manipuler mais le foie. De la même manière qu'aujourd'hui, un gynécologue qui reçoit une patiente qui a un problème de douleur dans les rapports sexuels, s'il ne trouve rien, sa réponse en général, c'est de dire: « c'est parce que vous n'êtes pas assez amoureuse de votre mari. » Mais le gynécologue n'est pas capable de comprendre que l'utérus, s'il n'est pas mobile dans sa cavité, eh bien il fera mal ! (Ostéopathe A)*

L'ostéopathe invoque par cet exemple une situation où la crédibilité de la douleur du patient est remise en question par le médecin qui « ne trouve rien » dans le corps. Comme dans l'extrait, l'étude de Kotarba et Seidel fait apparaître que les médecins peuvent être directement ceux qui mettent en doute la véracité de la douleur (1984). Mais c'est le plus souvent à travers le récit que fait le patient de sa propre expérience avec la médecine que les travaux révèlent que le patient a le sentiment que le médecin, devant l'absence de preuve médicale, conteste l'authenticité du trouble et se tourne vers des explications d'ordre social. (Garro, 1992 ; Rhodes et al, 1999). Ce que les patients perçoivent alors comme un glissement explicatif du corps vers l'esprit est vécu comme un processus stigmatisant qui transforme une douleur ressentie comme bien réelle en une affection psychologique ou sociale (Rhodes et al, 1999). Celui qui souffre se trouve, comme la jeune femme dans l'exemple, culpabilisé à la fois sur sa plainte et sur le fait que la médecine ne parvienne ni à l'expliquer ni à la traiter (Garro,1992). Dans le cas de patients souffrant de douleurs chroniques, divers travaux convergent et font apparaître qu'une proportion de patients pris en charge médicalement ont ressenti que leurs expériences étaient invalidées ou discréditées par l'absence de preuve et se sont tournés vers des thérapies alternatives, qui comme l'ostéopathie, s'adressent à la douleur sans nécessité de données « objectives » (Rhodes et al, 1999 ; Naraindas, 2006 ; Garro,1992).

L'ostéopathe suggère dans l'extrait que le modèle médical, face à son incapacité à fournir des explications biologiques, se tourne facilement vers une explication psychologisante. L'ostéopathe choisit de parler au nom d'un médecin gynécologue se trouvant dans une situation où les tests effectués sur la patiente n'ont pas permis d'identifier une origine aux troubles. Même si on peut supposer que dans la bouche du thérapeute, la réponse du médecin est une reconstruction caricaturale du discours médical, il n'y a pas de doute qu'elle se fonde sur la représentation qu'il s'en est forgé au fil des récits de patients qu'il a pu entendre durant sa pratique[41].

L'ostéopathe prend dans cet extrait le parti des patients qu'il présente comme victimes du recours à des explications psychologisantes qui font que ce n'est plus le corps qui est l'objet de l'enquête médicale mais des composantes émotionnelles ou comportementales des patients. L'ostéopathe procède de cette manière à une inversion des représentations de ce qui différencie habituellement la médecine moderne des pratiques thérapeutiques qui « raisonnent dans la globalité ». Arthur Kleinman montre qu'au sein de la culture de soins moderne, ce qui fait le succès de la médecine est qu'elle inscrit sa réalité clinique uniquement dans le corps, alors que les thérapies empiriques sont souvent perçues comme ayant recours à une symbolique qui implique beaucoup plus que le corps (1978, p.88). Dans cet extrait, l'ostéopathe nous donne ici à voir l'image inverse avec d'un coté la figure du médecin qui se résout à trouver des solutions dans la psyché du malade et de l'autre coté l'ostéopathe qui dit qu'il va réussir en réinscrivant dans le corps du patient l'origine de la douleur et discrédite le recours à des explications psychologisantes.

Nous avons montré dans la première partie que dans la compétition qui opposa à la fin du XIXe siècle la médecine aux délivreurs de soins non médecins, la profession médicale avait acquis son pouvoir thérapeutique et social en élaborant un savoir qui avait permis de transformer des événements ayant une forte composante sociale – comme l'accouchement – en des processus organiques situés dans le corps (Duden : 1963, p.17 ; Gaudillière : 2006, p.16). Dans la recherche des origines de la douleur qui oppose cette fois l'ostéopathie à la médecine, l'ostéopathe, pour démontrer l'intérêt de son modèle, attribue à son savoir cette même capacité, traditionnellement attribuée à la modernité thérapeutique, de transformer le social en physique.

[41] L'étude des récits de patients souffrant de douleurs chroniques montre que le recours à des thérapies manuelles comme l'ostéopathie intervient le plus souvent suite à une prise en charge médicale qui a échoué dans le traitement de la douleur (Rhodes et al,1999 ; Garro, 1992). Notre expérience au sein de la clinique de l'établissement m'a également permis d'observer que les patients consultant en ostéopathie pour des douleurs arrivaient presque tous avec un historique médical conséquent.

L'ostéopathe montre dans cet extrait une patiente susceptible d'être prisonnière d'un jugement social formulé depuis un point de vue d'expert. L'ostéopathe présente la patiente et par extension sa discipline comme les victimes d'un positionnement des médecins qui ne reconnaissent pas l'existence d'une autre structure cognitive, que l'ostéopathe aime à présenter ici comme une alternative au besoin de recourir à des explications psychologisantes ou comportementales (jugement sur la relation de couple, stress, mal adaptation sociale) et dégradantes pour le patient.

Reconnaître l'ostéopathie : les mobiles des pouvoirs publics.

Nous avons dans un premier temps cherché à comprendre ce qui fait que les patients se tournent vers l'ostéopathie. Pour cela, nous avons montré que le pouvoir thérapeutique de l'ostéopathe réside dans le fait qu'il appréhende la souffrance sans preuve visible de son existence, dialoguant sans contrainte avec sa traduction la plus inorganique « le ressenti du patient ». Le praticien ne partage pas avec la culture médicale cette nécessité d'objectivation de la douleur au moyen de diagnostic en image ou de mesure biologique. Il interprète les maux du patient non pas seulement comme le signe de la maladie (médicale) mais comme la manifestation d'un déséquilibre à l'échelle du corps auquel il attribue de multiples origines, variables selon les individus et leurs histoires. Ainsi le point central du chapitre précédent était de montrer comment le positionnement particulier des ostéopathes face à la douleur distingue la culture thérapeutique ostéopathique de la culture médicale.

Depuis la mise en place des plans successifs de lutte contre la douleur jusqu'à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, c'est la nécessité d'améliorer la prise en charge de la douleur qui était au centre de la réflexion politique. Un volet important était la promotion d'un traitement égalitaire entre douleur objective et subjective. Dans la suite de ce travail, nous allons montrer que si dans un premier temps l'intervention des pouvoirs publics au sujet de la douleur sert la reconnaissance de l'ostéopathie et suggère une massification de son accès, dans un deuxième temps, l'État a recours à des figures scientifiques et médicales pour décider de quelle manière gouverner cette arrivée impromptue de la « subjectivité » dans le domaine sanitaire. Mais pour comprendre le dialogue entre les pouvoirs publics, les ostéopathes, la médecine et la science,

nous proposons de nous attarder d'abord sur les enjeux de la très médiatique intervention des pouvoirs publics sur la question de la prise en charge de la douleur.

La douleur, un enjeu politique.

Dans la partie précédente, l'un des médecins interrogés s'alarmait d'un décalage entre l'importance donnée par les pouvoirs publics à l'ostéopathie et l'insignifiance de ce qu'ils soignent : la douleur. Nous avons montré que le médecin en charge du dossier auprès du ministre de la santé attribuait des décisions étatiques qu'il jugeait incohérentes à un travail de lobbying de la part des ostéopathes. À partir du ressenti de ce médecin, on peut s'interroger sur l'origine de ce repositionnement du politique sur la question de la douleur. Cette inflexion est-elle le fruit d'un travail politique des groupes de pression ostéopathiques (comme le suggère le médecin interrogé), ou bien la discipline a-t-elle profité d'ouvertures créées par une modification des pratiques sociales et/ou de l'existence de volontés politiques qui cherchaient à redistribuer les cartes au sein du système de santé ?

Pour tenter de répondre à cette interrogation, il faut revenir à la période qui précède le vote de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades. Entre 1998 et 2002 la puissance publique met en place un important plan de lutte contre la douleur au motif d'une aide aux malades dont la parole et les aspirations générales au sujet de la douleur ne seraient pas suffisamment entendues et prises en charge par les professionnels de santé[42]. Reprenant à la médecine le monopole du discours sur la douleur et alignant son intervention sur les requêtes formulées par les malades, les pouvoirs publics se positionnent ainsi en rupture avec la représentation dominante de la douleur comme symptôme attaché à la maladie et réhabilite sa dimension subjective (Rechtman, 2004). La douleur ainsi élargie en dehors du cadre médical classique, les pouvoirs publics font la promotion d'une représentation unifiée qui abolie la frontière entre douleur subjective et objective, appelant ainsi les professionnels de la santé à ne plus envisager de considérer inégalement la plainte du malade en fonction de la présence ou non de critères permettant de l'objectiver[43] (Rechtman, 2004). Mais pourquoi un tel

[42] Pour plus de précision sur l'important dispositif de textes administratifs encadrant ce plan d'action à propos de la douleur et de sa prise en charge, voir les circulaires DGS/DH n°98-47 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle, ainsi que la circulaire DGS/DH n°98-586, 24 septembre 1998, relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.

[43] « Par sa nature subjective, dépourvue de marqueur biologique échappant à toute imagerie conventionnelle, la douleur aiguë ou chronique a longtemps été sous-estimée. Prendre en charge la douleur nécessite d'admettre sa réalité, de connaître les moyens de son soulagement, de considérer la personne dans sa globalité et d'entendre sa plainte » Extrait de l'État des lieux du programme de lutte contre la douleur 2002-2005. Téléchargeable sur le

repositionnement des pouvoirs publics sur la notion de douleur ? Rechtman montre qu'il n'y a pas d'augmentation objective du nombre de « malades » – au sens médical – mais qu'en revanche, le nombre de personnes consultant la médecine pour des douleurs (qui ne comptent pas comme malades) connaît lui une importante progression du fait de la nouvelle perception citoyenne que la santé n'est pas seulement l'absence de maladie mais également l'absence de handicap lié à la douleur (2004).

Comme le montre Baszanger, ces modifications sociales et conceptuelles autour de la douleur ont poussé une population grandissante de médecins à militer pour la création d'une spécialité médicale de la douleur afin de réincorporer dans la médecine des malades que la rigidité des catégories médicales déterminées par la preuve avait exclus (1995). Baszanger souligne l'important travail effectué par ces médecins pour imposer l'idée qu'une intervention politique de grande ampleur était nécessaire pour diffuser de nouvelles représentations et pratiques de la douleur (1995). L'auteur montre ainsi l'évolution d'un phénomène où des congrès internationaux autour de la douleur qui auparavant rassemblaient 700 personnes, réunissaient dès 1993 plus de 4000 personnes[44] et voyaient même la participation du ministre de la Santé français de l'époque (Baszanger, 1995, p.440).

Le travail de ces organisations pourrait expliquer le repositionnement du discours politique sur une représentation plus pragmatique et englobante de la douleur et sa volonté de l'imposer aux professionnels de santé de façon à ce qu'une réponse adaptée soit recherchée quel que soit le degré d'objectivité trouvé à la douleur. On observe ainsi que le contexte qui précède la reconnaissance de l'ostéopathie favorise les représentations et pratiques de la douleur telles que celles qui sont observées chez les ostéopathes.

L'analyse de Rechtman montre que l'ébranlement de la frontière entre objectif/maladie et subjectif/social, permet de faire remarquer à la population que l'État se soucie non seulement de la souffrance de l'individu dont les causes sont physiques, mais également de celle qui est la traduction d'un mal-être social[45]. Cette façon de reconnaître la

---

site : http://www.cnrd.fr, consulté en avril 2011. Pour une analyse plus approfondie des implications morales et sociales de la mise en place de cette politique de santé qui prend pour objet la douleur, voir l'article de Richard Rechtman (Rechtman 2004).

[44] Le premier congrès de l'Association Internationale pour l'Étude de la Douleur, ISAP (The International Association for the Study of Pain) s'est tenu sous la forme d'une réunion de plusieurs disciplines médicales organisée en mai 1973 par l'anesthésiste John J. Bonica dont les recherches sur la douleur ont donné l'impulsion au mouvement pour la création de centres pluridisciplinaires de traitement de la douleur. Téléchargeable sur le site : http://www.iasp-pain.org, consulté en août 2011.

[45] Dans cet article R. Rechtman (2004) montre comment le pouvoir politique s'empare de la douleur dans sa dimension sociale de façon à étendre son contrôle jusque dans l'intimité du corps qui souffre. Dans le même temps l'auteur fait du regard médical et objectif sur la douleur, un rempart contre cette ingérence de l'État à

souffrance de la population et de mener une campagne au nom de son bien-être, reflète un modèle de gouvernance qui a été mis à jour par Didier Fassin et dans lequel ce sont des valeurs plus *subjectives* – la compassion du politique pour la souffrance des populations – qui constituent le nouveau ressort de l'action publique (2010). Ainsi dans le cas du plan de lutte contre la douleur, le choix politique d'interpeller la population sur l'idée qu'il est intolérable de souffrir a conduit les dirigeants à prendre comme base de l'intervention une perception subjective de la réalité et non des données objectives sur la douleur (Rechtman, 2004, p. 723). Face à cette façon de procéder, Rechtman ainsi que le médecin et conseiller technique du ministre interrogé (Professeur B) déplorent la disproportion entre d'un côté le faible enjeu sanitaire que constitue le problème de la douleur, et de l'autre l'empressement du politique à mettre en place une stratégie qui reproduit le modèle de la lutte contre les « grands fléaux » (Rechtman, 2004). Pour Paul-André Rosental, la place prise par les arguments quantitatifs et les raisonnements scientifiques dans la conduite de l'action publique est toujours relative par rapport à celle qui est délibérément laissée « opaque » et qui relève de l'ordre du jugement (2007). Rosental reprend les arguments avancés par Luc Berlivet dans son étude sur la lutte anti-alcoolique également présentée comme un nouveau fléau social et sanitaire (2007).

De la même manière, sur la question de la douleur, lorsque les pouvoirs publics formulent le jugement qu'il existe en France « une population qui souffre » et que cette douleur « n'est pas une fatalité »[46], cela contribue à fabriquer, malgré l'absence d'arguments statistiques et épidémiologiques, une « population cible » (Rosental, 2007) à partir de laquelle le pouvoir et les solutions qu'il propose peuvent se mettre en scène.

Cette brève incursion dans les motivations des responsables politiques met en relief que la reconnaissance de l'ostéopathie a bénéficié d'une stratégie politique qui repose davantage sur la perception des attentes d'une population et sur les témoignages de professionnels de santé innovant dans le domaine de la douleur que sur une évaluation objective du problème et des solutions proposées. C'est pourquoi, lors de ce premier moment où les représentations médicales dominantes et les outils scientifiques permettant de chiffrer

---

l'échelle de l'individu, dont les maux en l'absence de preuve médicale sont nécessairement la traduction d'un malaise social. Une autre analyse anthropologique comme celle de Joao Biehl (2005), montre de quelle manière le diagnostic médical se révèle être un important instrument de contrôle social et de pouvoir, plus fortement dépendant du contexte politique et sociétal que ne le suggère l'article de R.Rechtman.

[46] Extrait du discours de Bernard Kouchner, Ministre délégué à la santé, prononcé en ouverture du colloque « Douleur » à l'UNESCO le 17 décembre 2001. « En 1998, j'avais annoncé un plan triennal de lutte contre la douleur dont la philosophie pouvait se résumer ainsi : " La douleur n'est pas une fatalité, elle doit être au centre des préoccupations de tout professionnel de santé ". »

le problème sont volontairement écartées par les pouvoirs publics, l'absence de données objectives sur la pratique des ostéopathes n'a pas constitué un frein à son intégration dans la loi de 2002.

Légaliser les marges thérapeutiques, une volonté populaire ?

Légaliser des méthodes thérapeutiques évoluant en marge mais massivement pratiquées par la population ne constitue qu'un moyen parmi beaucoup d'autres envisagés par les pouvoirs publics pour répondre à ces nouvelles préoccupations de santé. La posture de l'État français ne constitue pas un phénomène isolé mais s'inscrit dans une dynamique qui touche un ensemble de pays comme le montre la nouvelle définition de la santé adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé dans sa constitution : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité[47] ». La comparaison avec d'autres politiques de santé en Europe montre que le phénomène qui consiste à modifier les statuts de certaines médecines alternatives se généralise à la fin du XXe siècle dans plusieurs pays d'Europe et cristallise souvent d'importants débats. Ainsi le vote de la résolution Lannoye-Collins au Parlement Européen le 29 mai 1997 sur le statut des médecines non conventionnelles témoigne d'une volonté, malgré de fortes oppositions (Robard, 1997), de faciliter l'accès des populations aux traitements proposés par la chiropraxie, l'homéopathie, la phytothérapie, le shiatsu, la médecine traditionnelle chinoise, la naturopathie, l'ostéopathie[48]. Dans la foulée, de nombreux pays européens initient une réflexion sur l'intérêt de donner un cadre légal à certaines de ces techniques à l'image de la Belgique (Robard, 1999), de la France, de la Suède et de la Suisse[49].

En France, lorsque les pouvoirs publics légalisent l'ostéopathie, ils légitiment le choix de la population qui recourt à ces pratiques. Cependant, même si les politiques de santé cherchent à s'aligner, si les modalités de la reconnaissance de l'ostéopathie suggèrent qu'elle est le résultat d'un recours, collectif et grandissant, à ces espaces thérapeutiques, une partie importante de la population n'appartient cependant pas à ce mouvement au regard

[47]http://www.who.int/fr, consulté en avril 2011.
[48] Rapport européen Lannoye-Collins de 1997 et loi n°2002-303.
[49] Haute Autorité en Santé, *Etude documentaire sur les professions d'ostéopathe et de chiropracteur en Europe : Belgique, Royaume-Uni, Suède, Suisse*, 16 juin 2006. Téléchargeable sur le site : www.**has**-sante.fr/, Consulté en avril 2010.

principalement du coût que représente l'accès à ce savoir-faire non conventionnel. En effet, le tarif d'une consultation en ostéopathie se situe entre 45 et 80 euros pour une durée moyenne de 45 minutes, montant qui n'est pas pris en charge par le régime de la Sécurité Sociale. Nous avons pu observer que la majorité des malades qui consultent un ostéopathe se présentent avec un dossier médical souvent conséquent, montrant qu'ils ont préalablement exploré l'éventail des soins remboursés avant de s'orienter vers ce type de soins non remboursés. Pour la population dont la gratuité des soins constitue une nécessité, force est de constater que recourir à un thérapeute comme un ostéopathe est exclu ou bien représente un grand sacrifice économique. Comme le montre l'étude présentée en introduction ou les catégories socio professionnelles les plus modestes consultent 2 à 3 fois moins que les catégories socio professionnelles les plus aisées[50].

Si une force s'applique sur les responsables politiques dans le sens de la reconnaissance, elle ne provient donc pas de l'ensemble de la population mais d'une certaine catégorie de personnes qui a les moyens d'accéder à ce savoir-faire. Mais alors que l'impulsion pour la reconnaissance semble émaner de la population, nous allons voir qu'il se dégage des entretiens une situation plus complexe dans laquelle la pression de la société civile paraît insuffisante pour expliquer seule la légalisation de la discipline. Pour tenter de dégager ce qui s'est réellement noué autour de la reconnaissance, nous allons tout d'abord analyser le point de vue de deux responsables de syndicats d'ostéopathes puis celui d'une avocate associée pour ces compétences juridiques aux discussions européennes, belges puis françaises à propos de la légalisation de diverses pratiques thérapeutiques non conventionnelles.

Voici l'avis des deux ostéopathes interrogés sur les facteurs, ayant, d'après eux poussé dans le sens de la légalisation de l'ostéopathie.

> *GDM : D'après vous, qu'est ce qui explique la reconnaissance de l'ostéopathie, pourquoi l'ostéopathie, pourquoi elle… D'après vous, spontanément ?*
>
> *- Spontanément il y a deux choses : la pression de la rue et l'intérêt politique à l'approche d'élections. La pression de la rue, c'est parce que de plus en plus de Français avaient recours à l'ostéopathie, y compris les décideurs de la nation :*

[50] Résultat de l'enquête « Santé, soins et protection sociale en 2002 » réalisée par le Centre de Recherche et d'Étude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES). Rapport téléchargeable sur le site http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Qes2003.html, consulté en août 2011.

Président de la République, Premier Ministre ou députés... Donc, le monde politique avait conscience qu'il y avait quelque chose d'efficace qui était en train de se développer en France… Et que, sous l'impulsion d'Elisabeth Guigou, qui est elle-même soignée depuis longtemps en ostéopathie…

GDM : Quand vous parlez de la pression de la rue vous faites référence aux associations de patients, ces choses-là ?

- Non, ça n'a pas beaucoup agi, parce que les associations de patients n'étaient pas assez puissantes en termes de patients, de nombre…c'est pas les patients, enfin ce n'est pas à travers les associations de patients. Disons que c'est plutôt la masse des gens qui ont à un moment donné sollicité l'ostéopathie qui a joué. (Ostéopathe B)

Il y a un élément, ce qui fait que ça arrive en 2002, il y a un contexte général quand même, européen et mondial, de reconnaissance des droits des patients, et ou de plus en plus, on reconnaît au patient le droit de choisir sa thérapeutique. Et puis, incidemment là-dedans, arrive Kouchner, et l'anecdote, Kouchner se fait soigner par un ostéopathe sur un torticolis aigu, que l'ostéopathe aggrave, et Kouchner dit : « Bon, il faut réglementer la situation, on ne peut pas avoir des gens incompétents ».[…]*Clairement, on a bénéficié du fait que Villepin se faisait soigner par les ostéos, que sa conseillère technique en charge du dossier Villepin, elle-même, soignée par une de mes copines, clairement on a bénéficié de ça.[…]Donc, très très clairement quand même, les politiques soignés par les ostéopathes sont intervenus, mais de manière discrète, parce que…voilà.* (Ostéopathe A)

L'avocate spécialiste des questions juridiques pénales et fiscales autour des médecines non conventionnelles avance les mêmes arguments. Sollicitée au départ par des députés européens et belges pour encadrer juridiquement la rédaction des textes de loi concernant notamment l'ostéopathie, elle a par la suite, été invitée à apporter à titre indépendant un soutien juridique au médecin français chargé par le gouvernement de rédiger les textes d'application de l'article 75 de la loi de 2002. Son témoignage, met également en lumière le rôle combiné de l'action de la population et du politique dans le processus de reconnaissance :

C'est courant que les politiques recourent aussi à l'ostéopathie. À partir du moment où les politiques, ceux qui nous dirigent, sont soignés par la méthode, ça prend plus de proportions. Vous savez, il n'en faut pas plus. Souvent la résultante de réglementation est due à une expérience personnelle. Mr. Kouchner a une expérience personnelle de l'ostéopathie. Ça tient à rien, les gens qui se font des grandes théories existentielles... C'est faux ! Par contre, il y a une réunion d'éléments, c'est dans l'air quoi. (Juriste)

Dans le premier des extraits ci-dessus, l'ostéopathe décrit une force exercée par l'ensemble des personnes convaincues des bénéfices de l'ostéopathie sur la classe politique. Il parle d'un phénomène qui serait devenu une pratique de masse au point qu'il juge adapté de parler de

« pression de la rue », force que, selon lui, le politique ne peut plus ignorer. Cependant les extraits s'accordent à dire que ce mouvement n'initie pas de tractations en vue de la légalisation de l'ostéopathie, mais crée davantage un climat général qui confronte la classe dirigeante au fait que la population recourt de façon importante à la discipline.

Dans les trois extraits, de nombreuses références sont faites à l'intervention d'une élite politique dont l'expérience individuelle de la thérapie ostéopathique constitue le déclencheur d'une offensive pour la reconnaissance. Ainsi dans le premier extrait, l'ostéopathe fait de la somme des expériences de la population avec la discipline une énergie accumulée mais qui n'agit pas d'elle-même. Elle ne devient une force importante qu'une fois relayée par une élite politique soignée en ostéopathie. Le second ostéopathe présente un scénario similaire : un décor attendant pour l'ouverture des rideaux qu'une figure politique entre en scène et l'anime : « Et puis, incidemment là-dedans, arrive Kouchner ». La juriste va encore plus loin et montre que l'expérience individuelle de l'ostéopathie par une personnalité politique est souvent la condition nécessaire et même suffisante pour amorcer une réglementation.

La reconnaissance apparaît à travers ces extraits comme le résultat d'une combinaison entre d'un coté, le recours massif de la population à l'ostéopathie légitimant une action politique, et de l'autre, le rôle catalyseur joué par un ensemble d'hommes et de femmes politiques soignés par des ostéopathes et capables d'influer concrètement sur les choix des politiques de santé.

Avant la loi de 2002, l'inégalité d'accès à ces soins alternatifs n'existait pas officiellement du fait de l'absence de reconnaissance de ces espaces de la part des pouvoirs publics. En légalisant l'ostéopathie, l'État suit l'avis d'une partie privilégiée de la société et reconnaît le caractère innovant de la discipline dans le traitement de certains troubles. Ainsi le politique reconnaît le bénéfice pour la santé de l'ostéopathie et la propose comme nouvelle offre thérapeutique par une loi dont l'objectif annoncé était de réduire les inégalités au sein du système de soin. Dans l'esprit de la loi, l'étape suivante aurait consisté à s'interroger sur les moyens mobilisables pour rendre cette offre de soin accessible à l'ensemble de la population. Or nous allons voir pourquoi cette étape supplémentaire de la légitimation de la discipline, par un financement public de son activité, n'a jamais été franchie.

Quand la rationalité médico-scientifique est chargée d'évaluer la pratique ostéopathique.

Un positionnement particulier des pouvoirs publics a conduit à ce qu'une forme d'existence soit reconnue à l'ostéopathie, mais les modalités de cette existence restaient encore à préciser. Alors que dans un premier temps, l'État avait témoigné de son appui aux choix thérapeutiques de la population, dans un deuxième temps l'action publique se tourne vers les savoirs officiels, la pensée médicale et scientifique dominante, pour déterminer la place future et les cadres institutionnels de l'ostéopathie au sein du système de santé français. Nous empruntons dans cette partie la démarche d'Harry Marks qui permet de montrer comment certaines sources à un moment considérées comme fiables, peuvent sous l'influence de facteurs extérieurs et de modifications des rapports de force entre les institutions, devenir des objets de méfiance et de discrédit (2000).

Nous avons vu qu'il existait une pluralité de situations dans lesquelles la médecine ne se trouve pas en position dominante face aux thérapeutiques émergentes. Nous avons par exemple mis en perspective dans la deuxième partie qu'au sein d'une école d'enseignement, l'ostéopathie entretenait des rapports complexes avec la médecine et les savoirs scientifiques, de façon à préserver ses manières de faire des normes et discours en vigueur dans le monde médical. Dans la partie précédente, nous avons voulu montrer de quelle manière, nécessité de la preuve et représentations médicales de la douleur, avaient été écartées du processus de légalisation de nouvelles thérapeutiques au nom d'une nouvelle économie politique. Mais dans cette nouvelle étape, la médecine semble tenir son pouvoir d'action d'une confiance renouvelée de la part des pouvoirs publics pour mener à bien une réflexion qui doit aboutir à l'encadrement légal de l'ostéopathie. Nous allons commencer par étudier la relation de « confiance » qui lie les pouvoirs publics à la profession médicale chargée de les éclairer dans leur besoin de rationalité face à un espace encore inconnu.

L'action publique peut, dans certaines circonstances, se passer de la preuve et des experts officiels, comme le montre le discours du médecin qui déplore que l'État se soit désolidarisé de l'avis médical conventionnel sur la question de la douleur. Mais si, dans un premier temps, l'expérience personnelle de la discipline par certains élus ou sa validation par le corps social apparaissaient suffisantes pour faire adopter l'ostéopathie au sein d'une loi, elles ne semblent plus constituer des forces que l'État peut prendre en considération au stade

de la réglementation de cette nouvelle activité. Ainsi une fois l'effet d'annonce passé, le politique s'inquiète de trouver des espaces capables de lui fournir des connaissances et avis reconnus collectivement comme *objectifs* et sur lesquels il peut s'appuyer pour pouvoir gouverner de façon impartiale, car il engage sa responsabilité (Porter, 1995). Nous allons voir comment l'action publique décide de nommer des représentants de l'élite médicale pour la soutenir dans cette tâche qui consiste à répondre à des questions aussi vastes que déterminantes pour la conduite future de la discipline. Ce retour de la pensée médicale dominante coïncide avec le besoin pour l'État de transformer des espaces considérés globalement comme valables et bénéfiques par la population, en des espaces gouvernables et devant pour cela faire la preuve de leur efficacité et de leur innocuité.

La nécessité de la preuve.

On assiste donc à un retour au premier plan de la « preuve », non pas au sens d'une vérité universelle, mais d'un instrument de vérification et de contrôle capable de fournir au politique une connaissance qui porte la marque de la rigueur scientifique, dans un système démocratique où le politique est vulnérable aux critiques sur la justesse de ses décisions (Lascoumes, 2005).

Mais qu'est-ce qui est constitutif de la preuve en médecine ? Comment s'établie t'elle et sous quelle forme doit-elle être inscrite pour pouvoir non seulement être reconnue comme telle par l'ensemble de la communauté scientifique mais également pouvoir avoir légitimité à servir de base au choix politique dans un cas comme celui que nous étudions ?

Cette étude sur l'ostéopathie nous confronte à un questionnement sur la place et le rôle qu'occupe la notion de preuve dans la médecine d'aujourd'hui. À la différence de controverses scientifiques dans lesquelles les positions s'affrontent au moyen d'articles répondant à des critères rigoureux de production (OGM, Nucléaire), dans le cas de l'ostéopathie, l'absence d'étude de ce type a suscité de vives critiques. Le constat que les études présentées par les ostéopathes n'ont pas été retenues pour non conformité avec les standards scientifiques dominants nécessite une réflexion sur les procédures de production de la preuve et plus généralement sur ce qui « fonctionne comme vrai » dans notre société (Vailly, 2011, p.79). Comme nous l'avons montré dans la deuxième partie la façon d'élaborer et de valider les savoirs en ostéopathie diffère beaucoup de ce que l'on a l'habitude de voir en médecine où la majorité des énoncés obéissent à des protocoles standardisés ce qui leur assure

le label « médecine des preuves », en Anglais « evidence-based medicine » (EBM). Avant d'analyser les matériaux qui font référence à L'EBM dans le cas de l'ostéopathie, il est nécessaire de revenir sommairement sur la naissance de cette « médecine des preuves » et sur sa généralisation. Il s'agit de comprendre la manière dont un énoncé doit obéir à certains critères pour pouvoir devenir une « preuve » pour la médecine et plus largement pour la société.

Comme nous le mentionnions en première partie, médecine, science et action publique n'ont pas toujours entretenu des relations aussi étroites. De récents travaux d'historiens des sciences montrent que l'adoption par la médecine de méthodes rigoureuses d'objectivation est moins le résultat d'un désir de scientificité éprouvé par les médecins que d'une incitation exercée par des « autorités régulatrices » (Porter, 1995, p.206) sur la profession dans son ensemble (Marks, 1999). Daston et Galison font de la période industrielle un tournant dans l'histoire de l'épistémologie qui voit s'imposer un nouveau régime d'objectivité qui discrédite le jugement personnel (autrefois perçu comme nécessaire à une bonne décision) au profit d'une production de connaissances soumises à un ensemble de normes et mesures appréciables par l'observateur extérieur (2007). Pour Porter, la méfiance envers un jugement opaque formulé par une élite éclairée, s'est observée d'abord au sein de bureaucraties gouvernant les populations à une échelle centralisée. Porter montre qu'elles étaient plus exposées aux critiques et aux besoins de justification par « la preuve » et qu'elles ont reconnu très tôt l'utilité d'un savoir chiffré comme technologie de pouvoir (1995). C'est sous la pression de ces autorités de contrôle que la médecine cesse de mettre en avant l'importance de l'expertise individuelle et adopte des protocoles expérimentaux rigoureux et une standardisation de son savoir (Porter, 1995). Marks montre la complexité des forces ayant conduit à la généralisation d'une médecine scientifique dans la deuxième moitié du XXe siècle aux États-Unis (2000). L'auteur montre comment les réformateurs médicaux (médecins spécialistes, statisticiens, universitaires et directeurs de revues) ont justifié la nécessité d'adopter des méthodologies d'évaluation rigoureuses (expériences randomisées et en double-aveugle) pour garantir l'autonomie de la profession médicale et la présenter à la puissance publique comme seule capable de prévenir des dérives de l'industrie pharmaceutique (Marks, 1999). L'argument de Marks est que pour parvenir à faire de la médecine un acteur incontournable de la santé publique, les réformateurs ont profité de la méfiance grandissante de la population envers l'opacité du jugement médical pour en faire la nouvelle cible d'un discrédit scientifique et social que seule l'adoption de procédures rigoureuses d'évaluation était à même de neutraliser (2000). Ce mouvement aboutira trente ans plus tard à la

généralisation d'une manière spécifique de conduire la recherche médicale, régie par un ensemble de règles et de protocoles scientifiques reconnus et diffusés internationalement et nommée « evidence-based medicine » (Vailly, 2011). Ces procédures servent de grille de lecture aux communautés scientifiques pour juger de la rigueur et de la fiabilité des connaissances produites et de leur capacité à influer sur la décision publique (Vailly, 2011). La réforme mise en place par une élite médicale a donc servi autant à pallier les faiblesses de la recherche expérimentale qu'à doter la profession médicale d'un instrument de pouvoir : celui d'être en mesure de répondre aux besoins de l'autorité publique qui cherche, sur les questions de santé, à disposer d'un savoir légitime sur lequel s'appuyer.

Ce bref retour sur la constitution de la preuve montre que la posture épistémique dominante en médecine n'est pas l'aboutissement d'une réflexion entre seuls scientifiques, mais dépend d'une multitude de facteurs et d'acteurs politiques, médicaux, administratifs et industriels dont les intérêts s'entrecroisent dans une grande complexité. Nous allons maintenant pouvoir étudier la manière dont les médecins ainsi légitimés ont, à la demande du gouvernement, évalué les connaissances et compétences des ostéopathes.

L'évaluation de la pratique ostéopathique

Entre 2002 et 2007, les gouvernements successifs ont été chargés, comme le préconisait la loi de mars 2002, d'établir la liste des actes que les praticiens ostéopathes allaient pouvoir effectuer, ainsi que de définir la place de l'ostéopathie au sein du système de soin. En 2005, des associations d'ostéopathes ont saisi la justice pour le non-respect des délais de publication des décrets de la loi. Avant que le Conseil d'État ne condamne le gouvernement et le place sous astreinte en décembre 2005, le Ministre de la Santé de l'époque, Xavier Bertrand, demande le 15 décembre 2005 au professeur de médecine que nous allons appeler « Professeur C », de reprendre les travaux initiés par une première mission parlementaire en 2003. Le Ministre de la Santé, dans une lettre de mission datée du 15 decembre 2005, formule les objectifs confiés au groupe de travail sous la direction du « Professeur C » :

-détermination des activités à partir du projet de décret excluant les actes dangereux,
-définition des connaissances liées à ces activités,
-[…]
-Établissement d'un programme de formation.

Dès 2006, la réponse officielle faite aux parlementaires qui s'inquiètent de l'allongement des délais de publication des décrets, consiste à mentionner ce rapport en cours d'élaboration. Le Professeur C a rendu les conclusions du groupe de travail en janvier 2007.

Parallèlement à ce rapport, un autre professeur de médecine et conseiller technique auprès du Ministre de la Santé que nous allons appeler « Professeur B », avait été chargé de rédiger les décrets et d'organiser des réunions au Ministère pour recueillir les avis des différents groupes professionnels sur les projets de décrets. Puis le Conseil d'État, une nouvelle fois sollicité par des associations d'ostéopathes, condamne le gouvernement à publier les décrets dans un délai de six mois et juge non conforme le projet de décret présenté en octobre 2006 par le Professeur B. De son coté la HAS, en charge d'établir des recommandations de bonnes pratiques pour la discipline, conclut à l'absence de données objectives disponibles (en dehors de quelques études sur la colonne vertébrale) et déclare son incapacité à répondre par des éléments concrets aux attentes du gouvernement. C'est dans ce contexte où le gouvernement est sous la pression d'une amende pour retard, que les professeurs A et B ont travaillé séparément pour qu'en mars 2007, des dispositions juridiques officielles puissent préciser le champ d'action de l'ostéopathie ainsi que les moyens techniques que l'ostéopathe sera en droit de mobiliser.

Dans cette partie, nous allons analyser les discours recueillis auprès des professeurs A et B personnellement acteurs de l'évaluation et de l'intégration de l'ostéopathie à notre système de santé.

-Le Professeur C, doyen d'université et professeur de médecine légale est le médecin chargé par le gouvernement de diriger le groupe de travail devant rendre un avis sur les pratiques et les formations existantes dans la communauté des ostéopathes. Voici comment il définit son rôle en lien avec les compétences qui ont poussé le gouvernement à lui confier la direction du groupe de travail : « Je devais faire moi, un état des lieux de la formation proposée, sur la qualité de la formation au niveau pédagogique et au niveau de sa qualité scientifique, et c'est comme cela que j'ai fait cette espèce...ce rapport qui est finalement un audit de la pratique de l'ostéopathie […] En tant que doyen, j'ai l'expérience de la pédagogie et de l'enseignement […] c'est surtout sur cet aspect là que j'ai été contacté. »

-Le professeur B, médecin radiologue et conseiller technique auprès du Ministre de la Santé, avait été chargé de la rédaction des décrets d'application de la loi du 4 Mars 2002 reconnaissant l'ostéopathie. Selon lui, c'est son expérience préalable dans la rédaction de textes juridiques à la demande du gouvernement qui lui a valu d'être chargé de la rédaction

des décrets : « Tous les dossiers pourris, c'est moi qui les ai faits. La loi sur la reconnaissance des diplômes étrangers, c'est moi qui l'ai écrite. Donc je savais faire. Les trucs très compliqués, je sais ».

Dans le premier extrait que nous allons analyser, le Professeur C fait référence aux pratiques dîtes « crâniennes ». Le postulat théorique sous-jacent à ces pratiques affirme l'existence d'un micro-mouvement cyclique de flexion et d'extension situé au niveau de la base du crâne et qui animerait l'ensemble des os du crâne et de la face ainsi que le sacrum. Les ostéopathes ont coutume pour le décrire de parler du « Mouvement Respiratoire Primaire ». Les pathologies auxquelles ces techniques sont censées pouvoir remédier en association avec d'autres techniques sont très variées : otites, migraine, dépression, angine, stress, fatigue etc.

Le second volet de techniques mentionnées dans l'extrait correspond aux techniques dites « viscérales » s'appliquant sur les viscères et leurs environnements. Le Professeur C se souvient de la réaction des ostéopathes, lorsqu'il a annoncé qu'en raison d'un manque de données scientifiques, ces deux grands corpus de techniques – sur les trois que les ostéopathes utilisaient jusque-là – n'allaient pas pouvoir continuer à être enseignés :

> *GDM : quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez dû écarter certaines techniques, certaines pratiques?*
>
> *-C'est vraiment car elle n'étaient vraiment pas reconnues par les autres professions, que l'on pense que cela ne sert à rien, en clair c'est ça.*
>
> *GDM : Pourquoi ?*
>
> *-Parce que, si vous dites que vous faites bouger les os du crâne, qui sont…alors que les sutures sont soudées et que classiquement cela ne bouge plus, qu'est ce que vous voulez que je vous dise ?*
>
> *GDM : Et sur ce qu'ils appellent le viscéral ?*
>
> *-Je ne sais pas trop, cela peut s'apparenter à un placebo...je leur ai dit comme je le dis à vous. Alors il y en a qui ont hurlé, d'autres qui n'ont pas hurlé et puis on a attendu que tout le monde se calme. Je leur ai demandé de me fournir les articles internationaux où il était prouvé que si vous tiriez sur telle ou telle partie du corps, l'autre partie réagit et comme il n'y avait pas d'articles qui arrivaient, j'ai dit, bon la messe est dite…ah ben à un moment donné il faut quand même arrêter le délire.*

Dans l'extrait suivant, le professeur B explique à son tour les raisons qui l'ont conduit à exclure des textes d'application de la loi certains actes thérapeutiques de la pratique et de

l'enseignement en ostéopathie. Il relate l'interaction qu'il a eu avec les ostéopathes présents de manière à expliquer sa prise de position finale :

> *-L'ostéopathie viscérale avait inventé plusieurs choses, et en particulier la respiration cranio-coccygienne. Donc, le truc ne tient pas la route, parce que c'est utiliser des mots, ça veut dire sémantiquement, c'est modifier un mot, c'est se l'approprier et le crâne ne respire pas ! Donc, là, moi j'ai dit : « écoutez, expliquez-moi ! » Et en plus, il se trouve, j'étais spécialiste du mouvement du liquide céphalorachidien, donc je savais très bien ce que c'était, c'est vrai. Donc là, ils ont été un peu plus machin, comme l'ostéopathie crânienne des nourrissons, moi le Crâne du nourrisson, c'est mon métier, c'est vrai. J'ai juste été comme ça : prouvez-moi ou montrez-moi, expliquez-moi.*
>
> *GDM : Et alors, est-ce que ça a porté ses fruits ?*
>
> *-Oui, parce qu'ils ne pouvaient pas expliquer, pouvaient pas expliquer... Parce que, si vous voulez, voilà…vous savez c'est la pensée intuitive, ils n'ont pas de preuves, c'est-à-dire que ils…que quelle que soit leur position vis à vis du truc ils se trouvent dans une… qu'il n'y a rien dans la littérature.* […] *c'est la pensée magique.*

Alors que dans la partie précédente, l'action publique avait été à la rencontre des ostéopathes et des personnes soignées, cette fois la dynamique s'inverse et les deux médecins adoptent un positionnement qui consiste à ne pas s'engager sur le terrain de l'ostéopathie, mais plutôt à demander que la charge de la preuve leur soit rapportée. Les médecins décrivent une situation qui s'apparente à un examen dans lequel les évalués – les ostéopathes – doivent répondre aux questions posées par l'évaluateur – le médecin – à qui l'État a demandé de décider des modalités de l'épreuve. Le médecin constate que lorsque l'ostéopathe doit justifier la cohérence des théories qu'il soutient en utilisant les mêmes modalités de raisonnement que dans la culture médicale, il apparaît privé de moyens de réponses. Le médecin expose l'impuissance des représentants de l'ostéopathie qu'il décrit comme engagés dans une impasse.

De leur coté, les médecins se présentent comme désorientés et méfiants en l'absence des références habituelles « je ne vois pas comment ils font », et montrent leur attachement à rester dans un système éclairé par la preuve et qui respecte les normes dans lesquelles ils ont été socialisés. La pensée médicale dominante ayant la confiance du pouvoir politique, les médecins peuvent mettre en place une stratégie de pouvoir qui a pour but d'amener les ostéopathes sur le terrain de la science et de la médecine, là où leur supériorité ne pourra être contestée et les résistances des ostéopathes aussitôt jugulées.

Ainsi les médecins demandent que les explications et les supposés bienfaits de la pratique leur soient communiqués sous une forme spécifique : « Je leur ai demandé de me

fournir les articles internationaux ». Aux yeux des médecins, c'est uniquement en respectant certaines modalités de production et de diffusion du savoir que l'information transmise entre les deux camps peut être élevée au rang de preuve : « Faire bouger les os du crâne lorsque c'est soudé, je ne vois comment ils font. Alors on ne va pas retenir des choses comme cela. Parce que sur les techniques médicales habituellement cela obéit à des articles qui sont publiés en langue anglaise référencés, si vous n'avez pas cela, on ne peut pas les retenir. » (Professeur C). Le médecin présente la médecine comme assujettie à un pouvoir plus grand qu'elle, qu'il associe à des protocoles standardisés de production. Dans la théorie développée par Michel Foucault et qui rejoint celle de Porter exposée plus haut, c'est parce que le pouvoir s'est trouvé au XIXe siècle affaibli par des décisions opaques désormais peu légitimes, qu'il a produit et multiplié les procédures de contrôles et de standardisation du savoir (Foucault, 2001, p.629). Pour Foucault, une connaissance qui obéit à cette rigueur s'inscrit dans un « régime du savoir » qui sert de référence d'évaluation pour la communauté scientifique et politique et devient le symbole des rapports existants entre le savoir et le pouvoir (Foucault, 2001). Le médecin met ainsi en avant l'allégeance de la culture médicale à ce « régime du savoir » pour justifier de sa capacité et légitimité à distinguer le vrai du faux. Le médecin se trouve donc dans une position délicate, car s'il décidait, malgré l'absence de preuve, de reconnaître l'intérêt de certaines pratiques, sa décision serait en désaccord avec les compétences qui l'amènent, à travers son rôle d'évaluation, à exercer un pouvoir de nature politique.

Ainsi, il devient facile de concevoir que des évaluateurs, qui sont partie prenante d'une culture médicale et scientifique, soient dans l'impossibilité de juger du bien fondé d'un savoir lorsque celui-ci ne présente pas les signes de sa soumission aux mêmes méthodes rigoureuses que celles en vigueur dans leur communauté. En d'autres termes, le médecin n'apparaît en mesure de juger de la validité des mécanismes thérapeutiques d'une pratique de santé que si celle-ci accepte de se couler dans le moule utilisé par le savoir médical.

En suivant la même logique, la réaction des médecins face à l'absence de preuve tend à discréditer dans son ensemble le « style de pensée », au sens de Fleck (2005), de la communauté des ostéopathes, en le rejetant du côté de l'irrationnel. Dans le premier extrait, le médecin puise, pour décrire la situation, dans le registre de la folie. Derrière la métaphore religieuse utilisée dans le langage courant, « la messe est dite », les ostéopathes apparaissent comme une assemblée de croyants égarés, ayant perdu l'usage du langage et de la raison – « il y en a qui ont hurlé » – et que seule l'intervention de la rationalité du scientifique peut

exorciser[51] : « à un moment donné il faut arrêter le délire ». On voit dans les extraits qu'il ne s'agit pas d'interdire l'ostéopathie mais de la moderniser, de la modifier, et de l'amener à comprendre que son intérêt est d'adopter les mêmes façons de procéder que la médecine. Ainsi, le médecin n'exclu pas la possibilité d'intégrer l'ostéopathie au système de soin, mais focalise son discours sur l'initiation à la culture médicale des ostéopathes, à laquelle il s'associe de manière paternaliste : « Ils n'ont pas cette culture : la culture de la recherche clinique, la culture de l'évaluation. Je ne leur en voulais pas hein…Je leur ai dit : « c'est ça que vous devez faire » (Professeur B). Comme le montre Foucault, le pouvoir se manifeste moins en plaçant des interdits qu'en « conduisant les conduites » de l'adversaire (2001, p.1044).

« cela peut s'apparenter à un placebo »

La figure du patient consultant un ostéopathe, qui s'était révélée centrale pour le processus de reconnaissance en 2002, est abordée brièvement et sous un angle nouveau lors de la phase d'évaluation. En effet, si l'enthousiasme des malades pour l'ostéopathie avait reçu un écho favorable de la sphère politique, cette fois c'est sous le prisme de sa faible crédibilité et de son manque d'objectivité que l'opinion des malades est appréhendée par les médecins.

Dans le premier extrait, le médecin fait référence à la notion de « placebo » pour justifier que des malades aient pu ressentir des améliorations après avoir reçu des soins à l'efficacité non prouvée « Je ne sais pas trop, cela peut s'apparenter à un placebo ». Un placebo est un médicament sans principe actif que l'on administre à un malade dans le but d'évaluer l'efficacité d'une thérapie par rapport à une autre. En employant ce terme, le médecin fait référence à un moment de l'histoire de l'expérimentation clinique où le malade est apparu aux chercheurs comme influencé par ses émotions et ses présupposés sur l'efficacité des traitements (dus par exemple aux campagnes publicitaires des laboratoires) et donc comme un obstacle à une mesure objective de l'efficacité des thérapies (Marks, 2000). Le placebo, comme astuce des expérimentateurs ayant permis de contenir le biais introduit par la subjectivité des malades (Marks, 2000), symbolise dans l'extrait le fait que le point de vue

[51] Il est intéressant de noter que les sciences sociales traitant des connaissances scientifiques utilisent fréquemment une terminologie quasi religieuse pour décrire l'attitude du scientifique ou du corps social en général vis à vis des données scientifiques. Par exemple Fleck mentionne le problème d'une « déférence religieuse pour les faits scientifiques » (Fleck, 2005, p.87) ; Bruno Latour décrit une science érigée en nouveau prophète (Latour, 2001, p.19) ; Dominique Pestre évite lui le registre religieux mais décrit une science dont l'image est d'emblée associée à la vérité profonde des choses (Pestre, 2006).

du patient sur l'efficacité d'un traitement ne peut être raisonnablement pris en compte. Désormais passé dans le langage courant, l'effet placebo est associé à l'image d'une guérison spontanée et inexplicable sauf par un facteur psychologique d'autosuggestion. En usant du terme de placebo emprunté au vocabulaire de l'expérimentation clinique, le médecin souligne que pour lui: premièrement la technique ostéopathique ne présente, comme le placebo, aucun véritable effet thérapeutique mais qu'elle peut toutefois faire illusion auprès des patients ; deuxièmement que les malades ont depuis longtemps montré qu'ils étaient trop largement influençables par des éléments extérieurs au traitement pour prétendre pouvoir juger objectivement de la validité d'une thérapie.

Si l'enthousiasme croissant de la population pour des thérapies nouvelles avait pu être considéré comme crédible par les pouvoirs publics, désormais il apparaît que l'opinion des personnes soignées en ostéopathie éveille la méfiance des médecins habitués à exclure le jugement des malades des protocoles d'évaluation. Le point de vue du patient ayant recours à l'ostéopathie est donc bien présent au cours de cette phase d'évaluation, mais négativement sous la forme d'une nécessaire exclusion.

Dans l'extrait suivant le même professeur décrit à quel genre de besoins l'ostéopathie est, d'après lui, en mesure de répondre et nous renseigne également sur la représentation qu'il se fait des compétences techniques de l'ostéopathe.

> *- Ils [les ostéopathes] avaient des arguments cliniques en disant que chez leurs patients, ça marchait, mais sans évaluation derrière. Il n'y avait pas d'évaluation. Ce n'est pas parce que vous avez l'impression que ça marche, que forcément c'est le geste à l'origine de l'amélioration.*
>
> *GDM : Vous pensez que ça peut être dû à…*
>
> *- …À un meilleur contact avec le patient, à un temps passé avec lui, à une relation qui permet effectivement de décontracter des stress à des situations. L'approche est différente de la médecine allopathique, […] le patient a besoin d'empathie et peut être qu'à un moment donné l'ostéopathe amène plus d'empathie que classiquement ce que nous [les médecins] pouvons amener. Ils se prennent quarante minutes alors qu'un médecin n'a pas quarante minutes par patient. Il y a l'approche, c'est-à-dire qu'ils ont une approche vraiment très proche avec des manipulations, donc ils sont en plus en contact, alors que la médecine actuelle est quand même…la proximité vis-à-vis du patient, tout ce qui est thérapie manuelle qu'on ne fait plus…peut-être une compréhension qui est meilleure, mais ça ne touche que des populations qui ont un certain nombre de, enfin, des souffrances bien particulières.* (Professeur C)

Le médecin souligne qu'à ses yeux, l'ostéopathe tire son pouvoir de soigner du fait qu'il peut établir un contact rapproché et prolongé avec le malade. Le temps de la consultation, plus long que ce qu'il est habituellement en médecine, permet au thérapeute, non pas de mettre en place un corpus de techniques spécifiques, mais d'écouter et de prendre en compte les perceptions et attentes subjectives des patients sur lesquelles il affirme que le médecin ne peut désormais s'attarder. L'ostéopathe est présenté par le médecin comme agissant davantage sur le versant psychologique et social des besoins du patient par un ensemble de facteurs indépendants des techniques de soins qu'il prodigue. De la même façon que le médecin qui lors de l'expérimentation clinique, ignore qu'il administre un placebo, l'ostéopathe apparaît de bonne foi lorsqu'il pense que son geste est à l'origine des améliorations du patient. Ainsi, pour le médecin, l'action de l'ostéopathe prend, comme le placebo, l'apparence d'un acte technique mais s'inscrit en réalité dans une démarche thérapeutique compassionnelle qui agit sur l'environnement du patient qui le consulte.

Le médecin souligne la souplesse dont profitent les ostéopathes dans l'aménagement de leur temps de consultation et qui s'accompagne de la maîtrise de leurs honoraires. Pour lui, ce n'est ainsi pas un manque de compétences conceptuelles ou techniques qui empêche la médecine de pouvoir répondre aux besoins relationnels du malade, mais essentiellement des contraintes structurelles (consultations limitées dans le temps, facturation à l'acte[52]) qui, comme le souligne Isabelle Baszanger, rigidifient le « cadre d'intervention et de financement » et contraignent les médecins à se concentrer en priorité sur l'approche la plus technique de la maladie (Baszanger&Bungener, 2002, p.34).

La différenciation des actes thérapeutiques entre d'un côté les actes techniques et de l'autre des actes ayant une dimension plus psychologique ou sociale, est également source de tensions au sein de la profession médicale[53]. Les travaux traitant de la division du travail entre médecine spécialisée et médecine générale révèlent qu'au sein de la culture médicale, les troubles inexpliqués sont perçus comme des pathologies à fortes composantes psychologiques, des tâches peu nobles sur lesquelles le pouvoir thérapeutique du médecin se limite à une approche relationnelle (Baszanger&Bungener, 2002, p 29). Le médecin interrogé se représente donc l'action de l'ostéopathe comme agissant sur la dimension subjective et

[52] Le médecin touche une rémunération forfaitaire par consultation, somme dont il n'a pas la maîtrise et qu'il ne peut, à l'inverse de l'ostéopathe modifier en fonction du temps qu'il décide de prendre avec chaque patient.

[53] Isabelle Baszanger montre que le médecin spécialiste sélectionne les pathologies qui relèvent de ses compétences techniques spécifiques et délègue les troubles plus globaux à la médecine générale qui se plaint d'une dévalorisation de son action et de son rôle social avec une pratique de plus en plus orientée vers des traitements de type « médico-sociaux » (Baszanger&Bungener, 2002, p.30).

non-organique de la plainte qui, dans la représentation médicale conventionnelle, appelle une approche relationnelle plutôt que basée sur de véritables compétences techniques. En l'absence de preuve permettant de montrer que l'action thérapeutique de l'ostéopathe provient d'un savoir innovant et de capacités techniques nouvelles, le médecin attribue l'efficacité des soins ostéopathiques à une attitude compassionnelle identique à celle déployée par la médecine conventionnelle face aux symptômes inexpliqués médicalement.

Aujourd'hui, un certain nombre de malades semble se tourner vers des thérapies comme l'ostéopathie qui réhabilitent le symptôme vécu par le patient au rang de « maladie ». Face au constat d'une massification des recours à ces thérapies, l'État confère à l'ostéopathie un statut légal et fait confiance aux médecins pour évaluer et fournir à la classe politique un avis sur une thérapie jusqu'alors uniquement mise à l'épreuve par des corps en souffrance. Les médecins ont alors recours aux habitudes de faire et aux catégories médicales dans lesquelles ils ont été socialisés, pour se positionner non seulement sur la réalité d'un pouvoir thérapeutique concurrent, mais également sur la qualité des troubles supposément améliorés par le savoir-faire des ostéopathes.

Le but de cette partie qui s'est ouverte sur la notion de placebo, a été de replacer l'usager et sa plainte au centre de la problématique et de comprendre par quel processus le malade est devenu, au regard de l'expert chargé d'évaluer l'ostéopathie un acteur facilement illusionné par ses émotions et son enthousiasme. Devant l'absence de preuve du fonctionnement des techniques des ostéopathes, la plainte des malades reprend aux yeux des médecins son étiquetage « subjectif » initial et, de la même façon que l'opinion des malades est exclue des protocoles scientifiques, son jugement de patient sur ce que serait un cadre adapté pour l'ostéopathie est écarté du processus décisionnel politique.

Processus décisionnel et expertise médicale.

L'État mandate des médecins pour qu'ils lui fournissent un éclairage sur l'ostéopathie. La question se pose alors du rôle joué par l'avis de ces experts dans la décision officielle qui aboutit aux décrets de la loi de 2002 et des effets de cette expertise sur la discipline et sur sa place au sein du système de santé.

Comme le souligne Pierre Lascoume, « l'expertise publique s'est instituée en activité pré-décisionnelle, oeuvrant en amont des arbitrages politiques » et avec pour rôle de préparer

le terrain pour faciliter la prise de position politique finale (2005, p.7). Ainsi, nous nous interrogeons dans cette dernière partie sur la relation entre le politique et l'expertise confiée à des médecins au cours du processus décisionnel qui aboutit à la parution des décrets d'application de la loi de 2002.

Généralement l'expert est perçu comme mandaté par le politique pour l'aider à prendre une décision juste et allant dans le sens de l'intérêt général. L'expert ou des comités d'experts sont sollicités pour des compétences et des connaissances techniques que le politique ne possède pas. Le rôle de l'expert serait donc dans l'idéal un rôle consultatif et ponctuel où il n'emporterait pas le dernier mot. Même si l'ampleur des mandats devant être confiés aux experts fait débat, faisant dire à Pierre Lascoumes que l'on est entré dans « le règne des experts » il semble y avoir consensus sur le fait que c'est le politique qui, éclairé par l'expertise, doit juger en dernier recours (2005).

Dans le cas de l'ostéopathie, les experts ne sont pas intervenus uniquement comme conseil auprès du politique mais ont joué le rôle proprement politique d'arbitre en allant, dans le cas du Professeur B, jusqu'à rédiger seul les décrets d'application de la loi. Il ne fait aucun doute qu'on a confié à Professeur B la rédaction des textes lorsque celui-ci va jusqu'à souligner les vertus de ce mariage entre son rôle ponctuel de législateur et son savoir de médecin qui lui permet de dépasser les conventions et d'innover juridiquement : « c'était probablement aussi ma grande force, c'est que je ne suis pas juriste, je ne suis pas énarque, donc moi j'ai dit ce qu'il fallait faire. On a inventé un nouveau mode de rédaction réglementaire qui pourra servir à toutes les professions dites complémentaires ». Ce n'est ainsi pas le politique qui apparaît comme arbitrant les débats entre les médecins, kinésithérapeutes et les ostéopathes, mais le médecin expert pour qui cela constitue à la fois un domaine d'expertise et un enjeu professionnel. Dans le cas de l'ostéopathie, c'est au départ une volonté citoyenne qui a poussé le législateur dans le sens d'une normalisation de l'ostéopathie et de la chiropraxie. Si l'expertise médicale invalide ce que les patients avait validé et que le politique ne joue pas son rôle d'arbitre et de décideur final, c'est l'avis du citoyen qui risque de ne pas être entendu.

Effets sur le contenu des décrets d'une expertise confiée à des médecins

L'expertise médicale est dans son bon droit quand elle formule doute et scepticisme sur l'efficacité des techniques des ostéopathes et transmet son témoignage aux décideurs politiques. Mais c'est le rôle du politique, une fois éclairé par l'avis de la médecine conventionnelle, de reprendre la main pour prendre la décision de nature politique. Or, en confiant la rédaction des décrets à un médecin expert, on expose les projets de textes aux intérêts particuliers de la profession médicale. Leur compétence à statuer sur l'efficacité de l'ostéopathie qui, dans ce cas, est associée à un pouvoir politique d'interdire certains actes, ouvre la voie aux experts-médecins qui pourraient êtres tentés d'arbitrer politiquement en faveur de leur profession et de représentations médicales conventionnelles qui doivent à leurs yeux rester dominantes. En particulier, étant donné la relation qui existe entre territoire et compétence thérapeutiques (Fassin, 1996, p.156), statuer sur l'étroitesse des compétences de l'ostéopathie permet de restreindre son domaine d'intervention.

Il était fait mention dans l'article 75 de la loi de 2002 que la publication de décrets à venir préciserait le champ d'action de l'ostéopathie ainsi que les moyens techniques que le thérapeute pourrait mobiliser à l'intérieur de ce champ. Même si on ne peut pas ici examiner de façon détaillée les décrets et les arrêtés, on peut observer que les conséquences principales de leur publication sur la formation et la pratique de l'ostéopathie ont été :

-La circonscription de l'action de l'ostéopathe aux « troubles fonctionnels du corps humain » et l'interdiction d'intervenir sur les « pathologies organiques » (les maladies médicalement objectivées), pour lesquelles les décrets précisent qu'elles relèvent des seules compétences des professions de santés médicales et paramédicales engagées dans des conventions avec l'assurance maladie. L'ostéopathe à titre exclusif (non-médecin et non-kinésithèrapeute) « prévient » et « remédie » à des troubles fonctionnels alors que le « diagnostic » et le « traitement » de la maladie restent strictement dans le monopole des professions de santé. L'ostéopathe exclusif voit donc un territoire thérapeutique nouvellement créé pour lui par les décrets : hors convention avec l'assurance maladie et non soumis à la prescription médicale. Il ne fournit pas des « traitements » mais des « soins » réglementés qui restent pour cela en dehors du monopole des professions de santé. Dans le cas de patients atteints de maladie organique, l'ostéopathe doit réorienter le patient vers la médecine conventionnelle (même si la compétence du diagnostic ne lui est pas reconnue). Concrètement, un malade diagnostiqué comme tel par la médecine mais qui, sur certains

aspects de sa plainte recourait à un ostéopathe, ne peut plus (au regard de la loi) continuer de le consulter en parallèle de sa prise en charge plus classique au sein du système de santé.

-La fixation du type d'actes techniques dont l'ostéopathe pourra user et devant être enseigné dans les écoles de formations. Dans les écoles d'ostéopathie, l'enseignement théorique et pratique dispensé avant les décrets était divisé en trois grands versants : le premier portait sur les os et les muscles, le second sur les viscères et leur environnement et le troisième sur le crâne. Dans la manière de voir des ostéopathes, c'est la relation d'interdépendance entre ces structures, présentées dans la philosophie de la discipline comme indissociables, qui permet au thérapeute d'accéder à une compréhension globale du corps et à un exercice thérapeutique qui intègre la notion d'unité du corps humain. Le décret et l'arrêté sur la formation stipulent l'interdiction de l'enseignement théorique et pratique sur les sphères viscérale et crânienne, excluant ainsi des formations existantes les deux tiers de l'enseignement spécifiquement ostéopathique[54]. L'ostéopathe n'est plus autorisé qu'à pratiquer sur les structures musculaires et osseuses.

- Et enfin la réduction de la durée de la formation à 3 ans ou 2 660 heures, au lieu des 5 à 6 ans pratiqués selon les écoles pour une durée moyenne de 5000 heures. (La recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé sur l'enseignement en ostéopathie est de 4200 heures[55]).

L'ensemble des textes juridiques (décrets, arrêtés et jurisprudence du Conseil d'État) mobilisent ainsi dans leur rédaction les catégories utilisées par la médecine pour classifier le malade et sa plainte et particulièrement la catégorie de « trouble fonctionnel ». Comme le souligne Baszanger, le trouble fonctionnel est uniquement défini par exclusion : il n'est pas organique (Baszanger, 1995, p.67). Ainsi, une maladie qualifiée de fonctionnelle aujourd'hui pourrait être requalifiée d'organique demain par la médecine conventionnelle. Le cadre juridique délimitant la zone d'intervention de l'ostéopathe est donc soumis aux évolutions du savoir médical et scientifique qui entraîne un réajustement des classifications en fonction des

[54] Finalement, l'article 3 de l'arrêté du 27 mars 2007 excluant de la formation l'approche crânio-sacrée, viscérale et les techniques sur la sphère uro-génitale et la femme enceinte, sera déclaré illégal et invalidé par le Conseil d'État dans son arrêt n°304478 du 9 janvier 2008

[55] Benchmarks for Training in Osteopathy dans Benchmarks for Training in Traditional / Complementary and Alternative Medicine. Rapport rendu public au cours de l'année 2010 et téléchargeable sur le site : www.who.int. Consulté en juillet 2011.

progrès de la science et/ou d'une modification de l'appréciation médicale de certains symptômes étiquetés « troubles fonctionnels ». Latour, dans son ethnographie sur le Conseil d'État, oppose l'objectivité juridique où le juriste a le devoir de trancher, à l'objectivité scientifique toujours en évolution et où le chercheur s'en remet au « tribunal du temps » pour éprouver la véracité d'une proposition (Latour, 2005, p.219). On voit alors comment le fait d'importer des catégories médicales susceptibles d'évoluer dans des textes juridiques rend instable le territoire d'action de l'ostéopathie que l'application de la loi était supposée fixer.

« C'est le jugement de Salomon »

Dans l'extrait que nous allons analyser, le professeur B, chargé de la rédaction des décrets, explique ce qui a motivé sa décision d'institutionnaliser à la baisse la formation des ostéopathes, s'écartant ainsi de ce qui était couramment pratiqué dans les établissements de formation en France et dans d'autres pays européens.

> *GDM : Moi, un truc qui m'avait un peu étonné, c'est que vous donnez un champ d'action assez large, et après, le décret sur la formation passe… Les écoles faisaient 5 ou 6 ans et on descend à 2600 heures c'est très peu pour… Comment expliquer ce décalage ?*
>
> *- Oui je sais. Ben la c'était… Tout le monde l'a compris hein. Mais j'avais une contrainte… Là c'était un problème d'équilibre entre les trois professions… [murmure :] politique…*
>
> *GDM : là la sécurité du patient est plus du tout mise en avant.*
>
> *- Ben oui mais ils m' disent en même temps qu'ils sont pas dangereux donc…*
>
> *GDM : d'accord mais de vous à moi c'est vrai que…*
>
> *- [interromps]non mais après on fait de la politique. C'est à dire après c'est de la politique c'est plus… Non mais c'est pas ça, c'est en même temps de dire, sur la durée de la formation, c'est de dire c'est quoi votre corpus absolument indispensable pour faire de l'ostéopathie ?[…] et après moi j'ai été obligé de trouver un équilibre entre les médecins, les ostéopathes et les kiné. Là c'est vraiment un problème de… ça c'est jugement de Salomon hein.*
>
> *GDM : là c'était politique…*
>
> *- Ah c'est Salomon ça.c'est…*
>
> *GDM : coupé en deux…*
>
> *- Ah coupé au milieu ! Ben voilà c'est là, donc c'est 3 ans, c'est juste ça. Après, vous enrobez le machin pour dire que, et caetera… Mais la vraie justification elle est politique, stratégique. Sinon je mécontente tout le monde hein. […]*
>
> *GDM : Je vois. Donc finalement, tout le décret est rédigé…*
>
> *- Et il est ré..Il est pas si con que ça ce décret. Il est remarquablement finaud. Je suis assez fier de moi. Je m'en suis occupé, bon j'ai été jusqu'au bout (…) Pour moi c'est un succès politique, [se reprenant] politiquement. Le cabinet du Premier Ministre m'a vraiment félicité.*

C'était intellectuellement très amusant. C'est-à-dire, c'était politiquement difficile, c'était scientifiquement difficile, c'était en termes d'équilibre de la société difficile. […] Le seul regret que j'ai, c'est de ne pas avoir fait grand-chose pour la psychothérapie, mais c'était plus difficile encore. Oui, parce que la psychanalyse est ancienne. L'ostéopathie est neuve. Y'a un truc constitué si vous voulez, mais c'est pareil, il y a le même lobbying des psychanalystes, même problème, voila. Mais… ça va évoluer, parce que la psychanalyse va prendre de plein fouet les neurosciences. Et comme on va avoir un certain nombre d' Evidenced-Based Psychotherapy, puisque moi je travaille là-dessus, puisque mon unité de recherche est sur le développement cérébral de l'enfant…Vous voyez, c'est du lourd. C'est du lourd, quand vous avez l'IRM cérébral fonctionnel qui montre que c'est le lobe frontal machin qui prend les risques et pas les risques, voilà la psychanalyse derrière…elle rame un peu ![il se lève. fin de l'entretien].

Pour le Professeur, il est entendu que son rôle ne se joue pas sur le versant de la science, devant formuler un témoignage basé sur ses capacités reconnues de spécialiste, mais sur celui du politique devant formuler un « jugement » comme en témoignent ses références au vocabulaire politique. En se comparant au roi Salomon dont la Bible dit que « la sagesse de Dieu était en lui pour le diriger dans ses jugements »[56], le médecin met en avant sa perception qu'il a été mandaté pour juger avec sagesse une situation délicate. Dans son article sur l'expertise, Corinne Delmas distingue la figure de l'expert spécialiste dont l'autorité est scientifique, de la figure du sage ou « expert généraliste » capable de prendre ses distances avec sa réalité d'origine pour formuler un avis qui se hisse au niveau de l'intérêt général (Delmas, 2001). On imagine que c'est seulement après avoir éprouvé sa capacité à la prise de distance, que l'État confie un pouvoir de nature politique à une expertise au départ spécialiste. Or, l'interviewé chargé de statuer scientifiquement sur l'efficacité des pratiques voit son mandat élargi à un jugement de nature politique sans que l'État vérifie la mise à distance avec l'objet – tout en la supposant naturelle puisqu'elle vient d'un scientifique. Le médecin expert semble ne pas quitter la perspective d'un affrontement entre objectivité et subjectivité perçu comme nécessaire à la modernité thérapeutique dans la socialisation disciplinaire du médecin. Le médecin donne comme exemple la psychanalyse qui, comme l'ostéopathie, travaille dans une zone d'ombre de la médecine en l'absence de preuve visible. Une fois que, grâce aux progrès techniques (telle l'imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale fonctionnelle citée), ces espaces deviennent illuminés par la preuve, l'enjeu devient, pour le médecin expert interviewé, de réincorporer dans son monopole des pathologies autrefois laissées à des espaces non médicaux comme la psychanalyse.

On observe alors qu'il a le pouvoir de traduire son positionnement scientifique en *action* grâce à l'autorité politique qu'il détient du fait que sa neutralité scientifique est confondue

[56] La Bible, Ancien Testament, Les Livres historiques, Premier Livre des Rois (3,28).

avec une sagesse politique. Sa capacité d'action lui a ainsi permis de chercher à reprendre à la psychanalyse un territoire thérapeutique, ce qu'il a échoué à mettre en œuvre dans le cas d'une discipline établie comme la psychanalyse, mais dont il se félicite dans le cas d'une discipline jeune et instable comme l'ostéopathie.

Suivre la trajectoire du dossier ostéopathie en dehors du champ exclusivement politique nous a conduit à rentrer dans la « boîte noire » de la procédure d'arbitrage scientifique. Les experts chargés par l'État d'interroger la rationalité propre de l'ostéopathie ont été choisis pour leur expérience professionnelle au sein de la médecine mais aussi pour leur autorité dans le champ scientifique. Toutefois, la mission qui leur a été confiée relevait davantage de l'autorité politique que scientifique, situation dans laquelle on attend de l'expert qu'il sache s'extraire de ses logiques professionnelles pour formuler des propositions « justes » du point de vue de l'attente citoyenne inscrite dans la loi (Delmas, 2001).

Les entretiens réalisés auprès des deux professeurs de médecine impliqués dans cette phase de production des textes d'application, révèlent que seules les conclusions de l'un d'entre eux sont à l'origine de la politique de santé à propos de l'ostéopathie. En effet, le Professeur C qui a transmis ses conclusions à l'État sous la forme d'un rapport qui préconisait une formation plus longue et plus médicalisée des ostéopathes, souligne que « le rapport n'apporte rien dans le décret. Vous ne voyez rien qui est écrit dans le rapport qui apparaît dans le décret. Je n'ai pas été associé à la rédaction des décrets […] car ils avaient une idée politique très précise. Voilà c'est tout ». Le Professeur C témoigne aussi du fait qu'il avait connaissance de la volonté politique de voir l'ostéopathie placée dans un cadre qui permet de réglementer les pratiques sans que l'État ne soit engagé financièrement à travers le remboursement des soins : « ils ne souhaitaient pas l'intégrer dans les professions de santé ni laisser une pratique en dehors […] Mais si c'est trop encadré, cela devient une profession de santé forcément […] Ce [intégrer sans avoir à rembourser] n'est pas une volonté des politiques, du Ministère de la Santé oui, pour l'histoire du remboursement c'est le Ministère de la Santé qui gère cela. ». Les experts médicaux affichent donc qu'ils étaient tenus clairement informés de la position du politique sur la question de la prise en charge du coût pour la collectivité. Ainsi, le médecin et conseiller technique du Ministère de la Santé en charge de la rédaction des décrets parle d'un « enrobage » (cf. entretien p.85) de ces enjeux économiques et politiques au sein d'un argumentaire scientifique sur la non validité des pratiques.

L'État confronté à des questions scientifiques et techniques à propos desquelles il ne possède pas la connaissance suffisante, s'en remet souvent à l'avis des scientifiques pour élaborer sa décision (Lascoumes, 2005). Or, dans le cas de l'ostéopathie la HAS conclut à l'absence d'études scientifiques permettant de juger de la validité ou de la potentielle dangerosité des pratiques ostéopathiques[57]. Donc, contrairement à des décisions politiques sur le nucléaire ou les organismes génétiquement modifiés qui impliquent des expertises contradictoires (Roqueplo, 1992), dans le cas de l'ostéopathie, l'État semblait pouvoir jouir d'une marge de manœuvre plus importante pour se justifier politiquement. Mais plutôt que d'invoquer un contexte économique défavorable et une nécessité de réduire les dépenses de santé, on observe comment la délégation de l'arbitrage à l'autorité de la science permet à l'État de ne pas avoir à se justifier à propos du choix de maintenir un accès inégalitaire face à ce type de soins. Mais dans le même temps, l'Etat valide l'arbitrage du médecin qui ampute la discipline d'un large panel de techniques jugées inefficaces (en suivant les mêmes grilles d'évaluation, la HAS déclare ne pouvoir se prononcer[58]) et propose un cadre institutionnel a minima[59] avec le souci que la pratique ne rentre pas dans les professions de santé et puissent prétendre à des accords avec l'assurance maladie.

Dans notre questionnement initial, nous nous interrogions sur l'origine du changement d'attitude du politique intervenu entre la loi telle que voulue par les législateurs en 2002 et les décrets publiés en mars 2007 sous le contrôle du Ministre de la Santé. En prenant pour objet les discours des médecins en charge d'évaluer la discipline, on observe la manière dont des repositionnements politiques qui n'auraient pas été populaires auprès de l'électorat ont été « enrobés » au cœur des conclusions formulées par une élite médico-scientifique moins attaquable car traditionnellement associée à l'image de neutralité que la science donne d'elle même. C'est ainsi qu'un représentant de l'élite médicale s'est vu transférer la charge d'arbitrer politiquement au mépris des risques que son positionnement épistémique et des enjeux de pouvoir liés à sa profession, interfèrent avec le rôle politique qu'on lui demande de jouer.

---

[57]Haute Autorité de Santé, *Avis sur deux projets de décrets relatifs à l'ostéopathie,* 17 janvier 2007. Téléchargeable sur le site : www.has-sante.fr/, Consulté en août 2011.

[59] Absence de numerus clausus, (ainsi le nombre d'établissements explose : de 15 dans les années 1990, on en recense en 2011 51 desquelles sortent 5500 nouveaux ostéopathes par année), pas de régulation du prix des études (50 000 à 70 000 euros) ni d'harmonisation du contenu des formations proposées ou de surveillance de leur qualité (Proposition de loi, relative à l'ostéopathie et à la chiropraxie présentée par Bernard Debré et al. enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 24 février 2010). On observe alors que la reconnaissance conjointe à l'absence de régulation risque d'asphyxier la profession.

Le citoyen, écarté comme on l'a vu du processus décisionnel, et qui ne voit pas l'inégalité d'accès à ces soins résorbée, subit une violence politique sous couvert des conclusions d'une élite scientifique dont les intérêts et le mode de socialisation convergent dans ce cas avec le positionnement d'une élite politique.

Conclusion

L'accès à ce qui faisait le succès de l'ostéopathie en tant que savoir-faire innovant n'a pas été nécessairement facilité par la manière dont s'est opérée son entrée dans la légalité. Ce qui avait été validé sous une certaine forme par une partie de la population se voit, plutôt que d'être généralisé, soumis à une mise en conformité avec les normes de la science. Le politique fait confiance à la culture médicale pour définir les modalités d'intégration de la discipline dans le système de soin, ce qui entraîne son étalonnage sur la grille de lecture organisée autour de la nécessité de la preuve au cours d'un processus qui, comme on l'a montré, écarte le point de vue des patients. Il en résulte un bouleversement qui marque une discontinuité entre ce qui a existé et ce qui va pouvoir exister pour le patient de l'ostéopathie dans le cadre de la loi. L'évaluation réalisée par les médecins opère une sélection des savoirs et conduit la discipline à répondre progressivement aux exigences de l'objectivité telle que conçue dans les représentations dominantes. On observe que cela participe d'une volonté de créer des espaces uniformes et standardisés, plus légitimes, et qui, dans cet élan, se sont vu amputés d'une partie conséquente des outils jusqu'alors employés pour répondre aux demandes des malades. Ainsi le processus engagé pour démocratiser l'accès à l'ostéopathie et définir la place devant lui être accordée au sein du système de santé (même si aucune disposition n'a été prise pour faciliter concrètement l'accessibilité aux soins ostéopathiques) aboutit paradoxalement à un appauvrissement de la discipline susceptible, à terme, de changer la nature du soin dont bénéficie le patient. Au terme du processus, le nouvel espace de soin légitimé ne correspond plus à ce qui avait été validé par les patients et le législateur, et sous le même label, risque de se cacher une réalité différente où le malade ne retrouve ni la diversité technique ni la diversité conceptuelle des réponses dont il pouvait bénéficier avant la loi.

Suite au bannissement d'une partie des savoirs enseignés, doublé de commentaires des évaluateurs-médecins sur la nécessité de « moderniser » les conditions de validation des connaissances, certains établissements ont commencé à changer leur regard sur la validité des savoirs existants et favorisent désormais des recherches qui intègrent les modalités de

validation des énoncés utilisés en médecine. La reconnaissance de l'ostéopathie modifie ainsi au sein des écoles le contexte de production et de transmission de la connaissance propre à la culture thérapeutique des ostéopathes, qui cherchent désormais à se référer à la forme prise par le savoir dans la culture médicale. Nous avons montré dans la deuxième partie que le modèle de cohabitation adopté jusque-là dans les écoles permettait le maintien d'une frontière entre le savoir-faire manuel et son système explicatif global d'une part, et les critères scientifiques habituellement utilisés en médecine, d'autre part. La nouvelle nécessité de produire et de fournir la preuve du fonctionnement des énoncés menace alors cette frontière qui risque d'avoir de moins en moins de sens pour ceux qui recherchent une légitimité plus forte du côté de la médecine et de la science. L'article de Naraindas à propos des écoles ayurvédique en Inde est à cet égard intéressant (2006). L'auteur décrit une situation où l'imposition des critères scientifiques dans la pédagogie des écoles a produit une désolidarisation entre les techniques traditionnelles de soin et leur système explicatif et cognitif jugé non valide au regard de la science (2006). Naraindas décrit l'étudiant formé à partir d'un modèle ayurvédique « modernisé » comme incapable de raisonner en termes de « global » dans l'ancien système de pensée et de s'affranchir des catégories et notions de preuves propres à la médecine moderne (2006). De la même façon, le risque avec l'ostéopathie est de voir l'innovation repoussée à la marge dans des espaces non assujettis à la norme, quelque part plus libres et plus innovants, mais qui restent réservés à une forme d'élite qui possède le capital culturel et surtout économique permettant d'aller chercher des réponses à ses souffrances en dehors des institutions conventionnelles (auxquelles appartient désormais l'ostéopathie).

Quand aucune origine organique ne peut être trouvée à une plainte et que la médecine conventionnelle ne dispose d'aucun moyen technique pour y répondre, elle qualifie le malade de « fonctionnel ». On a montré que le malade catégorisé « fonctionnel » se retrouve dans une impasse thérapeutique souvent doublée d'un vécu stigmatisant. Ainsi, il se retrouve face à cette classification dans une situation de résistance (boulimie d'examens complémentaires) ou de fuite (vers d'autres espaces) avec comme but de chercher à réhabiliter sa douleur. L'ostéopathie constitue un de ces espaces vers lesquels se tournent les malades où nous avons montré que la classification médicale conventionnelle sur la douleur était suspendue. Or, le dispositif légal inscrit à nouveau le patient de l'ostéopathie sous l'étiquette « fonctionnel », exportant cette classification médicale dans un espace qui en était au départ exempt. Ainsi tous les patients qui vont désormais consulter un ostéopathe seront par définition

« fonctionnels », et au regard de la loi des personnes qui souffrent de manière inexpliquée. Or, ce que montre Isabelle Baszanger c'est que le malade étiqueté « fonctionnel », même re-catégorisé en « douloureux chronique » dans la nouvelle approche médicale de la douleur, est associé à une représentation d'un malade dépensier et consommateur irrationnel de soins (Baszanger, 1995). Ainsi, dans un contexte où il est entendu qu'il faut réduire les dépenses de santé, il n'est pas surprenant, vu l'image qui colle à cette catégorie de souffrants, que les soins ostéopathiques n'aient pas été insérés dans un cadre garantissant qu'ils puissent être rendus accessibles au plus grand nombre.

Bibliographie

Adam P., Herzlich C., *Sociologie de la maladie et de la Médecine*, Armand Colin, Paris, 2004.

Augé M., « L'Anthropologie de la maladie », *L'Homme*, Vol 26, No97-98, L'anthropologie : état des lieux, 1986, p. 81-90.

Beaud S., Weber F., *Guide de l'enquête de terrain*, La Découverte, Nouv. éd. Paris, 2003.

Benamouzig D., Besançon J. « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France », *Sociologie du Travail*, Vol 47, 2005, p.301-322.

Bézy O., « Quelques commentaires à propos de la célèbre formule de René Leriche : « La santé c'est la vie dans le silence des organes », La revue lacanienne, No3, 2009, p.47-50.

Baszanger I., *Douleur et Médecine, la fin d'un oubli*, Seuil, la couleur des idées, Paris, 1995.

Baszanger I., Bungener M., « Médecine générale, le temps des redéfinitions » in *quelle médecine voulons-nous ?*, sous la dir. De I. Baszanger, M. Bungener, A.Paillet, La Dispute, Paris, 2002.

Biehl J., *Vita Life in a zone of social abandonnement*, University of California Press, Los Angeles, 2005.

Delmas C., "pour une définition non positiviste de l'expertise", In Lascoume P., « Expertise et action publique », Problème politiques et sociaux, La documentation Française, 2005, p. 11 (extrait).

Duden B., *The Woman Beneath the Skin: A Doctor's Patients in Eighteenth-Century Germany*, Harvard University Press, Cambridge, 1991.

Daston L., Galison P., *Objectivity*, Zone Books, New York, 2007.

Delvecchio-Good M.J, Brodwin P. E., Good B., Kleinman A., *Pain as Human Experience: an Anthropological Perspective*, University of California Press, Berkeley, 1992.

Emerson R.M., Pollner M., Constructing Participant/Observation Relations, in Emerson R.M., « *Contemporary field research: perspectives and formulations* » Waveland Press, 2001.

Glesne C., *Becoming Qualitative Researchers An Introduction,* troisième Edition, Pearsons Education, Boston, 2006.

Faure O., *Les Français et leur médecine au XIXe siècle*, Belin, Paris 1993.

Faure O., « L'homéopathie entre contestation et intégration », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, No143, 2002, p.88-96.

Gaudillière J.P., *La Médecine et les sciences, XIXe-XXe siècles*, La Découverte, Paris, 2006.

Fassin D., *L'espace politique de la santé « Essai de généalogie »,* PUF, paris, 1993.

Fassin D., *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, coll. « Hautes études », Éditions de l'EHESS, Paris, 2010.

Fleck L., *Genèse et développement d'un fait scientifique*, trad. de l'all. par Jas N., préf. d'Löwy I., postf. Latour B., Les Belles Lettres, Paris, 2005.

Foucault M., *naissance de la clinique*, PUF, Paris, 1963.

Foucault M., *Dits et Ecrits II, 1976-1988*, Gallimard, Paris, 2001.

Freidson E., *la profession médicale*, Payot, Paris,1984.

Garro L.C., « Chronic illness and the construction od narratives » In Delvecchio Good M.J, Brodwin P. E., Good B., Kleinman A., *Pain as Human Experience: an Anthropological Perspective*, University of California Press, Berkeley, 1992.

Herzlich C., « The evolution of relations between French Physicians and the State from 1880 to 1980 », *Sociology of health and illness*, Vol 4, 1982, p. 241-253.

Hughes E.C., *Le regard sociologique*, édition de l'EHESS, Paris,1996.

Kleinman A., «Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems », *Social Science & Medicine*, Vol 12, 1978, p. 85-93.

Kotarba J.A., Seidel J.V., Managing the problem pain patient: Compliance or social control, *Social Science & Medecine*, Vol 19, 1984, p.1393-1400.

Lascoume P., *« Expertise et action publique* », Problème politiques et sociaux*,* La documentation Française, No 912, 2005.

Latour B., Pasteur : *guerre et paix des microbes, suivi de Irréductions,* La Découverte, Paris, 2001.

Latour B., *La fabrique du droit, Une ethnographie du conseil d'état,* La Découverte, Paris, 2004.

Latour B., Woolgar S., *La vie de laboratoire. La production des faits scientifiques*, La Découverte, paris, 1996

Le Corre F., Toffaloni S., *L'ostéopathie*, PUF, Paris, 2007.

Marks H., *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*, Synthélabo-Les empêcheurs de penser en rond, 1999.

Marks H. « Confiance et méfiance dans le marché : les statistiques et la recherche clinique (1945-1960) », *Sciences sociales et santé*, Vol18, No 4, 2000, p.9-27.

Morand L., « L'ostéopathie en question, controverses autour de la légitimité des pratiques », mémoire présenté pour le diplôme de master 2, mention Sociologie, à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, sous la dir. de N.Dodier, Paris, 2007.

Moutin L., Mann G.A., *Manuel d'ostéopathie pratique-Théorie et Procédés*, Librairie Internationale de la Pensée Nouvelle, Paris, 1913.

Naraindas N., « Of Spineless babies and folic acid : Evidence and efficacy in biomedecine and ayurvedic medicine », *Social Science & Medecine*, Vol 62, 2006, p.2658-2669.

Nye R.A. « Médecins, éthique médicale et État en France 1789-1947 », *Le Mouvement Social*, 2006, p.19-36.

Pestre D., *Introduction aux Science Studies*, coll. Repères, La Découverte, Paris, 2006.

Pinell P., « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005, p.156-157.

Porter T.M., *Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*, Princeton University Press, Princeton,1995.

Rechtman R.,« Douleur et politique du corps souffrant », *l'information psychiatrique*, Vol 80, No9, 2004, p.723-730.

Rhodes L., McPhillips-Tangum C.A., Markham C., Klenk R., « The Power of the visible : the meaning of diagnostic tests in chronic back pain », *Social Science & Medecine,* 1999, p. 1189-1203.

Robard I., *«* Le Parlement européen se prononce en faveur des médecines non conventionnelles : analyse autour d'un vote », *Aesculape Revue internationale des médecines non conventionnelles*, No 8, 1997.

Robard I., « Belgique : une loi cadre en faveur des médecines non conventionnelles », *Aesculape Revue internationale des médecines non conventionnelles*, No 19, 1999.

Roqueplo P., « L'expertise scientifique, consensus ou conflit ? » In *La terre outragée. Les experts sont formels*. Autrement, Paris, 1992, p.157-169.

Rosental P.A.,« L'argument démographique », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, No 95, p.3-14, 2007.

Sicard M., La photo-graphie , entre nature et artefact, *in La Fabrique des images visions du monde et formes de la représentation*, sous la dir. de Descola P., Somogy-Musée du quai Branly, Paris, 2010.

Still A.T., *History of the discovery and development of the science of osteopathy Autobiography of Andrew Taylor Still*, Andrew Taylor Still publisher, Kirksville 1897.

Strauss A., *la trame de la négociation*, L'Harmattan, Paris, 1992.

Vailly J., *Naissance d'une politique de la génétique*. *Dépistage, biomédecine, enjeux sociaux.* PUF, Paris, 2011.