

Université de Corse
Service de la Formation Continue
Quartier Grossetti BP 52
20250 Corte

En partenariat avec **Coordination ARB** Hôpital Robert Debré
48 Bd Serurier
75935 Paris Cedex 19

MASTER Professionnel
Education et Formation
2 eme Année

Philippe Caisso

**Mémoire de Master 2
professionnel
Année 2008-2009**

**Contribution des Sciences De l'Education à la prise en charge par
l'ostéopathe d'un patient souffrant de cervicalgie commune.**

Sous la direction de
Monsieur Franck GATTO
Maitre de Conférences, HDR (Université de Montpellier 3)

REMERCIEMENTS

A Monsieur Franck GATTO, directeur de ce mémoire et concepteur de ce Master 2 sans qui rien n'aurait été possible.

Je le remercie particulièrement d'avoir accepté de diriger mon mémoire, et pour ses précieux conseils .

Je le remercie en outre d'avoir été en adéquation avec son enseignement et d'avoir fait que cette formation soit pour moi un enrichissement tant sur le plan professionnel que sur le plan personnel.

A Alain Caisso, mon frère pour m'avoir fait rencontrer Franck Gatto et m'avoir conseillé et soutenu sans relâche tout au long du cursus.

A ma femme Delphine qui m'a soutenu et aidé pendant cette année et a accepté le sacrifice de nombreuses soirées, week-end et vacances.

A mes enfants Marine, Romain et Bastien, qui ont dû supporter ma « bonne humeur ».

et à Célia, Sonia, Séverine, Delphine, David, Fabien et tous mes camarades de promotion qui m'ont aidé et soutenu pendant cette année.

Table des matières

1	Introduction.....	6
2	La Cervicalgie commune : approche biomédicale et ostéopathique.	9
2.1	Définition.	9
2.2	Le contexte de santé publique.....	10
2.3	Un contexte biomédical fondé sur les preuves (Evidence Based Medecine).	11
2.3.1	Le champ des cervicalgies communes.....	11
2.3.2	Sources anatomiques hypothétiques des cervicalgies communes.	13
2.3.3	Traditions et habitudes dans l'évaluation des cervicalgies communes	14
2.3.4	Les traitements biomédicaux : une efficacité controversée.....	16
2.4	L'alternative ostéopathique.....	17
2.4.1	Les définitions de l'ostéopathie.....	18
2.4.2	Contexte historique.....	19
2.4.3	Contexte législatif.....	20
2.4.4	Le traitement ostéopathique	23
2.4.5	Contre indications et conseils de bonne pratique.	25
2.5	La question des examens radiologiques.....	27
2.6	Proposition de référentiel de soins ostéopathiques.	28
2.7	Conclusion : éducation à la santé du patient cervicalgique	31
3	Sciences de l'Education : modèles et théories invoquées.....	33
3.1	Les modèles de santé.	33
3.1.1	Modèle biomédical curatif.....	34
3.1.2	Promotion de la santé : modèle global de santé non positiviste.	35
3.1.3	Tableau 3 : Ce que les ostéopathes devraient connaître des modèles de la santé : .	36
3.2	Les théories de l'apprentissage.	36
3.2.1	Le behaviorisme.	38
3.2.2	Le constructivisme.....	39

3.2.3	Le socio-constructivisme	41
3.2.4	Le neo-socio-constructivisme.....	42
3.2.5	Tableau 4 : Ce que les ostéopathes devraient connaître des théories de l'apprentissage.....	44
3.3	Les modèles de l'évaluation.....	44
3.3.1	L'évaluation contrôle : la mesure et la gestion.....	46
3.3.2	Evaluation complexe :évaluation questionnement et problématique du sens.	49
3.3.3	Tableau 5 : Ce que les Ostéopathes devraient connaître des modèles de l'évaluation.	
	50	
3.4	Matrice théorique.....	51
3.5	Questions de recherche.....	60
4	Méthodologie de la recherche.....	61
4.1	Choix de la méthode.....	61
4.2	Population observée.....	62
4.3	Outil d'enquête et protocole.....	62
4.3.1	Message d'introduction du questionnaire sur les sites et forum.....	63
4.3.2	Questionnaire théorisé	63
4.4	Analyse des résultats.....	72
4.5	Traitement statistique des données par corrélation suivant le test chi2.....	97
4.5.1	Le nombre d'années d'expérience professionnelle influence-t-il le taux de conformité aux réponses attendues ?.....	97
4.5.2	Les études universitaires influencent-elles le taux de conformité des réponses attendues ?.....	99
4.5.3	Le lieu de formation à l'ostéopathie, selon qu'elle a été réalisée en France ou à l'étranger influence-t-elle le taux de conformité aux réponses attendues ?	102
4.5.4	Le mode formation en ostéopathie, selon qu'elle a été faite en alternance (formation continue) ou à plein temps (formation initiale) influence-t-il le taux de conformité aux réponses attendues ?.....	104
4.5.5	Le profil de l'ostéopathe, selon qu'il est professionnel de santé ou non professionnel de santé influence-t-il le taux de conformité aux réponses attendues ?.....	106
4.5.6	Tableau 7 : Synthèse des corrélations suivant le test chi2.....	109

4.6	Précision du domaine de validité de cette étude	109
5	Conclusion et perspectives.....	111
6	Références bibliographiques.	113
7	Annexes.	123
7.1	Annexe 1 : Article 75 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.....	123
7.2	Annexe 2 : Arrêté du 25 mars 2007 relatif à la formation en ostéopathie, à la commission d'agrément.....	124
7.3	Annexe 3 : Présentation des contre-indications liées aux manipulations cervicales selon différents auteurs. (ANAES , 2003).....	129
7.4	Annexe 4 : Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé	133
8	Résumé.	138

1 Introduction.

Baccalauréat D en poche et après quelques années d'hésitations, c'est au cours de mon service militaire que je décidais de faire le point sur mon avenir professionnel et mes motivations réelles. Le souvenir des kinésithérapeutes rencontrés suite à diverses blessures personnelles, leur passion dans leur métier et leur proximité du milieu sportif me décidèrent à m'engager dans cette voie et je répondais sans le savoir à la réflexion de Nuttin (2000) « *Grâce aux fonctions cognitives qui pénètrent le dynamisme des relations entre le sujet et le monde, la motivation devient une structure cognitivo-dynamique qui dirige l'action vers des buts concrets* ». Je passais un an dans une école préparatoire au concours où la méthode pédagogique par objectif était la règle. La connaissance était simplement transmise par conditionnement. Cette méthode pédagogique traditionnelle considérée par Donnadieu, Genthon et Vial (1998) comme étant issue du courant de pensée behavioriste selon laquelle « *Apprendre, c'est alors diriger son action vers l'atteinte des résultats, de cibles préconstruites* », me permit d'obtenir mon droit d'entrée à l'Institut de Formation en Masso-kinésithérapie (IFMK) de Montpellier.

Dès la première année les stages hospitaliers m'apportèrent le plaisir d'aider physiquement les personnes. En ce début de formation, je devais me concentrer sur les techniques enseignées dans une vision mécaniciste qui selon Vial (2001) « *...voit le monde comme un moteur, que l'homme peut démonter, réparer, reconstruire.* » Démonstration, répétition, restitution, je me conformais à ce que Gatto (2005) nomme « *la conception des petites marches* », conception de l'apprentissage dans laquelle « *Le savoir est transmis par guidage progressif extérieur au sujet.* ». Je restais impatient que l'on n'abordât la souffrance non organique que montraient certains patients atteints de maux chroniques, mais ce jour ne vint jamais. Je restais empreint du modèle biomédical dans lequel le patient ne peut qu'accepter les soins mis en place sans les commenter et dans lequel son savoir et son avis ne comptent pas. On m'avait formé à être sûr, objectif, rationnel mais j'obtins mon diplôme avec la ferme intention de quitter le statut d'agent (Ardoino, 2000) appliquant les procédures et protocole dans un discours dogmatique et réductionniste. Dès la deuxième année d'IFMK, je m'étais discrètement intéressé à l'approche ostéopathique décrite classiquement comme holistique ou globaliste. A l'issue de six ans de stages en formation continue

d'ostéopathie, je dus me rendre à l'évidence : les formateurs ostéopathes, tous professionnels de santé, étaient empreints, eux aussi, du modèle biomédical positiviste .

Je décidais, dans un but d'autonomie, d'exercer uniquement l'ostéopathie, enrichissant ma pratique des différentes approches issues de mes formations et essayant de considérer le patient dans son environnement .

En 2002, la loi du 4 Mars (Annexe 4) et ses différents décrets d'applications modifiaient la réglementation des professions de santé et dans le même temps reconnaissaient dans son article 75 (Annexe 1) le « titre » d'ostéopathe. Dans le tumulte des guerres de clocher ternissant cette ouverture au titre, je ne voyais pas le lien qui permettrait enfin l'approche globale de santé que je recherchais. Ma rencontre avec Franck Gatto me fit découvrir les Sciences de l'Education et de fait, le lien devenait évident, la formation des ostéopathes devait s'intégrer dans cette discipline universitaire et s'imprégner de ses différents modèles et théories. Je décidais donc de me tourner vers le département des sciences de l'éducation de l'Université de Corse en partenariat avec l'ARB Paris, afin d'accéder à l'étude et à la recherche des moyens indispensables à une formation initiale et une formation continue de qualité et pouvoir un jour enseigner et faire partager ces savoirs avec les praticiens de santé.

En parlant des kinésithérapeutes Gatto (2005) écrit « *Cette formation en sciences humaines me paraît aujourd'hui incontournable si l'on veut que notre profession avance vers l'autonomie. Elle permettra de nous éloigner de cette logique mécaniciste, biomédicale et de nous rapprocher du modèle de santé global axé sur un équilibre entre l'individu et son environnement* ».

Les ostéopathes ne devront pas ignorer cette réflexion fondée sur des résultats de recherche scientifique.

Le modèle de santé biomédical curatif et le modèle de santé global non positiviste, les théories de l'apprentissage behavioristes et néo socio constructivistes, enfin les modèles d'évaluation contrôle et d'évaluation questionnement, possèdent des critères scientifiques différents. Afin de pouvoir utiliser les critères scientifiques s'inscrivant dans un paradigme positiviste ou phénoménologique, les ostéopathes devront d'abord évaluer leur positionnement dans les théories et modèles proposés en Sciences de l'Education.

Gatto (2007) précise « *posséder la compétence de passer d'un paradigme à l'autre est une nécessité pour le soignant qui souhaite respecter la loi du 4 Mars 2002 dans une démarche et un processus de soin global* ».

De plus, comme le note Gatto (2008) parlant des kinésithérapeutes, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), instituée par l'article L. 4133-1-1 du code de la santé publique, consiste (article D.4133-23 de ce code) en « *L'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité en Santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques* » (JO N°2 - 3/01/2008 – texte N° 84 : Décision HAS n° 2007.10.035/EPP du 07 novembre 2007). Ce texte concerne actuellement les médecins mais la définition s'applique à l'EPP en général et peut donc concerner notre profession naissante qui devra mettre en place des évaluations professionnelles et des formations continues.

Il me semble indispensable que les sciences de l'éducation éclairent et orientent ces évaluations et ces formations si nous voulons que la profession d'ostéopathe grandisse en autonomie professionnelle et en qualité sanitaire. Cette formation aux sciences de l'éducation permet d'œuvrer dans ce sens conformément à la loi du 4 mars 2002 dite loi « Kouchner » qui stipule que le patient doit être co-auteur, co-évaluateur, co-décideur de sa santé avec son thérapeute.

La cervicalgie est une pathologie fréquente dans la population générale en Europe puisqu'on estime que sa prévalence se situe entre 10 et 15 % de la population (Brattberg et al. ,1989). Même si son retentissement semble habituellement moindre que celui des lombalgies, elle est responsable de nombreux jours d'arrêts de travail en France et surtout d'un handicap fonctionnel important chez les patients qui en souffrent. La recherche de la qualité de la prise en charge du patient souffrant de cervicalgie commune par l'ostéopathe rend indispensable à celui-ci, d'acquérir les modèles de santé, les théories de l'apprentissage ainsi que des modèles de l'évaluation. Repérer les savoirs conformes et non conformes de l'ostéopathe dans les champs du savoir biomédical et ostéopathique ainsi que dans le champ des domaines des sciences de l'éducation est un préalable indispensable à la recherche de cette qualité.

Ce repérage pourrait contribuer à la mise en place des évaluations professionnelles des ostéopathes dans le domaine de la prise en charge du patient souffrant de cervicalgie commune.

C'est dans cette perspective d'état des lieux que se situe cette étude.

2 La Cervicalgie commune : approche biomédicale et ostéopathique.

La cervicalgie commune est une affection complexe : sa présentation clinique est très variable, ses causes encore bien imprécises, son évolution souvent chronique et sa prise en charge encore très empirique compte tenu de la rareté des travaux scientifiques qui lui sont consacrés.

2.1 Définition.

Pour le Collège Français des Enseignants en Rhumatologie (COFER,2005), « *On appelle cervicalgies les douleurs de la nuque. Dans la très grande majorité des cas, il s'agit de cervicalgies communes dues à une détérioration dégénérative (la cervicarthrose) ou un trouble fonctionnel musculo-ligamentaires de la région cervicale.* »

Pour Merskey et Bogduk (1994), se référant à l'International Association for the Study of Pain (IASP) dans sa classification des douleurs chroniques, la douleur rachidienne cervicale est « *perçue comme n'importe quelle région limitée supérieurement par la ligne courbe occipitale supérieure, inférieurement par une ligne imaginaire transverse passant par la pointe du processus épineux de la première vertèbre thoracique, et latéralement par les plans sagittaux tangentiels aux bords latéraux du cou* ». Cette classification permet en outre une subdivision de la cervicalgie en une douleur du rachis cervical supérieur, du rachis cervical inférieur et elle reconnaît la douleur sous occipitale.

Pour l'ANAES (2003) « *Les cervicalgies sont qualifiées de - communes - ou - non spécifiques - lorsque la démarche étiologique ne conduit pas à une affection précise impliquant une cause et une évolutivité particulière justiciable d'un traitement spécifique. Sont exclues les cervicalgies associées à une radiculalgie des membres supérieurs qui justifient une prise en charge particulière.* »

Le tableau de cervicalgie commune exclut les cervicalgies symptomatiques dont les principales causes sont:

- Les cervicalgies tumorales, essentiellement localisation métastatique d'un cancer général ou localisation d'un myélome multiple.
- Les cervicalgies d'origine infectieuse (spondylodiscite).

- Les cervicalgies d'origine inflammatoire, essentiellement la spondylarthrite ankylosante, mais aussi les localisations cervicales de la polyarthrite rhumatoïde ou de la pseudo-polyarthrite rhizomélique.
- Les cervicalgies d'origine neurologique, il peut s'agir de tumeurs intra-rachidiennes (méningiome, neurinome) ou de tumeurs de la fosse postérieure à l'origine d'algies cervico-occipitales.
- Les cervicalgies post-traumatiques avec lésions osseuses évidentes (fracture, tassement d'un corps vertébral, luxation) ; fractures parcellaires (arc postérieur) ou fractures de l'odontoiïde ; éliminer également une entorse grave sans lésion osseuse.
- Les cervicalgies d'origine vasculaire, dissection des artères vertébrales.

Le tableau des cervicalgies communes comprend, les cervicalgies aiguës, le whiplash ou coup de fouet cervical, les cervicalgies chroniques, et les céphalées cervicogènes.

2.2 Le contexte de santé publique

Peu d'études basées sur la population et portant sur l'épidémiologie de la cervicalgie ont été menées dans la population générale. Selon Makela et al. (1991), les douleurs cervicales chroniques provoquent des problèmes musculo-squelettiques relativement mineurs mais leur nombre croissant doit être considéré comme un problème important de santé publique. En effet, sur un échantillon de 8 000 personnes, des problèmes de cou chroniques ont été diagnostiqués chez 9.5% des hommes et 13.5% des femmes.

Van der Donk et coll. ont évalué la prévalence de la cervicalgie à 13,4% à partir d'une enquête de population conduite de 1975 à 1978 aux Pays-Bas. Son coût est élevé, jusqu'à 0,1% du produit intérieur brut, (Borghouts, Koes, Vondeling, Bouter, 1999).

Pour l'ANAES (1999), la prévalence de la cervicalgie est variable (de 13,4 à 34,4 % selon les études) mais elle semble être un motif peu fréquent de consultation en France. En 2005 ce même organisme précise « *la fréquence de cervicalgie - non spécifique - est estimée à 12,1/1 000 patients/an. Environ 2/3 de la population sont concernés dans leur vie par un épisode douloureux de la région cervicale entraînant une raideur locale* ».

Nachemson et al. (2000) affirment que les données dont ils disposent, permettent d'évaluer la prévalence ponctuelle entre 10% et 20% (15% à 30% pour les lombalgies), la prévalence cumulée à environ 70% (60 à 70% pour les lombalgies).

Maigne (2001), confirme que les douleurs d'origine cervicale sont moins fréquentes que les douleurs lombaires mais il estime la prévalence entre 10 et 15%.

Pour Vaillant, (2002) « *La cervicalgie est la seconde cause d'arrêt de travail juste après la lombalgie. Les accidents de la voie publique sont la cause principale des cervicalgies aiguës, les cervicalgies chroniques auraient le plus souvent une cause professionnelle. La cervicalgie est également souvent associée à un contexte de dépression ou de rachialgies.* » Le risque de passage à la chronicité est important, observé chez 22 % des femmes et 16 % des hommes (Guez et al., 2002) et comme dans la lombalgie, les coûts les plus élevés pour l'individu et la société sont liés à la chronicité (Ferrari et Russell 2003).

2.3 Un contexte biomédical fondé sur les preuves (Evidence Based Medecine).

La prise en charge d'une douleur cervicale reste difficile, la cervicalgie dite commune est une affection complexe. Ses nombreuses causes sont mal individualisées et sa présentation clinique est multiforme. Les travaux qui lui sont consacrés sont peu nombreux. Moins fréquente que la lombalgie, elle est responsable de moins d'arrêts de travail et d'invalidité.

2.3.1 Le champ des cervicalgies communes.

L'IASP reconnaît la durée de trois mois comme point de séparation pour les douleurs non dues au cancer. Une douleur aiguë est donc une douleur présente depuis moins de trois mois.

La cervicalgie aiguë non spécifique peut être idiopathique ou être la conséquence d'un traumatisme dont le plus étudié est le whiplash. La douleur cervicale aiguë non spécifique la plus fréquente est celle du torticolis banal habituellement de courte durée. Le principal signe clinique, presque toujours associé à la douleur, est une attitude vicieuse de la tête, ou un authentique torticolis, (du latin *tortum collum* signifiant cou tordu), et qui associe une inclinaison et une rotation de la tête ainsi qu'une contracture du muscle sterno-cléido-mastoïdien homolatéral à l'inclinaison céphalique. Le caractère souvent bénin du torticolis, même douloureux, ne doit pas faire méconnaître la possibilité d'une étiologie grave, notamment chez l'enfant. Une autre cause fréquente de cervicalgie aiguë non spécifique est la poussée inflammatoire d'arthrose (Maigne 1989). L'étude observationnelle de Gore et al. (1987) montre que l'histoire naturelle de la cervicalgie aiguë est favorable, en particulier après un whiplash et la plupart des patients peuvent s'attendre à guérir avec le temps.

Le whiplash ou coup de fouet cervical est un phénomène se produisant lors d'un accident de véhicule à moteur. Il s'agit du mouvement subi par le rachis cervical le plus souvent lors d'une collision par l'arrière mais l'usage moderne inclut maintenant les forces subies lors des collisions latérales et frontales. Ce traumatisme peut résulter d'un plongeon ou à d'autres occasions, (Spitzer et al., 1995).

Les patients victimes d'un accident de véhicule à moteur ne souffrent pas tous de lésions. Nous avons vu (Gore, 1987) que la majorité des individus qui développent des symptômes guérissent mais un petit pourcentage de victimes développe des symptômes persistants permettant de les verser dans un tableau de cervicalgie commune chronique. Le whiplash n'est pas un traumatisme en flexion-extension (Hammacher et al., 1996), il n'occasionne pas de lésion en accélération-décélération (Merskey et Bogduck, 1994) mais il produit un traumatisme en compression dans lequel le tronc est poussé vers le haut, dans le rachis cervical (McConnell et al., 1994). A noter que la lombalgie est un symptôme rapporté par environ 30 à 40 % des patients souffrant de cervicalgie associée à un whiplash. En dépit des meilleurs soins biomédicaux possibles lors de la phase aiguë, environ 20% des patients continueront à souffrir de douleurs persistantes. Le chiffre peut atteindre les 40 %.

La cervicalgie chronique se définit par une douleur persistant au-delà de trois mois. Selon Bogduck et Mc Guirk (2007), il n'existe pas de cause connues de cervicalgies chronique en l'absence de traumatisme. Les causes les plus favorables des cervicalgies chroniques post traumatiques sont les déchirures de la partie antérieure de l'anulus et diverses lésions par impaction des articulations zygapophysaires ou des articulations atloïdo-axoïdiennes latérales. Van der Donk et al., (1991) ont réfuté l'arthrose interapophysaire comme facteur de risque pour la cervicalgie.

Les céphalées cervicogènes représente la dernière entité entrant dans le champ des cervicalgies communes. La céphalée cervicogène est par définition une douleur crânienne dont la source se trouve quelque part dans le rachis cervical.

Elles peuvent être classées parmi les cervicalgies communes depuis la contribution des thérapeutes manuels qui furent les premiers à soutenir que les affections du rachis cervical pouvaient entraîner une certaine forme de céphalée. (Bogduk et al., 1985). Les céphalées apparaissent souvent après les cervicalgie aiguës (Drottning, Staff et Sjaastad, 2002). Lors d'une

étude rétrospective effectuée auprès de 300 patients ayant subi un whiplash, Balla (1982) soutient que 97% des patients ont toujours des maux de tête après six mois.

2.3.2 Sources anatomiques hypothétiques des cervicalgies communes.

Si la cervicalgie est un symptôme fréquent, il n'existe pas de tableau précis répondant à une lésion anatomique identifiable.

Quelques données seulement sont disponibles concernant la réelle prévalence de la cervicalgie commune et notamment chronique provenant des différents éléments anatomiques du cou. Les sources principales possibles de la douleur chronique sont les muscles et les articulaires zygapophysaires. Mayoux-Benhamou et al. (1992) ont mis en évidence le rôle des muscles et des ligaments dans la cervicalgie. Le whiplash peut entraîner des lésions des ligaments alaires et transverses, mais pour Bogduck et Mc Guirk (2007), il n'est pas évident que ces lésions soient symptomatiques dans les cervicalgies communes consécutives à un whiplash, les lésions sous occipitales étant potentiellement source de céphalées cervicogènes.

Les spasmes musculaires, l'ischémie musculaire chronique et les points gâchette sont invoqués comme mécanisme de la cervicalgie chronique (Maigne, 1989), mais Bogduck et Mc Guirk ne trouvent aucune confirmation clinique à ces concepts et il a été démontré que les points gâchettes du rachis cervical ne pouvaient pas être différenciés de façon fiable de la douleur palpatoire des articulations zygapophysaires sous jacentes (Bogduck et Simons, 1993) . Taylor & Twomey (1993) reconnaissent dans les troubles de la fonction musculaire une caractéristique du patient cervicalgique avec en particulier, pour Falla, Jull & Hodges, (2004), une fonction altérée des fléchisseurs cervicaux profonds.

Barnsley, Lord, Wallis & Bogduk, (1993) effectuèrent des blocs anesthésiques des articulations interapophysaires postérieures chez des patients cervicalgiques chroniques . Une réponse positive sur les douleurs fut observée, suggérant la participation des articulations interapophysaires postérieures. Pour Rannou, Revel et Poiradeau (2004), il est impossible de conclure sur le rôle précis des articulations interapophysaires postérieures dans la cervicalgie commune, ils précisent en outre que toutes les études thérapeutiques menées portaient sur des patients cervicalgiques chroniques avec traumatisme initial de type coup du lapin ou whiplash.

Le disque est décrit comme source de douleur, mais selon Bogduck et Mc Guirk (2007) la prévalence de la douleur discogène cervicale n'a pas été déterminée dans la cervicalgie non

spécifique. Plusieurs études se sont intéressées au rôle des fissures de l'anulus fibrosus chez des patients cervicalgiques et asymptomatiques. Schellhas et al. ont effectuées des discographies et des examens en résonance magnétique (IRM) dans une population asymptomatique et symptomatique. La discographie semble relativement spécifique mais très peu sensible pour isoler les patients symptomatiques. Tous les disques normaux à la discographie, c'est-à-dire sans fissure détectée, étaient asymptomatiques. Pour les disques symptomatiques, la discographie mettait en évidence d'importantes fissures intéressant à la fois la partie interne et la partie externe de l'anulus dans sa partie postérolatérale et uncovertébrale. Maigne (2001) précise qu'à la différence du rachis lombaire, au niveau du rachis cervical, disque et articulaires postérieures ont une fonction assez voisine ce qui explique l'intrication fréquente des douleurs articulaires postérieures et discales chez un même patient.

Rannou, Revel et Poirauveau (2004) relèvent qu'aucune étude ne s'est spécifiquement intéressée à l'étude des articulations uncovertébrales dans la cervicalgie commune.

Le mécanisme de la céphalée cervicogènes est la convergence entre les afférences cervicales et trigéminales dans le noyau trigéminocervical. Les sources possibles de céphalées cervicogènes sont les articulations, les ligaments, les muscles, la dure-mère et les artères innervées par les trois nerfs cervicaux supérieurs. (Bogduck et Mc Guirk, 2007).

2.3.3 Traditions et habitudes dans l'évaluation des cervicalgies communes .

La pathologie cervicale est fréquente, environ 40% de la population aura des cervicalgies à un moment ou un autre dans sa vie (Leclerc et al., 1999) et le retentissement psychosocial des traumatismes cervicaux en coup de fouet est si important que l'évaluation précise de ces patients s'impose.

Pour évaluer la cervicalgie commune, la recherche des antécédents est décrite comme une étape cruciale. L'anamnèse est l'exercice le plus important pour évaluer un patient cervicalgique aiguë, aucun système ou protocole n'a toute fois été soumis à un examen scientifique rigoureux afin de déterminer sa fiabilité et sa validité. Bogduck et Mc Guirk (2007) précisent « *L'anamnèse demeure donc plus un art qu'une science, fondée sur une tradition et une sagesse acquise par l'expérience.* ». Ces même auteurs proposent (Tableau 1) l'adaptation à la cervicalgie du système décrit par Lance (1993) pour l'évaluation de la céphalée.

Tableau 1 : Catégories de questions pour l'anamnèse de la cervicalgie.

Site de la douleur
Irradiation
Durée de l'affection
Circonstances de survenue
Mode d'installation
Qualité de la douleur
Intensité de la douleur
Fréquence de la douleur
Durée de la douleur
Délais d'installation
Facteurs déclenchants
Facteurs aggravants
Facteurs de soulagement
Signes associés

L'examen physique avec palpation déclenchant la douleur, amplitude de mouvement réduite, aura peu de valeur diagnostic mais ne devra pas être omis et sera complémentaire des antécédents dans la recherche des signes d'alerte permettant de re-qualifier la cervicalgie commune en cervicalgie spécifique, (Bogduck et Mc Guirk, 2007). Ces auteurs, dans une approche fondée sur les preuves (Evidence-Based Medecine) précisent que la douleur palpatoire des articulations zygapophysiales, la douleur musculaire à la palpation, les tests d'amplitude, l'évaluation des mouvements passifs, accessoires et intersegmentaires ont une fiabilité plus ou moins bonne mais manquent de validité. Pour eux, la provocation de la douleur cervicale est attendue lors des différents mouvements, mais n'est pas le signe d'une source de douleur. Notons que Sturzenegger (1994) a montré que l'examen du rachis cervical sera normal chez les patients présentant une dissection de l'artère vertébrale.

La seule validité de l'examen physique se rapporte à la distinction entre les patients avec ou sans douleurs cervicales. Sandmark et Nisell (1995) ont montré que les patients cervicalgiques

présentent une douleur à la palpation et des mouvements limités, signes non apparents chez les individus asymptomatiques.

L'évaluation de la fonction permet de suivre l'évolution du patient au cours du temps ou des traitements. Seules cinq échelles spécifiques ont été développées, dont trois ayant fait l'objet d'une traduction et d'une validation en langue française. Les échelles actuellement les plus utilisées sont le *Neck Disability Index* (NDI), elle dérive de l'*Oswestry Disability Questionnaire* développé pour l'évaluation des lombalgies communes (Fairbank et al., 1980) et l'Indice D'Incapacité algofonctionnelle adaptée aux Cervicalgies, qui est un auto-questionnaire de 20 items avec des réponses présentées sous forme d'échelles visuelles analogiques, allant de 0 à 100. Le score total est rapporté en pourcentage. Cette échelle, bien que comportant plus d'items que les autres, est complétée plus rapidement, les patients semblant plus sensibles à la présentation des réponses sous forme d'EVA. (Demaille-Wlodyka, 2004).

Les facteurs psychosociaux se sont révélés d'importants déterminants de chronicité chez les patients cervicalgiques et l'évaluation psychologique doit être systématiquement incluse. (Balla et Karnaghan, 1987).

2.3.4 Les traitements biomédicaux : une efficacité controversée.

Pour Kuntz (2000) Le traitement symptomatique de la cervicalgie comprend :

- antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens utilisés lors des poussées douloureuses.
- les traitements de masso-kinésithérapie avec, massages, physiothérapie, essentiellement applications de chaleur sous différentes formes.
- les infiltrations de dérivés corticoïdes à utiliser avec beaucoup de prudence dans cette localisation.
- les traitements mécaniques avec contention par collier cervical tractions cervicales douces et progressives.

Il précise que le traitement de fond est destiné à prévenir les récurrences. Il s'agit essentiellement :

- du respect des règles d'hygiène et d'économie rachidienne dans la vie quotidienne et professionnelle.
- d'une rééducation posturale et proprioceptive insistant sur les exercices de musculation en isométrique.

Vaillant (2002) confirme qu' il existe une preuve scientifique suffisante pour recommander l'usage des techniques de renforcement musculaire statique et de kinésithérapie proprioceptive dans le cas des cervicalgies chroniques.

La HAS (2003) indique que « *les techniques utilisées sont le plus souvent : les étirements, les mobilisations, la proprioception, le renforcement musculaire. Des techniques passives comme le massage ou les agents physiques complètent la prise en charge.* » mais ce même organisme fait remarquer qu'il manque des preuves pour indiquer ou contre-indiquer l'utilisation de la thermothérapie, du massage, du myofeedback, des tractions mécaniques, des ultrasons, des stimulations électriques, de la stimulation électrique transcutanée (TENS) et des combinaisons de ces différentes thérapeutiques dans le cas des cervicalgies aiguës et chroniques.

Pour Gennis et al. (1996), le port de collier cervical est inefficace et pourrait même être un facteur de chronicité. Pour Bogduk et Mc Guirk (2007), il n'existe aucune preuve publiée concernant l'efficacité de nombreux traitements utilisés pour la cervicalgie chronique et aucun essai n'a été publié démontrant l'efficacité du TENS, des tractions et du traitement des points gâchette. Ils précisent qu'il n'existe pas de preuve que les médicaments quels qu'ils soient constituent un traitement efficace pour la cervicalgie chronique. A noter l'étude de Taimela et al. (2000) qui souligne que l'exercice physique utilisé dans un but antalgique est plus efficace si des conseils sont données aux patients pour faire les mouvement. Enfin, même si l'étude de la rééducation biopsychosociale multidisciplinaire pour la cervicalgie n'a pas apporté de preuves d'efficacité, (Karjalainen, et al., 2001), certaines études montrent qu'un programme multimodal comportemental et physique peut normaliser les symptômes chez une grande partie des patients (Vendrig, van Akkerveeken & McWhorter, 2000).

2.4 L'alternative ostéopathique.

L'ostéopathie fut crée aux états unis, dans la seconde moitié du XIX siècle par le Dr Andrew Taylor Still, médecin chirurgien pendant la guerre de sécession . Déçu par les résultats et les idées de la médecine de l'époque, il tenta de raisonner non sur la maladie, mais sur les conditions de la santé dans une démarche que l'on pourrait rapprocher aujourd'hui d'un modèle de santé globale non positiviste.

2.4.1 Les définitions de l'ostéopathie.

La diversité des définitions proposées par le monde ostéopathique témoigne des divergences des différentes écoles ou courants résultant des pluralités d'approches ou d'interprétation.

L'ostéopathie est basée sur le principe que le corps a la capacité de fabriquer ses propres remèdes contre la maladie et autres conditions toxiques lorsqu'il est en état structurel et fonctionnel normal dans des conditions environnementales favorables et qu'il est alimenté sainement. (rapprochement avec def de la santé de l'OMS) L'ostéopathie met l'accent sur l'importance de l'aspect mécanique du corps et a recours à différentes méthodes manipulatives pour détecter et corriger les problèmes physiologiques structurels, fonctionnels, viscéraux et crâniens.

La définition de l'ostéopathie qui semble actuellement retenue, sans pour autant faire l'unanimité, a été établie en 1987 à la convention européenne d'ostéopathie qui se tenait à Bruxelles.

« La médecine ostéopathique est une science, un art et une philosophie des soins de santé, étayée par des connaissances scientifiques en évolution. Sa philosophie englobe le concept de l'unité de la structure de l'organisme vivant et de ses fonctions. Sa spécificité consiste à utiliser un mode thérapeutique qui vise à réharmoniser les rapports de mobilité et de fluctuation des structures anatomiques. Son art consiste en l'application de ses concepts à la pratique médicale dans toutes ses branches et spécialités. Sa science comprend notamment les connaissances comportementales, chimiques, physiques et biologiques relatives au rétablissement et à la préservation de la santé, ainsi qu'à la prévention de la maladie et au soulagement du malade. Les concepts ostéopathiques mettent en évidence les principes suivants : le corps, par un système d'équilibre complexe, tend à l'auto-régulation et à l'auto-guérison face aux processus de la maladie. Le corps humain est une entité dans laquelle la structure et la fonction sont mutuellement et réciproquement interdépendantes. Un traitement rationnel est fondé sur cette philosophie et ses principes. Il favorise le concept Structure/Fonction dans son approche diagnostique et thérapeutique par des moyens manuels. »

L'administration française, au cours de la réunion (Commission Nicolas), du 30 septembre 2003 présidée par M. Guy Nicolas, Conseiller médical à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins fait la synthèse des définitions proposées par les différentes organisations professionnelles d'ostéopathes:

« *L'ostéopathie et la chiropraxie constituent un ensemble de pratiques manuelles ayant pour but d'identifier les dysfonctionnements de mobilité du corps et d'y remédier par des techniques appropriées* ».

2.4.2 Contexte historique.

Andrews Taylor Still (1828 - 1917) fut le premier médecin à comprendre les interrelations entre le système musculo-squelettique, les systèmes organiques, la mobilité, l'équilibre fonctionnel de l'ensemble du corps humain et l'état de santé.

En 1874, il rompt avec la médecine conventionnelle de son époque, puise dans la médecine grecque, égyptienne, indienne et formule le postulat suivant : « *la structure gouverne la fonction* » ref biblio. Ce fut, à l'époque, une révolution dans la manière d'aborder la santé. Still émit l'hypothèse que le vaste tissu de soutien du corps appelé « fascia », véritable toile d'araignée reliant tous les éléments du corps humain pouvait être le tissu le plus important et se trouver, par des restrictions de mobilité, à l'origine de troubles fonctionnels perturbant l'état de santé tout entier. La mobilité du système musculo-squelettique et des différents tissus du corps fut donc identifiée comme l'élément clé de la Santé de l'Homme.

En 1892, Still fonde la première école d'ostéopathie « The American School of Osteopathy » et pour se différencier des études médicales allopathiques, il crée le « D.O. » (Doctor of osteopathy), diplôme différent de celui de M.D. (Medical Doctor).

En 1900, un de ses disciples, William G. Sutherland, diplômé de l'American School of Osteopathy, découvre l'ostéopathie crânienne, il publiera ses premiers articles en 1930. De nos jours, certains praticiens remettent le concept crânien en question.

A la même époque en Suède, un kinésithérapeute, Thure-Brandt, développe une méthode de traitement des organes par des manœuvres de massage et de mobilisation, qui va devenir l'ostéopathie viscérale et gynécologique.

En Europe, l'ostéopathie s'est développée d'abord à Londres avec la création en 1918 de la British School of Osteopathy par J. M. Littlejohn puis à Paris en 1950 avec l'école Française d'Ostéopathie créée par un kinésithérapeute, Paul Geny. L'école française d'ostéopathie était réservée aux étudiants déjà titulaires d'un diplôme de kinésithérapeute ou de médecin. Parallèlement les médecins organisent leur enseignement : en 1952, R. Lavezzari fonde la

Société Française d'Ostéopathie (SFO) et en 1972 R. Maigne crée le premier diplôme universitaire (DU) de médecine orthopédique à l'Hôtel-dieu, à Paris.

Des kinésithérapeutes, Francis Peyralade et René Quéguiner créent en 1978 avec trois ostéopathes américains Harold Magoun, Viola Fryman et Thomas Schooley, la Société d'Enseignement, d'Etudes et de Recherches des Techniques Ostéopathiques (SERETO).

La majorité des praticiens en exercice aujourd'hui en France ont un premier cursus de kinésithérapeute ou de médecin. Cette situation tend à évoluer par le développement de collèges ou d'écoles d'enseignement privé qui dispensent des formations à plein temps – dites formations initiales – permettant de former des praticiens dès la sortie du baccalauréat, sans cursus préalable de professionnel de santé.

Bien entendu, elles intègrent également des praticiens de santé.

En 2002, l'article 75 de la loi du 4 mars, laissait augurer une reconnaissance du titre d'ostéopathe pour les non professionnels de santé, ce qui a provoqué pendant cinq ans un développement exponentiel de l'enseignement (plus de 70 établissements). Suite aux décrets de 2007, la situation s'est éclaircie puisqu'une quarantaine d'établissements ont reçus leur agrément dont la moitié est réservée à l'enseignement en alternance pour les professionnels de santé.

2.4.3 Contexte législatif.

L'ostéopathie est officiellement reconnue au Royaume-Uni depuis 1993 par la promulgation du Royal Assent.

En France, l'ostéopathie, pratiquée essentiellement par les kinésithérapeutes et les médecins, ne se développe véritablement qu'à partir des années 1960. Un arrêté ministériel (6 janvier 1962) de même qu'un article du code de la santé publique (art. L. 372, 1°) stipulaient que les actes d'ostéopathie, de chiropraxie, les diagnostics et les traitements conduisant à la pratique des manipulations vertébrales sont réservés aux titulaires du doctorat en médecine. L'ostéopathie et la chiropraxie ne sont ni une spécialité, ni une compétence. Les praticiens non médecins, s'exposaient dès lors à des condamnations pour exercice illégal de la médecine.

L'usage du titre d'ostéopathe est légalisé par l'article 75 de la loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Annexe 1), cet article stipule notamment « *l'usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur (...) aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie ou à la chiropraxie*

délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé dans des conditions fixées par décret ». Le même article précise que « le programme et la durée des études préparatoires et des épreuves après lesquelles peut être délivré ce diplôme sont fixés par voie réglementaire. »

Ce n'est qu'en mars 2007 que le décret relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie et le décret relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation furent publiés. Il y est notamment précisé : *« Après un diagnostic établi par un médecin attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie, le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe est habilité à effectuer les actes suivants : 1° Manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois, 2° Manipulations du rachis cervical. »* (Décret n° 2007-435,al.II). Cet alinéa s'appliquant uniquement aux ostéopathes non professionnels de santé (Décret n° 2007-435,al.III).

Nous sommes donc en présence de trois profils d'ostéopathes, les professionnels de santé non médecins, qui choisissent le plus souvent une formation en alternance venant compléter leur cursus de santé, les médecins s'orientant le plus souvent vers des diplômes universitaires et enfin les non professionnels de santé ayant obligation de suivre une formation à plein temps.

A ce jour, des listes préfectorales de praticiens autorisés à user du titre d'ostéopathe sont en attente de publication conformément à l'article 5 du décret n° 2007-435 du 25 mars 2007.

Tableau 2 : Repères historiques et législatifs de l'ostéopathie.

<p>1874 : Dénomination et formalisation du concept de l'ostéopathie, par Andrew Taylor Still (1828-1917), médecin et ingénieur, aux Etats-Unis.</p>
<p>1892 : Fondation du premier collège d'ostéopathie aux USA : l'American School of Osteopathy, à Kirksville, par A.T. Still.</p>
<p>1918 : Fondation du premier collège d'ostéopathie en Angleterre : la British School of Osteopathy, à Londres, par J. M. Littlejohn (ancien élève de A.T. Still).</p>
<p>1950 Ouverture de l'Ecole Française d'Ostéopathie (EFO), par Paul Gény.</p>
<p>1952 : Fondation de la Société Française d'Ostéopathie (SFO), par R. Lavezzari, première société savante française des médecins ostéopathes.</p>
<p>1962 : Homogénéisation, aux Etats-Unis, des titres de MD (Medical doctor), et de DO (Doctor of osteopathy).</p>
<p>6 janvier 1962 : Arrêté du ministre de la santé et article 372 Code de la Santé publique. Les actes d'ostéopathie, de chiropraxie, les diagnostics et les traitements conduisant à la pratique des manipulations vertébrales sont réservés aux titulaires du doctorat en médecine.</p>
<p>1972 : Création du premier diplôme universitaire (DU) de médecine orthopédique, par le docteur Robert Maigne, à l'Hôtel-dieu, à Paris.</p>
<p>1982 : Création d'un enseignement en ostéopathie réservé aux médecins, à la Faculté de médecine de Bobigny.</p>
<p>1993 : L'Angleterre reconnaît l'ostéopathie comme une profession indépendante et spécifique.</p>
<p>1996 : Mise en place de DIU de médecine physique et de réadaptation dans 15 écoles de médecine.</p>

<p>1999 : Création par B. Kouchner, ministre de la Santé, de la commission G. Nicolas, afin d'établir un rapport sur l'ostéopathie et la chiropraxie en France en préalable d'un projet de reconnaissance.</p>
<p>4 mars 2002 : Adoption de la loi n°2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. L'article 75 reconnaît l'existence d'un statut spécifique d'ostéopathe et de chiropraticien selon des conditions à définir.</p>
<p>25 mars 2007 : Décret n° 2007-435 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.</p>
<p>25 mars 2007 : Décret n° 2007-437 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation.</p>
<p>??? : publication de listes préfectorales des praticiens autorisés à faire usage professionnel du titre d'ostéopathe.</p>

2.4.4 Le traitement ostéopathique .

Les traitements ostéopathiques se déclinent en différentes approches et techniques qui peuvent se combiner au cours d'un même soin. Nous distinguons les traitements dits structurels incluant les manipulations vertébrales et articulaires (thrusts), les traitements viscéraux ,les traitements crâniens et les traitements psycho-affectifs ou somato-émotionnels. La combinaison systématique de ces techniques caractérise l'approche ostéopathique et la différencie des autres thérapies manuelles . En 1999 l'ANAES déclarait « *Les manipulations vertébrales cervicales font l'objet d'une formation spécifique. Elles sont efficaces à court terme et le plus souvent dans le cadre d'associations de traitements.* » puis en 2003 ce même organisme précisait « *L'efficacité des manipulations est difficile à analyser car les groupes contrôles ne possèdent pas les mêmes caractéristiques et les manœuvres sont parfois différentes* », ce que confirme Revel (2004) en montrant que les études portant sur les manipulations cervicales sont très difficiles à interpréter car les populations sont hétérogènes, les paramètres évalués relativement peu pertinents et les techniques manipulatives insuffisamment décrites. Nombre d'études valident les traitements

ostéopathiques ainsi en 2002 Gross, Kay et al. puis en 2004 Gross, Hoving et al., par une analyse qualitative de la littérature, montrent que les manipulations cervicales ou la mobilisation semblent être bénéfiques pour les cervicalgies subaiguës ou chroniques d'origine mécanique avec ou sans céphalées si elles sont accompagnées d'exercices. En 2007, Bogduk et Mc Guirk assurent que les données rejettent l'efficacité et l'utilité des manipulations cervicales dans le traitement des cervicalgies chroniques. Jordan et al. (1998) remarquent que les manipulations n'apportent pas plus de bénéfice que les exercices intensifs ou que la kinésithérapie. Dabbs et Lauretti (1995) pensent que les manipulations sont plus sûres que les AINS (d'un facteur 100) mais qu'il n'y a pas de preuves que les AINS sont plus efficaces que les manipulations. Enfin, Hoving et al. (2002) comparent 3 types de prise en charge pour la cervicalgie : les manipulations vertébrales, la kinésithérapie, les soins médicaux et ils concluent que les manipulations obtiennent un meilleur résultat à 7 semaines par rapport aux autres modalités thérapeutiques mais l'HAS (2003) précise que la différence entre les groupes n'est pas significative.

Pour ce qui concerne les céphalées cervicogènes, Bonfort et al. en 2001 ont déduit de la littérature que les manipulations cervicales réalisées sur les patients souffrant de céphalées seraient plus efficaces que le massage et qu'ils auraient des effets à court terme comparables à celui des traitements prophylactiques habituels pour les céphalées cervicogènes ou les migraines. Une étude plus récente (Jull et al., 2002) a montré l'efficacité des manipulations cervicales sur les céphalées cervicogènes à plus long terme (1 année).

Si la littérature s'est essentiellement intéressée aux manipulations vertébrales avec thrust, techniques dites structurelles, celles-ci ne représentent qu'une partie des possibilités thérapeutiques de l'ostéopathe. Les techniques neuromusculaires, la réflexothérapie, la fasciathérapie, la crânio-sacro-thérapie et toutes les techniques dites fonctionnelles restent le noyau du traitement ostéopathique et pour Bonneau (2005), « ces notions sont primordiales à considérer au niveau du rachis cervical, zone anatomique où les risques d'accident des manipulations ont des conséquences potentiellement graves ».

L'estimation de l'efficacité des techniques fonctionnelles est avant tout empirique et les études d'évaluation sur le mode biomédical de l'Evidence Based Medicine (EBM) présentent des biais comme par exemple l'impossibilité de réaliser un traitement placebo, puisque le seul contact manuel met en jeu les mécanorécepteurs cutanés. Fryer, Alvizatos et Lamaro, (2005) montrent

néanmoins que le traitement ostéopathique incluant l'utilisation de toutes les techniques semble être bénéfique indépendamment du fait qu'une cervicalgie soit chronique ou sub-chronique.

2.4.5 Contre indications et conseils de bonne pratique.

L'analyse des risques et les recommandations de bonne pratique n'ont jusqu'à présent portés que sur les seules techniques structurelles et ce sont encore une fois les manipulations avec thrust qui ont fait l'objet de la plus grande quantité d'études. Certains facteurs de risques ayant été identifiés ont permis d'établir un certain nombre de recommandations qui varient en fonctions des différentes corporations d'ostéopathes.

Pour l'ANAES (1999), « *La réalisation d'un interrogatoire simple et d'un examen clinique méthodique, avec le respect des contre-indications proposées par la profession, est un préalable indispensable à la pratique des manipulations. Il est recommandé d'informer les patients des risques encourus...* ».

En 2003 cet organisme précise qu'il « *il n'existe pas de consensus sur les contre-indications aux manipulations de la région cervicale. Les facteurs de risque évoqués peuvent être différents selon les auteurs.* » et il propose un inventaire des contre-indication faisant office de recommandations. (annexe 3).

Cette inventaire couvre la plus grande partie des contre indications proposées par les autres groupes d'ostéopathes .

Pour le Registre des ostéopathes de France (ROF, 2005), « *Il n'existe pas de recommandation technique faisant l'unanimité dans les rangs des professionnels, qui pratiquent des actes manipulatifs.* » Il est demandé au praticien d'utilisé une technique enseignée et non une technique personnelle.

Le choix de la technique est guidé par un diagnostic préalablement posé, le respect des contre-indications au traitement manipulatif, l'état du patient et l'expérience du praticien.

Les contre-indication absolues désignées par le ROF sont :

« *Des os fragilisés par un processus pathologique, des signes de compression nerveuse (moelle, racines...), des troubles circulatoires consécutifs à un spasme artériel réflexe ou de pression directe, un diagnostic incertain par absence de concordance des signes, des douleurs qui empêchent le positionnement précis pour la technique, et ce, quelle qu'en soit la raison.* »

Selon Maigne (2008) et la Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathique (SOFMMOO), « *Seuls les cas de douleur radiculaire et de douleurs post-traumatiques récentes constituent a priori des contre-indications.* »

La plupart des contre-indication des manipulations cervicales décrites par la SOFMMOO s'appliquent en fait aux cervicalgies symptomatiques et coïncident avec l'inventaire de l'ANAES :

- Contre-indications absolues (risque élevé d'accident).
 - Pathologie tumorale ou infectieuse.
 - Présence ou possibilité de présence de fracture, entorse, luxation cervicale.
 - Ostéoporose évoluée avec tassements.
- Contre-indications simples (risque faible d'accident).
 - Hyperlaxité.
 - Pathologie inflammatoire.
 - Hernie discale cervicale en phase aiguë.
 - Traitement anticoagulant.
 - Rachis immature (moins de 16 ans).
 - Absence d'indication raisonnable à la manipulation cervicale.

Pour cet auteur, la littérature concernant les recommandations est fort rare, et il propose 5 recommandations permettant de limiter le risque de dissection de l'artère vertébrale (Maigne, 1998) :

« La première demande à s'enquérir d'une réaction indésirable (vertige, nausée) après un traitement manipulatif précédent et à ne pas manipuler le cou en cas de réponse positive.

La deuxième attire l'attention sur les dissections débutantes se manifestant au travers d'une cervicalgie aiguë et demande un examen neurologique systématique. Plus généralement, les cervicalgies d'apparition récente (quelques jours) ne doivent, par principe, ne pas être manipulées, en particulier lorsqu'elles sont d'origine traumatique.

La troisième recommande de ne manipuler le cou que si la douleur vient bien du cou.

La quatrième prévoit une année de pratique minimum des manipulations lombaires et dorsales avant d'utiliser les techniques cervicales.

La cinquième est la plus drastique, puisqu'elle recommande de ne pas utiliser les manipulations en rotation chez la femme de moins de 50 ans... »

Enfin, toutes les corporations préconisent une évaluation post manipulation.

2.5 La question des examens radiologiques.

Dans le domaine biomédical, selon l'ANAES (1999), les radiographies classiques permettent, le plus souvent, d'éliminer les causes tumorales, infectieuses, inflammatoires. Elles apprécient la statique du rachis (présence d'un spondylolisthesis, harmonie de la lordose cervicale), sa morphologie (sténose canalaire constitutionnelle), la taille des foramens, la présence de lésions dégénératives et d'éventuelles malformations congénitales. La présence d'un bâillement discal postérieur non réductible sur des clichés dynamiques est très évocatrice d'une hernie discale (sémiologie radiologique). Dans le même rapport l'ANAES précise « *La valeur diagnostique des lésions dégénératives est très discutée. Plusieurs études ont montré que ces lésions étaient fréquentes chez le sujet asymptomatique.* » En 2005, l'ANAES précisait, concernant la cervicalgie commune, qu'aucune imagerie n'est nécessaire, car la clinique est typique et « *le traitement médical symptomatique peut être entrepris avant toute imagerie.* ». La radiographie ne peut pas déceler un nombre significatif de patients présentant une arthrose symptomatique, fait confirmé par Jonsson et al. (1991) qui ont démontré que les études post-mortem révèlent une plus grande incidence d'arthrose que les études radiographiques sur les mêmes rachis.

Selon Bogduck et Mc Guirk (2007), l'imagerie médicale conventionnelle ne révèle pas les causes de la cervicalgie chronique chez la plupart des patients et elle n'est pas indiquée sans antécédents de traumatisme, sans signe neurologique et sans indication clinique d'infection ou de cancer. Ces auteurs précisent que le diagnostic de la douleur requiert un examen physiologique et ne peut être fait par radiographie. L'IRM est le meilleur examen de dépistage pour éviter de passer à côté d'une pathologie grave.

Dans le domaine ostéopathique, l'examen de la littérature laisse apparaître que la pratique systématique de radiographies avant manipulation lombaire ou dorsale était sans intérêt (Maigne, 2005). En revanche, le rachis cervical fait débat. Selon Maigne (2008), La Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathique (SOFMMOO) recommande la pratique systématique de radiographies avant toute manipulation cervicale. Goussard (2003) pense que il y a peu de probabilité que des radiographies préalables puissent faire prévoir au praticien manipulateur un risque particulier d'accidents vasculaires cérébraux de type dissection vertébrale mais il précise que sur un plan médico-légal la jurisprudence fait constamment apparaître qu'en

cas de complication post-manipulative, l'absence de radiographie est considérée par l'expert judiciaire comme une marque d'absence de soins compétents.

Les traités classiques d'ostéopathie n'abordent pas directement la question de l'indication de la radiographie et pour le Registre des Ostéopathe de France (ROF, 2005), il paraît légitime avant manipulation de patients ayant présenté récemment un traumatisme, de disposer de radiographies dynamiques en flexion extension et d'un bilan tomodensitométrique permettant de détecter des lésions passées inaperçues sur des radiographies considérées comme normales et il précise « *Le bilan radiologique systématique du rachis cervical avant un acte manipulatif ne peut être utile que dans l'hypothèse où des critères cliniques soulèvent des questions, qui relèvent du bon sens* ».

2.6 Proposition de référentiel de soins ostéopathiques.

Il est entendu que dans ce référentiel, le découpage isolant artificiellement le rachis cervical est à pur but didactique et d'analyse, ce qui le rend incomplet puisqu'il y a interdépendance des différentes régions du corps et que chaque organe, chaque articulation, chaque élément est important, affectant l'ensemble.

Proposition d'idéal type de ce que l'ostéopathe devrait savoir dans le domaine biomédical, et ostéopathique concernant les connaissances, savoir faire et attitudes au cours du traitement d'un patient souffrant de cervicalgie commune.

Connaissances :

- Connaître la définition de la cervicalgie commune.
- Connaître l'anatomie descriptive, topographique, fonctionnelle, structurelle, du rachis cervical, de ses charnières et des premières cotes, de la moelle épinière, de ses racines et des méninges.
- Comprendre les rapports osseux, nerveux, musculaires, aponévrotiques et vasculaires de la région cervicale, de la loge viscérale du cou et leur variation dans le mouvement.
- Connaître l'anatomie et l'anatomopathologie radiologique conventionnelle, statique et dynamique.
- Connaître l'anatomie palpatoire, la morphologie et les repères du rachis cervical, cervico-occipital, cervico-dorsale et premières cotes.

- Connaître la biomécanique, la cinésiologie , la cinématique segmentaire et générale du rachis cervical et cranio-cervical.
- Connaître la dynamique méningée, médullaire, et radiculaire du rachis cervical et de ses charnières.
- Connaître la phylogénèse et l'ontogénèse du rachis cervical.
- Connaître le développement des mouvements du rachis cervical en fonction de l'âge.
- Connaître le mécanisme d'acquisition des courbures rachidiennes.
- Connaître la physiologie et physiopathologie articulaire cervicale biomédicale et ostéopathique.
- Connaître la neurologie et neuropathologie des systèmes nerveux périphérique et autonome.
- Connaître les lésions ostéopathiques cervicales.
- Connaître l'interrelation entre les éléments du système stomatognathique (ATM, langue, déglutition, occlusion).
- Connaître les relations entre la morphogénèse crânio-faciale et la statique cervico-céphalique.
- Connaître l'incidence de l'oculomotricité sur la posture cervicale.
- Connaître l'incidence des appuis plantaires sur le rachis cervical.
- Connaître l'incidence des dysfonctionnements viscéraux sur le rachis cervical.
- Connaître les lois de Fryette, Lovett, Littlejohn, Dejarnette , Martindale, Werhnam.
- Connaître les dermatomes, myotomes et sclérotomes cervicaux.
- Connaître la validité ou non validité scientifique (EBM) des techniques ou actes biomédicaux et ostéopathiques concernant la cervicalgie commune.
- Connaître la pathologie médicale liée au rachis cervical.
- Connaître les aspects neurophysiologiques de la douleur.
- Connaître les différentes formes de diagnostic positif, différentiel, étiologique, ostéopathique.
- Connaître les techniques de diagnostic tissulaires basées sur l'Onde Vasculaire Accessoires (OVA) ou Onde de Traube-Hering-Meyer.
- Connaître les techniques réflexes.

- Connaître les risques des manipulations structurelles cervicales.
- Connaître les contre indications absolues et relatives aux manipulations structurelles cervicales.
- Connaître la législation en matières de compétences aux manipulations structurelles (thrust) du rachis cervical.

Savoir faire :

- Identifier des principes de précaution et de sécurité à respecter et les appliquer.
- Informer le patient des risques encourus par une manipulation éventuelle.
- Faire un diagnostic ostéopathique et différentiel.
- Faire un examen pré-manipulatif neurologique et vasculaire de base.
- Savoir reconnaître les signes précurseurs de pathologies pouvant conduire à une référence médicale dans la pratique de l'ostéopathie.
- Tenir compte de la nosologie des affections pour confirmer un diagnostic différentiel et/ou d'exclusion.
- Trouver et traiter les points neuro-lymphatiques et les points neuro-vasculaires et points gâchettes , les zones dermalgiques.
- Appliquer les techniques de correction articulaires structurelles directes et indirectes.
- Appliquer les techniques fonctionnelles.
- Utiliser les pompages et différentes techniques de traitements des fascias et tissus mous.
- Savoir palper, reconnaître et interpréter l'Onde Vasculaire Accessoire (OVA) sur les différents tissus.
- Analyser les composantes des systèmes sous-jacents à la production de mouvements cervicaux.
- Savoir observer, écouter et interpréter.
- Savoir réclamer et/ou interpréter une radio, et/ou examens de laboratoire.
- Travailler en coopération avec les différents intervenants de soins et de santé.
- Savoir utiliser et combiner toutes les techniques et adapter leur choix à chaque patient.

Attitudes :

- Approche globale d'ouverture, d'écoute et d'empathie considérant le patient dans son ensemble.
- Prendre en compte la volonté du patient et développer ses motivations.
- Développer le travail en réseaux et approches transversales.
- Développer une terminologie adaptée au savoir préexistant du patient.

2.7 Conclusion : éducation à la santé du patient cervicalgique .

Nous pouvons affirmer sans nul doute que la phrase la plus fréquemment citée à la fin des études portant sur l'efficacité des interventions auprès des patients ayant des maux de dos ou de cou est : *" More research is needed to clarify the effect of therapy for chronic pain patients. "*

La littérature et l'HAS sont très partagés et semblent reconnaître une efficacité mitigée aux diagnostic et traitements biomédicaux . Il en est de même à ce jour pour les traitements ostéopathiques structurels par manipulation. Pratiquement aucune étude n'a pu être référencée sur les traitements ostéopathiques incluant les techniques fonctionnelles.

Ameis (1986) soutient que les chiropraticiens, offrant des traitements par manipulation, *« passent souvent à côté des buts de réadaptation des patients cervicalgiques en négligeant l'aspect conditionnement physique spécifique et général. Ils favorisent trop souvent la passivité et la dépendance des patients aux traitements »*. Le traitement des cervicalgies communes demande une adaptation du thérapeute conforme à la demande de l'OMS en terme de qualité des soins et de respect des déterminants de la santé. Pour Cote, Cassidy et Carroll (2003) *« La cervicalgie a été mise en association avec l'éducation, les comorbidités, le tabagisme, l'état de santé déclaré... »* la cervicalgie est un problème invalidant multidimensionnel qui mérite une plus grande attention et ils précisent *« dans le traitement des patients atteints de cervicalgie, les cliniciens doivent reconnaître que le problème est plus que physique et que son pronostic subit l'influence d'une large gamme de facteurs déterminants de la santé. »*.

Pour Farbman (1973), *« le thérapeute devrait davantage connaître le type de patient qu'il aura à traiter du point de vue de la personnalité, de la motivation et de l'attitude face aux traitements. Il doit adapter le traitement au patient plutôt que le patient au traitement »*. Si le patient se plaint constamment du programme d'exercices ou des méthodes d'interventions prescrites, il se refuse à lui-même une des meilleures thérapies disponibles (Craig 1992). Nous pourrions appliquer à tous les acteurs de santé et donc aux ostéopathes, la réflexion de Gatto (2007) selon laquelle *« Le rôle*

nouveau du professionnel de santé lui demande de considérer le patient comme un [partenaire], un acteur qui [prend en main] son état de santé ». Avec la loi du 4 Mars 2002, l'éducation à la santé fait partie des missions du soignant.

L'éducation à la santé est un moyen efficace et scientifiquement établi qui améliore l'état du patient souffrant de douleurs chroniques. Pour Green (1984), « *l'éducation à la santé comme toute combinaison d'apprentissage est destinée à faciliter l'adoption volontaire de comportements conduisant à la santé* ».

L'éducation à la santé ne se réduit pas à la délivrance d'une bonne information, mais elle vise à infléchir des comportements individuels et collectifs, ceci en garantissant le respect de la personne humaine. « *Il s'agit de transmettre une information et de favoriser son appropriation par le sujet en mettant en place des dispositifs pédagogiques* » (Gatto, 1999).

On perçoit dès lors le rôle que les sciences de l'éducation pourrait jouer dans l'amélioration de la qualité des soins si les ostéopathes étaient formés à cette discipline.

« *Toute pratique professionnelle procède d'un choix d'objectifs, de méthodes et de moyens parmi un ensemble d'options. Les possibilités de choix sont influencées par les modèles théorique et conceptuel qui les sous-tendent, c'est à dire le mode d'explication que l'on a des situations auxquelles on est confronté* » (Deccache et Meremans, 1997).

Voyons en quoi les sciences de l'éducation par l'utilisation de modèles et théories scientifiquement établis, pourraient améliorer la prise en charge par l'ostéopathe d'un patient souffrant de cervicalgie commune.

3 Sciences de l'Education : modèles et théories invoqués.

3.1 Les modèles de santé.

Définie par le chirurgien René Leriche comme « *la vie dans le silence des organes* », le concept de santé est variable et comme l'expliquent D'Ivernois et Gagnayre (2004), « *les modèles sous-jacents de santé sont les principes auxquels se réfèrent les professionnels de santé pour définir, expliquer et réaliser leurs pratiques en santé. Il est communément admis qu'il découle de ces modèles les systèmes de santé, les types de relation entre patient et soignant, jusqu'à la conception même des politiques de formation en santé* ».

En 1946, l'OMS propose comme définition: « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette définition, est complétée en 1982 et la santé comprend « *la capacité pour un individu à fonctionner de manière optimale dans son propre environnement* ». En 1986, l'OMS enrichit encore sa définition et décrit la santé comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but de la vie. La loi du 4 mars 2002 ira encore plus loin, en introduisant de nouvelles notions comme la « *qualité de vie* ». Pour Bury (1988) la notion de santé varie suivant les individus, les civilisations, les époques, leur rapport à leur environnement et constitue « *certaines bases des mouvements de promotion et d'éducation pour la santé : développement des capacités vitales et des mécanismes adaptatifs et défensifs naturels de l'individu* ». Il décrit deux modèles de santé. Un modèle biomédical, où la conception négative définit la santé comme une absence de maladie et un modèle global de la santé, dans lequel s'inscrit la définition de l'O.M.S.

Gatto (2004) ajoute un modèle intermédiaire : le modèle social « *C'est le traitement social de la maladie et du handicap. C'est l'ère de la socialisation du handicap et de la maladie. Le pôle d'intérêt est social. Création de la sécurité sociale, la COTOREP...* ».

En 2005, Gatto précise que le modèle de santé globale englobe les deux autres. « *Il ne les rejette pas mais permet leur articulation et leur coordination. Ce troisième modèle de la santé est appelé la promotion de la santé* ». Pour l'OMS (1986), « *La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer.* »

« *Par la notion de promotion de la santé, la prévention englobe la totalité de la vie : travail,*

relations humaines, motivations, corps – psyché – esprit » (Deccache, 1994).

3.1.1 Modèle biomédical curatif.

Ce modèle s'inscrit dans une logique linéaire et mécaniciste, pour Gatto (2005) « *Dans ce modèle, l'individu est ramené à un organe que l'on soigne comme une machine que l'on peut démonter, réparer et reconstruire. Tout est protocolisé et systématisé.* ». Ce modèle est fermé, la prévention est médicale, la personne malade est réduite à l'organe malade. La maladie est diagnostiquée et traitée par les seuls médecins avec une approche curative dans un système centré sur l'hôpital. Notre attitude privilégiera le contrôle, les mesures, les tests, l'application des procédures, des recommandations. Tout est protocolisé et systématisé. L'erreur ici est une faute, elle sera culpabilisante, amènera la peur. Pour D'Ivernois et Gagnayre (2004) « *Le modèle biomédical infère que la maladie provient principalement d'un problème organique. Il véhicule l'idée selon laquelle toute maladie a une cause biologique qui peut être guérie. Le modèle médical est essentiellement centré sur une approche curative comportant des investigations diagnostiques et des actions thérapeutiques. Le médecin est le seul référent dans cette approche.* ». On favorisera l'approche behavioriste pour la démarche éducative, en recherchant l'adhésion à la prescription, par les renforcements positifs et négatifs. Le patient est un agent exécutant, docile. Le thérapeute est également un agent exécutant, ses savoirs pré-existants expérientiels devront être évacués, il se réfère à des normes établies par les détenteurs du savoir. En outre, l'approche strictement behavioriste exclut la possibilité de partir des intérêts des patients, de leurs aspirations, et pas seulement de leurs craintes. En cela, elle est contradictoire avec les principes de la « promotion de la santé » qui vise aussi le maintien et l'amélioration de la « bonne santé » par une approche participative de l'éducation à la santé, c'est-à-dire où les patients sont placés en situation de décideurs ou de co-décideurs avec les professionnels, tant pour la détermination des questions et sujets de santé à traiter que pour le choix des méthodes et des moyens.

Alors que Béraud et al. (1996) constatent que « *Trop souvent, le système d'intervention parfois réduit aux seuls moyens médicaux curatifs est confondu avec le système de santé* », Corin observe en 1985 une montée progressive du modèle global de santé. L'OMS, par sa définition de la santé, impose aux différents états d'organiser leur système de santé suivant le modèle global, et non plus biomédical.

3.1.2 Promotion de la santé : modèle global de santé non positiviste.

Ce modèle tient compte de la cause multifactorielle de la maladie. La maladie résulte d'un ensemble complexe de facteurs organiques, psychosociaux et environnementaux. Il en découle une approche qui prend en compte ces différents facteurs, depuis la prévention jusqu'aux soins palliatifs et contrairement au premier modèle, la collaboration de tous les acteurs de santé est indispensable. En 1978, apparaissent en France les premières évaluations relatives à l'efficacité et à l'efficience de l'activité médicale. Pour Gatto (1999), il s'agirait de *« passer d'un système de soins où la maladie est au centre du dispositif de santé à une génération de soins où la santé serait déterminée par l'équilibre dynamique et évolutif entre la population et son environnement »*. On ne se situe plus ici dans une logique positiviste, *« mais dans une logique phénoménologique qui sera caractérisée par la recherche de sens et qui s'attachera à recueillir des données qualitatives en regardant la singularité de chacun »*. (Plisson, 2007). Pour Gatto, (2005) *« A la lecture des données de santé publique les politiques proposent une modification des pratiques des médecins et des professions encore appelées paramédicales ... »* . Les pouvoirs publics incitent les acteurs de santé à sortir du modèle biomédical pour aller vers le modèle global.

Le praticien se trouve ici face à la situation paradoxale de devoir accepter les discours officiels qui se construisent selon des normes objectives et recommandations que l'on doit respecter tout en acceptant de reconnaître l'importance des valeurs profondes portées par les personnes le plus souvent en rupture avec les normes que proposent le modèle médical. De façon générale le modèle biomédical, qui reste dominant, impose des normes, des démarches qualité, des économies souvent en contradiction avec la réalité du terrain qui oppose l'approche objective, réductrice et l'approche globaliste, subjective.

Pour ce qui concerne les patients cervicalgiques, Makela et al. (1991) estiment, suite à une étude effectuée auprès de 8000 sujets, que les maux de cou ne sont pas retrouvés dans la société de façon aléatoire. Certains facteurs contribuent de façon indépendante au phénomène de prévalence. Les résultats de leur étude démontrent que les personnes les moins scolarisées, celles ayant des conditions de travail non plaisantes, les personnes ayant un statut de travailleur manuel et un haut risque de problèmes psychologiques et physiques, sont les plus susceptibles de développer des problèmes de cou chroniques. Effectivement, dans le modèle global de santé, *« la maladie est conçue comme un phénomène complexe, impliquant une série de facteurs venant de*

l'individu, de sa famille, de son environnement plus large, et ceci tant au niveau de l'étiologie que du traitement et de l'évolution » (Bury, 1988). La personne est considérée globalement, avec ses habitudes et conditions de vie, son histoire, sa place dans la société. La santé correspond à un équilibre entre l'individu et son environnement. On se place ici dans un paradigme phénoménologique dans lequel se caractérise la recherche du sens. Les postures de tous les acteurs ont évolué, pour Gatto (2007), «le discours de l'acteur est essentiel, la démarche est attentive aux effets produits par l'interaction avec les sujets observés. Le patient est co-auteur. Les pratiques sont inventées à partir des savoirs de l'expérience du malade, des demandes du malade, des savoirs scientifiques et des savoirs de l'expérience du thérapeute. Le thérapeute est co-auteur puisqu'il crée dans la relation de soins et réoriente avec le patient le projet et le programme thérapeutique. Ce paradigme est caractérisé par la compréhension en cheminant, l'incertitude, le scepticisme, le relativisme, l'écoute. Ici les auteurs sont les chercheurs, les patients et les thérapeutes».

La connaissance par les ostéopathes des théories de l'apprentissage pourrait les aider à promouvoir la santé, conformément à la loi du 4 Mars 2002, en permettant à leurs patients d'accéder au rôle de co-auteurs.

3.1.3 Tableau 3 : Ce que les ostéopathes devraient connaître des modèles de la santé :

Connaître le modèle de santé biomédical curatif.
Connaître le modèle de santé globale non positiviste.
Utiliser le modèle biomédical curatif uniquement quand la situation le nécessite.
Connaître et prendre en compte les déterminants de la santé.
Prendre en compte les savoirs préexistants, les demandes et les projets du patient.
Prendre en compte les émotions du patient au cours des soins
Accepter l'inattendu et ne pas tout prévoir
Faire preuve d'humilité et de tolérance

3.2 Les théories de l'apprentissage.

Selon REY (2004), «Apprendre » signifie dès l'ancien français « *saisir par l'esprit* » et « *acquérir pour soi des connaissances* ».

La définition commune de l'apprentissage est : « *temps pendant lequel une personne apprend un métier, une profession ; processus d'acquisition de connaissances ou de comportements nouveaux, sous l'effet des interactions avec l'environnement* » (Larousse, 2000).

Pour Berbaum (1998), « *Apprendre, c'est construire une représentation par la création de liens entre les données recueillies et les données acquises antérieurement et améliorer progressivement cette représentation en vue d'une action adéquate. Apprendre c'est ajuster un comportement à cette situation* ».

Enfin, l'OMS (1998) définit l'apprentissage comme « *un processus qui engendre, par des transferts et partages de savoirs, une certaine modification, relativement permanente, de la façon de penser, de ressentir ou d'agir de l'apprenant* ».

Dans le processus d'apprentissage, il y a une mise en relation des connaissances acquises, le « déjà là », avec les acquisitions nouvelles. Le savoir n'est donc pas une simple accumulation de connaissances par couches successives. C'est le remodelage du « déjà là » et sa transformation qui vont créer un nouveau savoir construit.

On ne peut imposer brutalement à un patient cervicalgique de dormir sur le dos s'il dort sur le ventre depuis son enfance. Il devra en collaboration avec le thérapeute et avec sa famille établir une stratégie de changement progressif de comportement de posture pendant le sommeil, comme par exemple commencer par faire la sieste sur une chaise longue en position mi-assise, l'amenant à finalement préférer dormir sur le dos. Ce nouveau savoir construit, conséquence de la déconstruction d'un savoir préexistant, suppose que l'apprenant soit en mesure de prendre conscience de son savoir existant. Pour Brousseau (1998), il faut créer de l'ignorance pour que l'élève s'aperçoive d'un besoin et d'un intérêt d'apprendre. L'apprentissage ne sera possible que si les connaissances antérieures ne viennent pas se dresser en « obstacle » aux acquisitions nouvelles (Gatto, 2005). Lorsque les savoirs appris par immersion, ou par l'étude ancienne, sont contraires aux savoirs proposés par l'étude nouvelle, il y a obstacle et crise d'apprentissage.

3.2.1 Le behaviorisme.

Le terme «behaviorisme» vient de l'anglais *behavior* qui signifie «comportement». C'est à partir du XXème siècle que naît la psychologie behavioriste. Elle est fondée sur la théorie comportementaliste développée principalement par Pavlov, Watson et Skinner. Dans ce cas, l'apprentissage peut être obtenu par des renforcements et des conditionnements. On considère qu'à un stimulus, on obtient une réponse. Le même stimulus doit être répété pour apporter la même réponse. Il n'est pas tenu compte du fonctionnement psychique ni de la réflexivité et des capacités d'abstraction de l'apprenant. L'action est dirigée vers une cible, c'est de la pédagogie par objectif. Le conditionnement peut être répondant (Pavlov, 1927) avec influence de l'environnement sur le comportement et l'association entre stimuli et réponses, il peut être opérant (Skinner 1938), avec renforcement positif ou négatif et dans ce cas l'apprenant va adopter un comportement lui permettant d'éviter un renforcement négatif (punition) et d'augmenter la survenue d'un renforcement positif (récompense), « *Je n'avais plus très mal , mais pour vous faire plaisir j'ai fini mes médicaments...* » (récompense). Pour Fournier (1999), « *La notion de conditionnement suppose que l'apprentissage est une modification du comportement consécutive à des renforcements positifs (encouragements, récompenses...)* ». Le behaviorisme a conduit à des pratiques pédagogiques appelées pédagogies traditionnelles. Il s'agit du cours magistral. L'idée est de faire passer les savoirs scientifiques de celui qui sait à celui qui ignore. L'apprenant est considéré comme vierge de connaissances, il reste en posture d'agent (Ardoino, 2000) . L'erreur est une faute, elle est punie, culpabilisante, donne un sentiment d'infériorité et n'est pas utilisée comme outil d'apprentissage. L'objectif est centré sur les savoirs et non sur l'apprenant, « *Appliquez mes conseils, je sais ce qui est bon pour votre mal de tête.* » La théorie behavioriste a produit le modèle de l'évaluation contrôle, le modèle de l'évaluation mesure et le modèle de l'évaluation gestion et se situe clairement dans un paradigme positiviste. Est privilégié la répétition, la restitution, pour Donnadieu, Genthon, Vial, (1998) : «*On ne s'intéresse pas aux processus propres du sujet. Ce qui se passe dans sa tête n'est pas interrogé. Dans le modèle du conditionnement, l'activité et les opérations de réflexion, d'abstraction, de construction de représentation interne du sujet sont considérées comme inaccessibles à l'expérience et à l'observation, elles constituent le contenu de la boîte noire qui n'est pas interrogée.*».

Cette théorie s'intègre volontiers dans un paradigme positiviste et dans un modèle biomédical où les acteurs sont agents. Ce sont les différents échecs éducatifs, la démocratisation de l'école, l'évolution de la protection sociale qui ont conduit les chercheurs à produire de nouvelles théories. A partir des années 70, il est tenu compte de ce qui se passe dans la «boîte noire». *« Apprendre ne doit plus être considéré comme le résultat d'empreintes laissées par des stimulations sensorielles sur l'esprit de l'élève, (...) ni comme le résultat d'un conditionnement opérant dû à l'environnement mais plutôt comme un conflit cognitif incité par l'environnement didactique. »* Giordan, (1998).

3.2.2 Le constructivisme.

Développé principalement par Piaget (1896-1990) à partir des années 60, il est issu de la psychologie cognitive. *« Pour Piaget, l'apprentissage consiste en une modification de l'état des connaissances. Son modèle du développement est structuraliste. Pour lui la connaissance est une résultante du développement humain et celui-ci conditionne les apprentissages. Il postule l'existence d'une série d'organisations internes de plus en plus puissantes permettant d'intégrer des données de plus en plus complexes »* (Foulin et Mouchon, 1998).

Le constructivisme s'intéresse au contenu de « la boîte noire » et non pas aux modifications de l'environnement. Il a montré que l'apprenant ne se contente pas d'assimiler les données brutes mais qu'il les sélectionne et les met en forme.

Pour Piaget, deux actions contribuent à l'apprentissage : l'assimilation et l'accommodation. L'assimilation facilite la maîtrise de l'apprenant sur son environnement jusqu'au niveau de ses connaissances, l'accommodation lui donne la possibilité de s'adapter à l'environnement. Le sujet commence à apprendre lorsqu'il arrive à s'autoréguler et qu'il entreprend lui-même les conditions pour faire face à un changement. Apprendre, c'est modifier des schèmes, en éliminer, en différencier, en regrouper pour en augmenter leur puissance.

Pour Gatto et Ravestain (2003), le savoir *« résulte d'une élaboration, d'une structure toujours plus complexe à travers des phénomènes d'accommodation, d'assimilation à partir des savoirs préexistants »*.

Le développement est une structuration progressive commandée par des mécanismes d'équilibration. L'acquisition est une construction et le développement précède l'apprentissage. Le savoir est une construction du sujet en réponse aux sollicitations de l'environnement. Les

savoirs pré existants sont pris en compte : « *Apprendre devient enregistrer les savoirs transmis selon une progression qui accompagne le développement cognitif. L'apprentissage se fait par addition successive de savoirs en allant du plus simple, du plus concret au plus abstrait dans une progression constante* » (Donnadieu, Genthon, Vial, 1998).

Le formateur aide l'apprenant à se construire lui-même lui fournissant les moyens d'agir, d'expérimenter, d'observer, de se questionner. Si le pédagogue explique trop, il empêche l'apprenant d'inventer, conceptualiser, de créer. Le formateur propose à l'apprenant un milieu riche et construit favorable à l'émergence de conflits cognitifs permettant le développement. La construction et la structuration des connaissances sont liées aux activités de l'apprenant. Les résultats des recherches en didactique Joshua et Dupin (1993), Sensevy (1998), Gatto (1999), Ravestein (1999) montrent que c'est à partir des savoirs préexistants des sujets que ses connaissances se construisent. Il faut évaluer les savoirs préexistants pour rechercher ceux qui posent problème. Il est cherché à repérer d'éventuels obstacles d'apprentissage en créant une discussion, échange dans la compréhension, interaction, acceptation des certitudes des formés, en évitant un choc émotionnel et cognitif trop important sans donner de sentiment de culpabilité, faute, responsabilité qui pourrait conduire à un obstacle d'apprentissage. Pour Gatto (2005), « *le savoir s'acquiert par un processus circulaire d'assimilation du nouveau par accommodation de l'ancien* », « *l'erreur a un statut essentiel pour l'apprentissage. L'erreur est appelée écart et constitue un feed-back pour l'élève et pour l'enseignant* ». La confrontation, l'expérimentation permet la découverte, la problématisation, la remise en question des savoirs préexistants . L'erreur de l'élève n'est pas un défaut de conformité, elle permet le dialogue, l'interaction, la discussion, la réorientation des objectifs et ou des programmes d'apprentissage.

Le formateur est amené à placer la personne dans des situations problèmes dans un contexte de travail individuel permettant le tâtonnement, les essais, les erreurs. On est dans la résolution de problèmes et la remise en cause des savoirs préexistants, l'expérience permet la découverte, c'est une pédagogie active.

Ce type d'apprentissage est retrouvé dans certaines écoles d'ostéopathie, lors des séances de « pratiques ». Un cas clinique est, par exemple, présenté aux étudiants et c'est par l'échange et la confrontation des expériences qu'une solution est proposée. L'enseignant accompagne l'étudiant, il le guide dans son anamnèse, sa palpation, son analyse et sa recherche afin qu'il découvre par l'expérience la ou les solutions au problème. La formation au diagnostic

ostéopathique pourrait être un bon exemple d'application de cette théorie. C'est sans doute vers ce type de dispositif éducatif que les écoles d'ostéopathie devraient s'orienter si elles souhaitent, à terme, prétendre former des praticiens réfléchis et capables de s'extraire d'une logique de restitution dans un discours dogmatique.

3.2.3 Le socio-constructivisme .

Le socio-constructivisme est développé par Vigotski en 1934 ; il élabore une théorie interactionniste de l'apprentissage. En 1985, il s'oppose à Piaget dans le modèle socio-constructiviste, en affirmant : *«toutes les fonctions supérieures débutent comme des relations affectives entre êtres humains. Un processus interpersonnel se transforme en un processus intra-personnel d'abord comme activité collective, sociale et donc comme fonction inter psychologique, puis la deuxième fois comme activité individuelle, comme propriété intérieure de la pensée de l'enfant, comme fonction intra- psychologique»*. Les conflits sociocognitifs deviennent producteurs d'apprentissage en se confrontant au groupe social, les processus interpersonnels se transforment en intra-personnels. Joshua et Dupin (1993) précisent *« Ils (les conflits) conduisent à des progrès cognitifs par obligation de coordination des points de vue et d'actions »* .

« Chez Piaget, l'émergence de nouveaux possibles fait référence à une créativité endogène au sujet qui produit de nouveaux objets cognitifs, alors que pour Vigotski, c'est l'interaction qui conduit à l'actualisation des possibles, qui sont en quelque sorte performés ». Donnadiou, Genthon & Vial (1998). La vraie direction de la pensée ne va pas de l'individu vers le social mais du social à l'individuel.

Une fonction apparaît au cours de l'activité collective, soutenue par l'adulte et le groupe social, et s'intériorise par la suite. L'évolution par rapport au constructivisme se situe dans la confrontation au groupe social qui, par le débat, permet un conflit sociocognitif et donc une évolution.

L'erreur permet l'auto-régulation induite par les pairs.

Les théories constructivistes et socioconstructivistes ne s'opposent pas, tout en remettant le béhaviorisme en question. Dans le socio constructivisme, on est dans la relation transversale, développant l'inventivité et favorisant la motivation. On est centré, dans ce cas, sur la relation.

3.2.4 Le neo-socio-constructivisme.

Il a été montré par Damasio (1995), Vincent (1986) et Favre (1992) que le traitement de l'information, cognition et émotion sont anatomo-fonctionnellement interdépendants.

Ces progrès dans la compréhension du rôle du Système Neuro-Affectif-Emotionnel (SNAE) ont permis de faire émerger le neo-socio-constructivisme par la prise en compte de l'émotion dans les phases d'apprentissage. En 2003, Gatto et Ravestein constataient : *«on voit qu'émotion et raison sont en tension dans le processus d'apprentissage. Emotions dont nous faisons l'hypothèse qu'elles sont très prégnantes dans le cas de savoirs liés à la santé, à cause de leur proximité avec les notions de douleurs, de souffrance, de mort »*. L'émotion peut donc empêcher ou favoriser l'apprentissage, la compréhension, la communication.

Lors d'un choc cognitif important, il se crée une dissonance, il y a donc choc affectif et émotionnel concomitant. Si la personne pouvait uniquement utiliser sa raison pour décider, analyser, comprendre et agir, ses actions ses pensées ses discours seraient différents. Il est donc indispensable d'un point de vue scientifique de prendre en compte et de compléter les démarches pédagogiques basées sur le constructivisme et le socio constructivisme, par la prise en compte du traitement de l'information par l'émotion.

L'équipe de recherche scientifique dirigée par Daniel Fabre, s'est intéressée à mesurer les processus d'apprentissage par des indicateurs neurobiologiques. Leurs recherches ont permis de mettre en évidence la double fonction du langage : *« une fonction sociale pour communiquer avec les autres et une fonction régulatrice par le sujet de ses propres comportements. »* Gatto (2005), ainsi que le rôle majeur du SNAE dans l'apprentissage. Le langage et la pensée, on ne sait pas lequel engendre l'autre mais c'est bien avec des mots que l'on pense et le langage constitue un indicateur intermédiaire des comportements.

Par conséquent, en évaluant les savoirs préexistants de la personne à travers le langage, il est possible d'accéder à sa pensée et à ses comportements. Il est donc possible de repérer les obstacles d'apprentissage à travers le langage. Le professionnel utilisera donc les théories de l'apprentissage pour aider à la transformation du langage de la personne sur l'objet en question et donc transformer la pensée et les comportements des personnes. (Gatto, 2007)

Les conseils donnés aux patient cervicalgique fonctionne le plus souvent dans un paradigme positiviste sur le modèle béhavioriste en pédagogie frontale, la formation en ostéopathie n'aborde pas les théories de l'apprentissage. L'attitude éducative médicale est directive : *« vous ne devez*

plus pratiquer l'équitation », « vous devez prendre vos médicaments », « vous ne devez pas porter de charges lourdes »...et soulève des obstacles à l'apprentissage.

« L'attitude non directive est fondamentalement une attitude démocratique de respect de la personne, de fraternité active et de confiance en l'homme. Ajoutons que sur le plan de l'efficacité, elle est celle qui permet le mieux d'approcher la réalité, la vérité des autres » Grawitz (2001). En effet, selon D'Ivernois et Gagnayre (2004), *« le patient n'est jamais vierge d'expériences et de savoirs par rapport à sa maladie. Ce qu'il sait peut constituer un réseau complexe de représentations sociales, d'expériences riches, mais aussi de conceptions erronées, de préjugés »*. Ici l'apprenant est pris en « haute considération », ses émotions et projets sont pris en compte. En posture d'auteur, il conçoit le projet visé et programmatique entre pairs et construit par le groupe : on travaille sur le sens que l'apprenant donne à l'objet d'apprentissage. Des théories de l'apprentissage ont découlées les modèles de l'évaluation et nous pouvons appliquer aux ostéopathes la pensée de Gatto (2007) qui parle des masseur-kinésithérapeutes (MK), *« En fonction du paradigme théorique dans lequel le MK se situe, le modèle et les outils de l'évaluation à utiliser sont différents. Il est nécessaire d'avoir la compétence de passer d'un paradigme à l'autre au cours des situations de soin. »*

3.2.5 Tableau 4 : Ce que les ostéopathes devraient connaître des théories de l'apprentissage.

Connaître la théorie d'apprentissage behavioriste
Connaître les théories d'apprentissage : constructiviste, socio constructiviste et néo-socio-constructiviste
Prendre en compte les savoirs et savoir-faire préexistants du patient
Créer et gérer des situations générant des conflits cognitifs et émotionnels pour chaque patient
Utiliser l'erreur comme un outil non culpabilisant d'apprentissage
Valoriser les réussites
Corriger les erreurs sans culpabiliser
Entrer dans une dynamique d'apprentissage réciproque
Ne pas imposer ses conceptions et accueillir celles du patient avec bienveillance
Repérer les savoirs obstacle chez le patient
Utiliser les théories constructiviste et socio constructiviste pour déstabiliser les obstacles
Savoir ne pas créer de distance trop grande entre les conceptions du patient et les nouvelles conceptions qu'il veut lui faire acquérir

3.3 Les modèles de l'évaluation.

Le Trésor de la langue française définit ainsi le terme [modèle] : « chose ou personne qui, grâce à ses caractéristiques, à ses qualités, peut servir de référence à l'imitation ou à la reproduction. »

En sciences de l'éducation, le modèle sert de référence, c'est un patron, un gabarit, une mise en forme de la pensée, c'est une réponse provisoire et non stable. Pour Vial (2001), «Penser dans un modèle, c'est - en évaluation, du moins - utiliser un ensemble de principes, d'axiomes et de postulats qui ne sont visibles que parce qu'ils uniformisent les discours et les pratiques qui en découlent. L'évaluateur est la plupart du temps agi par le modèle. Le modèle est souvent peu affiché, plus ou moins caché, il sous-tend la théorisation. L'identification des modèles permettrait une meilleure communication». Il distingue, sans les hiérarchiser trois modèles d'évaluation. Chacun de ces modèles pourra être mis en perspective d'une part avec les théories de l'apprentissage et d'autre part, avec les modèles de santé convoqués dans notre étude.

- Le modèle basé sur l'évaluation des produits, des états, c'est-à-dire l'évaluation bilan utilisant comme outil la mesure des effets, des impacts. Pour un ostéopathe c'est par

exemple la prise de tension avant une manipulation .Ce modèle est basé sur l'exhibition des normes, les référentiels. Pour Bonniol et Vial (1997) *«l'évaluation est étymologiquement, une réflexion sur le rapport au valeurs»*.

- Le modèle basé sur l'évaluation des procédures, des moyens : c'est l'évaluation gestion pour gérer et rationaliser les pratiques. C'est l'évaluation par objectifs, pour la décision (structuralisme). L'ostéopathe utilise ce modèle pour appréhender l'évolution de la douleur du patient céphalalgique et orienter son traitement manipulatif ou fonctionnel.
- Le modèle basé sur l'évaluation des processus, des dynamiques : c'est l'évaluation questionnement pour rendre intelligibles les situations. C'est la reconnaissance des savoirs non formels, des habiletés, c'est l'accompagnement au changement et la promotion des potentiels. Pour Hadji (1990) *« évaluer, c'est mettre en relation des éléments issus d'un observable (ou référé), et un référent, pour produire de l'information éclairante sur l'observable, afin de prendre des décisions»*. Un des éléments du processus de l'évaluation suppose l'élaboration d'un référent et la détermination du référé. Selon Lesne (1984), *«évaluer, c'est mettre en relation de façon explicite ou implicite, un référé [...] avec un référent»*, le tout construisant l'appareil appelé référentiel.

En ce qui nous concerne, le référé est l'observation des pratiques professionnelles et du comportement de l'ostéopathe concernant le savoir théorique, le savoir-faire et le savoir-être, qu'il devrait idéalement connaître sur la prise en charge d'un patient cervicalgique et le référent est le projet pédagogique en formation continue qui découle de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). L'analyse des difficultés en fin d'EPP va permettre de faire une proposition de formation ciblée entraînant un développement de l'autonomie et de la responsabilité du soignant.

Pour Vial (2001), *«On distinguera la logique de contrôle qui veut assurer la maîtrise des situations et de l'autre (comme de soi, de ses procédures de fabrication de produits pour qu'ils soient conformes à une commande : c'est l'autocontrôle), en faisant des bilans. Et puis il y a l'autre logique beaucoup plus difficile à parler, qui reste dans le flou du contraire du contrôle : une logique appelée d'abord « formative » puis « formatrice », tout ce qui reste quand on ne fait pas du contrôle et que j'ai appelé la logique du Reste. Facilement confondue avec le vague «relationnel», ou le «pédagogique», cette attitude vise à promouvoir les capacités de l'autre (et de soi : c'est l'auto-questionnement.) à (l'aider à) chercher le sens»*.

Il en ressort deux logiques de l'évaluation qui seront : l'évaluation contrôle et l'évaluation complexe. En tant qu'évaluateur, nous serons tantôt dans une logique, tantôt dans l'autre, en tension permanente.

3.3.1 L'évaluation contrôle : la mesure et la gestion.

L'évaluation mesure est explication causale normée, bordée de certitudes et respectant un gabarit. C'est aussi la docimologie, la métrie. Il n'y a pas de place pour le doute et le hasard. On pense universalité, prévisibilité. Ce type d'évaluation est utilisé actuellement tout au long du cursus des études d'ostéopathie (épreuves de validation des unités de formation). Elle est définie dans les textes officiels dans ses modalités (Annexe 2) : Arrêté du 25 Mars 2007, Art. 4), et il est précisé qu'une unité de formation est validé si l'étudiant a obtenu au minimum 10/20). On mesure ses savoirs et ses savoirs faire (cas pratiques), parfois ses savoirs être (stages cliniques). On cherche à mesurer la plus value acquise au cours de la formation.

Evaluer dans ces cas-là, consiste donc à mesurer (Vial 2003). C'est l'enseignant qui note les copies d'examen, les tests pratiques, en ayant pris soin de définir critères, « *des critères se faisant passer pour des normes* » (Gatto,2007), les plus objectifs possibles, garant de sa neutralité et de son objectivité.

C'est aussi l'évaluation contrôle qui est utilisée lorsque l'ostéopathe est tenté de programmer une ou plusieurs séances supplémentaires en fonction du degré de satisfaction de son patient céphalalgique ou si il valide ou invalide les connaissances du patient sur ses cervicalgies chroniques.

Selon Pastor (2004) : « *l'évaluation contrôle ne favorise pas le positionnement du patient comme auteur de son traitement, mais le cantonne à un rôle d'agent ou d'acteur, donc renforce sa passivité, ce qui ne correspond pas au projet visée de la loi sur les droits des malades (Mars 2002). Il est certain que, pour les soignants relevant d'un paradigme évaluatif basé sur le contrôle, c'est une solution de facilité, un modèle qui ne remet pas en cause leur système d'apprentissage ou de transmission des savoirs. C'est une situation qui, finalement, satisfait une majorité de patients soumis et inféodés au pouvoir de la blouse blanche et une majorité de soignants contrôleurs et dogmatiques*».

Les personnes (patients et ostéopathes) se situent dans une posture d'agent, telle que

définie par Ardoino (2000). Ils reproduisent et transposent des actions, pour peu que les situations soient identiques.

C'est la logique positiviste selon le modèle curatif ou global positiviste et la théorie béhavioriste qui ont produit le modèle de l'évaluation contrôle. Pour Gatto (2005), *«les professionnels de santé sont dans une logique positiviste à la fois dans les soins et dans les évaluations»*. De par notre formation initiale professionnels de santé ou non, baignés dans un paradigme positiviste, l'institution nous a principalement donné des outils d'évaluation de mesure et de contrôle qui peuvent amener à des obstacles d'apprentissage. Pour Gatto (2005), *«La boucle de régulation est au service du programme prévu. Si l'erreur n'est pas corrigée malgré des efforts, ce type de régulation conduit à un échec d'apprentissage... Les outils pédagogiques utilisés sont souvent basés sur un fondement de culpabilité et le moyen souvent utilisé pour obtenir l'adhésion est la peur.»* C'est la part de l'objectivité, l'émotion n'est pas prise en compte. On s'exprimera dans la mesure inculquée comme la norme de l'évaluation, toute une batterie de tests, de procédures à choisir, ainsi Bonniol et Vial (1997) relatent que *«jusqu'à une date récente parler d'évaluation c'était tout naturellement parler d'évaluation sommative, de la note, des tests, des contrôles : de la vérification du bilan»*, et si l'on a un doute, on pourra prendre appui sur les référentiels, les recommandations de bonne pratique qui nous conforteront dans ce sens. C'est l'application de la pensée de Taylor citée par Tissier (2001) *«le contrôle du travail exige donc au préalable la connaissance précise du travail, la définition de méthodes explicites pour effectuer les tâches et l'application stricte et pointilleuse de ces méthodes par les ouvriers. L'expert standardise les méthodes de travail. Par cette standardisation, il permet à la fois une meilleure division du travail et un contrôle précis sur le travail effectué»*.

Dans l'évaluation gestion, évaluer signifie gérer et rationaliser des pratiques. L'évaluation pourrait être définie comme une évaluation par objectifs : il s'agit d'atteindre des cibles par des trajectoires. La valeur est dans l'économique : il faut être efficace, rentable, maîtriser des situations, prendre de bonnes décisions, et développer des potentiels.

L'évaluation gestion s'est intéressée aux systèmes allant du «simple au compliqué», mais en restant toujours dans le domaine du contrôle. Pour Ardoino (1986), *«C'est une recherche d'efficacité encore inspirée du modèle industriel Taylorien. C'est la notion de cible à atteindre au meilleur rapport coût/efficacité»*. Nous sommes dans l'autocontrôle, la régularisation, le

produit doit être remis conforme à la norme. Nous sommes dans une posture d'acteur Ardoino (2000). C'est le début de la phénoménologie.

Pour Gatto (2007), « *L'évaluation gestion se fixe sur les procédures et elle est dominée par le fonctionnalisme c'est-à-dire l'évaluation par les objectifs et par le structuralisme qui est l'évaluation pour la décision.* »

Evaluation mesure et évaluation gestion restent dans la logique de contrôle, dans un paradigme postiviste. « *C'est la maîtrise et non le développement du sens.* » (Gatto, 2007).

L'évaluation gestion ne peut couvrir tout le champ de notre pratique évaluative sans laisser de côté certaines réalités rencontrées sur le terrain, notamment la dimension psychosociale.

Dans l'évaluation gestion, l'évaluation est devenue plus globale et se décentre progressivement du produit attendu vers l'apprenant qui devient le véritable sujet de l'évaluation avec l'évaluation formative. On tient compte de la personnalité de l'apprenant. La posture du thérapeute-formateur sera de fait également modifiée « *l'éducateur n'est plus un juge menaçant et condamnant, mais un co-évaluateur* » (De Landsheer, V. & G. in Vial 2001). La patient cervicalgique par le moyen de l'auto-évaluation va pouvoir construire son propre cheminement dans sa propre temporalité. Cette recherche impliquante d'un but que l'on s'est fixé, donne un sens nouveau à sa démarche, celui d'être acteur de son traitement, de sa santé, de sa vie.

L'évaluation formative glisse vers une évaluation formatrice (Nunziati, 1990) où la régulation peut modifier au cours du parcours les objectifs initiaux et où l'on évalue la démarche et non le savoir-faire. Pour Gerardi (2005), « *L'évaluation formatrice est sous-tendue par la théorie socio constructiviste, elle se situe dans «la logique du reste» de Vial (2001)* ».

Parmi les facteurs déclenchants, le contexte personnel et social est souvent un élément déterminant. Ces facteurs ne peuvent être appréhendés et évalués dans une "évaluation-contrôle" ou "évaluation-gestion", il y a donc nécessité de s'occuper du "reste" au sens de Vial, par une approche systémique dans une évaluation complexe, grâce à la rencontre avec "l'autre" par la relation pour une éducation à la santé.

Depuis 2002, les textes de lois préconisent une modification des dispositifs de soins à travers un changement de posture des soignants.

« *Comment passer d'un dispositif de soin curatif à un dispositif de santé qui développe des pratiques d'éducation et d'évaluation différentes de l'évaluation-contrôle et de l'éducation correction ?* » (Gatto, 2005).

3.3.2 Evaluation complexe :évaluation questionnement et problématique du sens.

L'évaluation questionnement est l'évaluation des processus et « *actualise* » (Vial, 1999) les modèles et registres des pensées que sont « *la systémie ou l'évaluation formatrice, la pensée complexe, la pragmatique et l'herméneutique.* » (Vial, 2001) . Ici, la régulation complexe tient compte de l'affect de l'évalué. Cette évaluation questionnement utilise et articule tous les modèles d'évaluation. L'erreur est riche d'enseignement, est travaillée et réorientée. Auto questionnement, autoévaluation et autorégulation sont les évaluations de l'auteur.

Pour Gatto (2005), «*La pensée et la régulation complexe consistent à conjuguer, à articuler, à mettre en lien deux logiques contradictoires : la logique de contrôle dont le but est de vérifier, d'attester, de prouver, et la logique de l'évaluation dont le but est d'aider au développement des capacités et de la démarche ainsi qu'à la promotion du sens. Ces deux logiques sont à articuler pour développer une interaction productrice d'apprentissage*».

L'évaluation régulation complexe permet de fonctionner avec l'imprévisibilité des formés à la différence de la régulation cybernétique, elle tend vers la problématisation du sens et à l'appropriation, l'écart est attendu et même souhaité afin d'initier le questionnement, et la réorientation par la remédiation et la négociation. Ainsi l'erreur-écart est mise en valeur.

L'évaluation problématique du sens pousse le patient à se questionner, il conceptualise les soins et les analyse. Il participe avec le soignant à l'élaboration de critères l'amenant à une auto-évaluation. « *C'est une recherche de sens dans une relation intersubjective. Elle est centrée sur le processus de formation, sur la dynamique de changement du sujet.* » (Gatto, 2007).

En conclusion, «*Les deux logiques de l'évaluation ne sont pas parallèles mais tressées dans le sujet, pour le sujet*» Vial (2001) et pour Gatto (2007), les deux logiques (évaluation contrôle et évaluation complexe ou problématique du sens) ne s'opposent pas par les objectifs sur lesquels elles fonctionnent, ni par la nature des critères qu'elles utilisent. Elles se distinguent par leurs modalités du fait que leur fonction est différente. C'est le thérapeute formateur qui devra judicieusement articuler ces modèles pour une meilleure efficacité de son action éducative. Le temps thérapeutique devient également temps éducatif avec le passage d'un transfert de connaissances, d'un savoir vers un savoir-faire et un savoir-être.

Dès que les priorités institutionnelles porteront sur les apprentissages et non plus sur la sélection, le contrôle des deux logiques fonctionnera ensemble. Ainsi les ostéopathes gagneraient à

connaître ces modèles d'évaluation afin de pouvoir se situer puis naviguer, marier les deux logiques en fonction des situations auxquelles ils devront s'adapter.

3.3.3 Tableau 5 : Ce que les Ostéopathes devraient connaître des modèles de l'évaluation.

Connaître le modèle de l'évaluation contrôle.
Connaître le modèle de l'évaluation complexe.
Construire le traitement en cheminant avec le patient.
Encourager et stimuler la créativité et l'inventivité.
Ecouter, échanger et dialoguer.
Comprendre, accepter les différences et la non-conformité.
Cultiver le doute et le scepticisme.
Etablir son diagnostic à partir d'un modèle global du patient.
Ne pas restreindre ses évaluations à la mesure.
Accompagner le patient dans sa dynamique de changement avec ses peurs en utilisant une évaluation formative, qui portera sur l'aspect curatif et éducationnel du soin.
Conjuguer, articuler, mettre en lien deux logiques contradictoires : la logique de contrôle dont le but est de vérifier, d'attester, de prouver, et la logique du questionnement dont le but est d'aider au développement des capacités et de la démarche ainsi qu'à la promotion du sens.
Repérer, analyser, mesurer les déficiences et restrictions d'activités du patient et aussi les connaissances du patient dans le domaine de la cervicalgie, mode de formulation afin d'établir un diagnostic éducatif qui sera inclus dans son diagnostic ostéopathique.
Fusionner l'évaluation et l'éducation dans les soins.

3.4 Matrice théorique.

MODELES DE SANTE			
MODELE	CRITERES	INDICATEURS	AUTEURS
BIOMEDICAL CURATIF POSITIVISTE	1. L'objet principal est la maladie, l'organe perturbé.	La santé est vue comme l'absence de maladie. Le traitement a priorité sur la prévention. La souffrance est organique.	Bury Deccache D'Ivernois Gagnayre Gatto OMS
	2. Doctrine des causes spécifiques. Une cause unique produit un effet unique. La maladie est comprise en termes réductionnistes. La maladie est fondamentalement un phénomène biologique.	Les séquelles physiques du traitement (ou du non traitement) reçoivent plus de considération que les préoccupations psychologiques. On agira sur les causes biologiques, mécaniques spécifiques pour stopper, réduire la maladie et ses conséquences.	
	3. La maladie est celle du corps sans «l'esprit».	La conscience et la subjectivité du sujet sont écartées. Les savoirs expérimentiels du patient ne sont pas pris en considération.	
	4. Paternalisme, l'autorité est médicale. Le thérapeute a la vérité, le savoir.	Le thérapeute sait à l'avance ce qu'il doit engager comme procédure pour soigner, ce qui est bon pour le malade.	

MODELES DE SANTE (suite)			
MODELE	CRITERES	INDICATEURS	AUTEURS
BIOMEDICAL CURATIF POSITIVISTE	5. Le patient est passif dans le soin.	Le patient ne peut qu'accepter les soins mis en place sans les commenter. Ses savoirs et son avis ne comptent pas.	Bury Deccache D'Ivernois Gagnayre Gatto OMS
	6. Le projet visé est celui du thérapeute.	Le thérapeute connaît les protocoles et les procédures qui sont les plus adaptés pour aller vers la guérison. Il est l'autorité.	
	7. La prévention se limite aux risques.	Le patient doit agir selon les consignes pour limiter les risques de récurrences et de complications.	
	8. Objectivité, rationalité et certitude.	Le discours du praticien sera dogmatique. Le discours est figé et absolu. On est dans le probable, le possible. L'évaluation reste distincte du soin.	

MODELES DE SANTE (fin)			
MODELE	CRITERES	INDICATEURS	AUTEURS
GLOBAL NON POSITIVISTE	<p>1. concept de la santé.</p> <p>2. conception de la médecine.</p> <p>3. Comportement du professionnel de santé.</p> <p>4. Positionnement du discours du professionnel de santé et aptitude à communiquer</p>	<p>-La santé est un bien physique mental et social.</p> <p>-La santé est déterminée par l'équilibre dynamique et évolutif entre l'individu et son environnement.</p> <p>-La médecine est une pratique humaine avec une approche centrée du malade.</p> <p>-Les soins curatifs ne constituent qu'un déterminant de santé parmi d'autres.</p> <p>-La médecine donne aux individus davantage de maîtrise de leur santé et davantage de moyens de les améliorer.</p> <p>-La logique phénoménologique n'est pas exclue.</p> <p>-Le professionnel de santé n'est pas le seul référent, il place le patient en qualité de co-auteur, codécideur, Co prescripteur.</p> <p>-Le discours est scientifique non dogmatique.</p> <p>-Le professionnel de santé exprime des hypothèses, il considère ses connaissances comme évolutives et éphémères.</p> <p>-Le mode de formulation est explicite.</p> <p>-Il évite les généralisations et la validité de ses propos est circonscrite</p> <p>-Il a des attitudes réflexives, ses émotions sont présentes.</p> <p>-La communication est facilitée.</p>	<p>Bury Deccache D'Ivernois Gagnayre Gatto OMS</p>

LES THEORIES DE L'APPRENTISSAGE			
MODELE	CRITERES	INDICATEURS	AUTEURS
BEHAVIORISME	1. Conditionnement appropriation par répétition but = restitution cond. répondant = stimulus-réponse cond. opérant = récompense-punition	comportement adapté aux erreurs. culpabilité, faute, frustration. élève exécutant.	Pavlov Watson Skinner
	2. Renforcement positif, récompense renforcement négatif, punition essai-erreur erreur = défaut de conformité	connaissances transmises. pédagogie par objectifs. programme préétabli. instruction.	
	3. Pédagogie traditionnelle élève en posture d'agent pédagogie externe au sujet cours magistral savoirs au centre savoirs cumulatifs, hiérarchisés savoirs préexistants non pris en compte	affirmation des connaissances. généralisation abusive. normalisation, correction. idées reçues, <i>toujours, jamais...</i> <i>il faut, on doit...</i>	
	4. Non prise en compte des émotions - logique positiviste de la théorie vers la pratique. - évaluation contrôle, mesure.		

LES THEORIES DE L'APPRENTISSAGE (suite 1)			
MODELE	CRITERES	INDICATEURS	AUTEURS
CONSTRUCTIVISME	<p>1- Apprentissage par activité.</p> <ul style="list-style-type: none"> -pédagogie interne au sujet, -activité apprenant par conflit cognitif. 	<ul style="list-style-type: none"> -le formé travaille seul avec l'objet. -situations proposées multiples. -auto-structuration. -apprenant au centre. -besoins de l'élève. -possibilités de l'élève. -Jeux. -étude de cas. -erreur = outil. -analyse des pratiques. -pas de généralisation. -explicitation plutôt qu'affirmation. -éducation, développement personnel. -usage du contre-exemple. -<i>je, il se peut, il semble...</i> -tâches selon niveau de développement. 	<p>Piaget Ardoino Gatto Giordan</p>
	<p>2- Sollicitation de l'environnement.</p> <ul style="list-style-type: none"> -maturation biologique préalable. -apprentissage seul avec l'objet. -de l'individuel vers le social. -assimilation accommodation. 		
	<p>3- Pédagogie active.</p> <ul style="list-style-type: none"> -pédagogie par construction. -élève en posture d'auteur. -développement, expérimentation. -savoirs préexistants pris en compte. 		
	<p>4- Elève au centre.</p> <ul style="list-style-type: none"> -erreur travaillée. -de la pratique vers la théorie. -évaluation questionnement. 		

LES THEORIES DE L'APPRENTISSAGE (suite 2)			
MODELE	CRITERES	INDICATEURS	AUTEURS
SOCIO-CONSTRUCTIVISME	1- Apprentissage par le groupe. -pédagogie interne au sujet. -activité apprenant par conflit socio-cognitif.	-interactions entre pairs. -groupes de travail. -jeux de rôle ensemble.	Vygotski Ardoino Gatto Giordan
	2- Sollicitation de l'environnement. -zone proximale de développement. -individu préformé. -apprentissage par confrontation du social vers l'individuel.	-groupes de parole, ateliers. -programme selon les besoins. -négociation.	
	3- Pédagogie active. -pédagogie par construction. -élève en posture d'auteur. -développement, expérimentation.	-analyse des pratiques. -pas de généralisation. -explicitation plutôt qu'affirmation.	
	4- Savoirs préexistants pris en compte. -élève au centre. -erreur travaillée. -de la pratique vers la théorie.	-éducation, développement personnel. -usage du contre-exemple.	
	5- Le social conditionne la maturation. -évaluation questionnement, complexe.	-je, il se peut, il semble... -prise de conscience par le groupe. -auto-régulation par le groupe. -tâches proches de l'acquis.	

LES THEORIES DE L'APPRENTISSAGE (fin)			
MODELE	CRITERES	INDICATEURS	AUTEURS
NEO-SOCIO-CONSTRUCTIVISME	1- Apprentissage par le groupe. -pédagogie interne au sujet. -activité apprenant par conflit cognitif.	-Echange. -groupes de travail. -relation d'aide. -jeux de rôle ensemble.	Abernot Bonniol Gatto Giordan Vial
	2- Sollicitation de l'environnement. -individu préformé. -apprentissage par confrontation. du social vers l'individuel -conflit socio-cognitif.	-groupes de parole, ateliers. p-rogramme selon les besoins. -négociation. -analyse des pratiques. -pas de généralisation.	
	3- Pédagogie active. -pédagogie par construction. -élève en posture de co-auteur. -développement, expérimentation.	-explicitation plutôt qu'affirmation. -éducation, développement personnel. -usage du contre-exemple.	
	4- Savoirs préexistants pris en compte. -élève au centre. -erreur travaillée. -de la pratique vers la théorie. -modèle non positiviste. -traitement non dogmatique de l'info.	-je, il se peut, il semble... -prise de conscience par le groupe. -auto-régulation par le groupe. -tâches proches de l'acquis. -motivation.	
	5- Le social conditionne la maturation -évaluation questionnement, complexe	-émotion. -vécu des situations. erreur = outil.	
	6- Emotions du sujet prises en compte. -motivation prise en compte. -évaluation questionnement.	-subjectivité de chacun -prise en compte.	

LES MODELES DE L'EVALUATION			
MODELE	CRITERES	INDICATEURS	AUTEURS
EVALUATION CONTROLE Rationalisation-Conformité-Prévision à l'avance-Systematisation-Linearité-Objectifs-définis à l'avance-Cibles fixes à atteindre-Objectivité.	1. Mesures	Utilisation d'instruments et prise de mesures chiffrées, objectives des déficiences.	Ardoino Barbier Bonniol Gagnayre Deccache D'Ivernois Gatto Hadji Ravestein Vial
	2. Tests.	Utilisation des tests validés en fonction de la pathologie.	
	3. Procédures	Mise en place de l'action thérapeutique techniciste en fonction des résultats, des mesures et des tests.	
	4. Référentiels, savoirs savants	Posture d'agent dans l'application des procédures issus des protocoles référencés et de savoirs savants	
	5. Normalisation, Produit fini.	L'objectif est le retour à la norme. Les résultats de procédures et de produits finis doivent correspondre aux attendus. C'est être en accord avec les référentiels.	
	6. Erreur, régularisation, sanction.	L'erreur est une faute qu'il faudra corriger pour revenir à la norme. Elle sera culpabilisante et amènera une sanction comme par exemple la reprise des exercices.	
	7. Contrôle.	Sur le patient : c'est le contrôle du produit fini et attendu et des procédures attendues de ses exercices, de l'application des consignes de prévention, des résultats. Le patient est un agent.	
	8. Auto-contrôle, Systematisation.	Pour le thérapeute : C'est le contrôle par la prise des mesures, de la réalisation du produit fini et de l'écart par rapport au produit attendu. C'est aussi le choix des tests, le choix des procédures, de l'acte technique. C'est être en accord avec les référentiels et les savoirs savants. Le thérapeute est un agent.	

LES MODELES DE L'EVALUATION (fin)			
MODELE	CRITERES	INDICATEURS	AUTEURS
EVALUATION QUESTIONNEMENT Complexité-Cheminement-Co-construction-du projet-Elaboration progressive-Intersubjectivité	1. Questionnement	Recherche du sens dans le problème de santé et de vie du patient. Quels peuvent être les facteurs négatifs autres qu'organicistes. (sociaux, familiaux, comportementaux, vécus). Approcher les savoirs préexistants du patient pouvant faire obstacle. Existence d'un projet de vie. Conscience du Moi. Dialogue, interaction, construction en cheminant.	Ardoino Barbier Bonniol Gatto Hadji Ravestein Vial
	2. Ecoute, discours, attitudes.	Evaluation des discours, des comportements, du vécu, des attitudes par des outils spécifiques qui favoriseront l'échange, l'interaction et l'éducation à la santé.	
	3. Imprévisibilité	L'évaluation est une action permanente, se confond avec le soin. Elle est différente à chaque intervention et à chaque instant. Le programme est divergent, réorienté avec le patient, non prévu à l'avance. Le patient est co-auteur.	
	4. Ecart, régulation, feed-back.	L'erreur n'est plus une faute mais un outil pour progresser, discuter, réorienter dans le projet de soin et vers l'autonomisation. Réorientation, négociation du projet. Le patient est co-décideur.	
	5. Auto questionnement	Pour le praticien : Auto-évaluation de ses actions thérapeutico-éducatives : dans la remise en question permanente de ses actes, discours, attitudes, moyens engagés. Pour le patient : Auto-évaluation dans la recherche de sens de son projet de vie, de santé, de ses actions, dans l'acte préventif qu'il décidera de mettre en place	

3.5 Questions de recherche.

En 2005, Gatto écrivait, *«L'éducation a pour fonction essentielle d'aider à la socialisation des personnes, se poursuit toute la vie et ses effets sont mesurables par un gain d'autonomie des individus dans un contexte, dans une société. Il s'agit pour les professionnels de santé et les cadres d'aider les malades et les non malades à gagner en autonomie par rapport à leur santé »*. La loi du 4 mars 2002 exige de tout professionnel de santé d'éduquer son patient au cours de son acte thérapeutique.

Le but de cette recherche est, dans une perspective d'élargissement de ces exigences aux ostéopathes, d'évaluer la proportion de leurs connaissances conformes et non conformes en savoir, savoir-faire et attitudes indispensables à cette éducation, c'est-à-dire dans les domaines des modèles de santé, des théories de l'apprentissage, des modèles de l'évaluation et des connaissances biomédicales et ostéopathiques concernant la prise en charge d'un patient souffrant de cervicalgie commune. A partir de ces résultats, nous tenterons de mettre en évidence d'éventuelles corrélations.

4 Méthodologie de la recherche.

Pour Gatto et Ravenstein (2008), « *La recherche est une pratique qui se base sur l'utilisation de principes destinés à guider le chercheur dans son investigation et qui sont regroupés dans une discipline que l'on appelle [méthodologie] de la recherche .* »

Selon Grawitz (2001), la méthodologie interpelle l'ensemble du dispositif de recherche, c'est-à-dire le choix du thème, le processus de problématique pratique et théorique, et enfin le choix de la méthode de recherche.

4.1 Choix de la méthode.

Mon choix procède de l'élimination successive à l'examen des avantages et limites de chacune des méthodes de recherche.

J'écarte celle qui, clinique, s'intéresse au discours d'un sujet singulier.

La méthode expérimentale, utilisée essentiellement dans les sciences dures, cherche à produire une loi générale, elle est fondée sur un à priori théorique, qui est l'hypothèse qu'il va falloir mettre à l'épreuve. Afin d'expérimenter sur l'humain il faudrait « *agir délibérément sur un sujet ou un groupe et regarder ce qui se passe en contrôlant tout l'environnement selon le fameux principe [toutes choses égales par ailleurs].*» (Gatto et Ravenstein, 2008), j'écarte également cette méthode.

La méthode ethnos se penche sur l'étude des groupes sans hypothèse de départ ce qui la rend impropre à mon étude.

La méthode différentielle s'intéresse aux facteurs de différenciation des individus. Ici, on identifie les caractéristiques individuelles explicatives de variation comportementale des ostéopathes, ainsi que l'existence ou non de corrélations entre ces caractéristiques. L'hypothèse de départ n'est pas obligatoire, mais une hypothèse ou des hypothèses concurrentes peuvent être formulées et rendues opérationnelles dans un dispositif de recueil de données empiriques, ici l'enquête par questionnaire, auprès d'un échantillon de sujets. L'utilisation des variables différentielles permettra de mettre éventuellement en évidence des corrélations (quand deux variables varient en même temps) et des cooccurrences (enchaînement de corrections sans superposition).

Mon choix se porte donc sur cette méthode qui s'intéresse aux facteurs de différenciation des ostéopathes en exercice , à la variabilité de leurs comportements et à l'existence ou non de corrélations entre eux.

4.2 Population observée.

Un échantillon de 105 ostéopathes a été recruté au sein de sites et forum internet spécialisés en ostéopathie .

- Critères d'inclusion : la population observée est constituée d'ostéopathes âgés de plus de 26 ans, avec ou sans pré-requis et en exercice depuis au moins 5 années.
- Critères d'exclusion : les étudiants en ostéopathie.

4.3 Outil d'enquête et protocole.

Par rapport à la méthode de recherche choisie et pour avoir un échantillon plus important, c'est l'enquête par questionnaire qui a été choisie comme outil de recherche. Son intérêt est dans la consultation d'un grand nombre de sujets et il permet aisément les traitements statistiques. Après annonce par un message d'introduction sur les sites spécialisés les plus connus, le questionnaire a été mis en ligne par l'intermédiaire du logiciel nommé « Web Questionnaire ©».

Afin de favoriser son taux de retour, j'ai choisi de limiter sa taille et le temps de remplissage en excluant volontairement les questions ouvertes. Le questionnaire a été conçu à partir d'une matrice théorique et de l'ébauche de référentiel de soins ostéopathiques. Les non-réponses ont été comptabilisées. Lorsque le protocole n'était pas respecté (2 choix par questions), la questions n'était pas comptabilisée .

33 questions composent ce questionnaire.

Les questions 1 à 12 concernent les variables interindividuelles.

A compter de la question 13, quatre propositions de réponses ont été faites, deux considérées comme conformes et deux non conformes en fonction des modèles et théorie scientifiquement établis et de la proposition de référentiel biomédical et ostéopathique. Deux réponses sont demandées afin d'améliorer la pertinence statistique. Les questions ont été regroupées par thèmes Q13 à Q16 : Connaissances biomédicales, Q17 à Q20 : Connaissances ostéopathiques , Q21 à Q24 : Théories de l'apprentissage , Q25 à Q28 : Théories de l'évaluation, Q29 à Q33 : Modèles de santé.

4.3.1 Message d'introduction du questionnaire sur les sites et forum.

« Bonjour à toutes et à tous,

dans le cadre d'un mémoire de Master 2 en sciences de l'éducation, je dois soumettre ce questionnaire au plus grand nombre de professionnels ostéopathes, vous me rendriez service en le diffusant largement autour de vous. Mon sujet d'étude est la prise en charge par l'ostéopathe d'un patient souffrant de cervicalgie commune.

J'aurais donc besoin de votre participation confraternelle et je vous serais très reconnaissant si vous pouviez m'aider en accordant quelques minutes au remplissage de cette enquête - en ligne - dont l'adresse est : <http://questionnaire.9business.fr/>.

Ce questionnaire est parfaitement anonyme, c'est pour cette raison, qu'une fois « rempli » et « soumis », je vous demanderai de bien vouloir m'envoyer un mail à cervicalosteo@gmail.com confirmant que vous avez participé à l'enquête.

En résumé:

1. Remplissez le questionnaire en ligne : <http://questionnaire.9business.fr/>
2. En fin de remplissage cliquez sur « SOUMETTRE » (afin que je puisse traiter vos réponses.)
3. Envoyez moi un mail de confirmation à cervicalosteo@gmail.com avec comme objet « questionnaire renvoyé ».
4. Si vous désirez être informé des résultats de l'enquête, précisez le dans le mail, je me ferai une joie de vous tenir au courant.
5. Protocole de remplissage :
 - Suivez les consignes de choix stipulées à chaque question (le plus souvent deux réponses à cocher).
 - Si une question vous pose un problème, ne mettez rien.
 - Répondez sincèrement

Un grand merci.

Philippe Caisso. »

4.3.2 Questionnaire théorisé .

Q 1 à Q12 : variables interindividuelles.

Q13 à Q16 : Biomédicales. (B)

Q17 à Q20 : Ostéopathiques. (O)

Q21 à Q24 : Théories de l'apprentissage. (A)

Q25 à Q28 : Théories de l'évaluation. (E)

Q29 à Q33 : Modèles de santé. (S)

Abréviations : « C » : constructivisme, « SC » : socio-constructivisme,
« NSC » : néo-socioconstructivisme.

Q1. Vous êtes :

- Une femme.
- Un homme.

Q2. Votre âge est :

- Inférieur à 25 ans.
- Entre 26 et 45 ans.
- Entre 46 et 55 ans.
- Supérieur à 55 ans.

Q3. Votre formation en ostéopathie s'est faite :

- En alternance, (formation continue).
- A plein temps, (formation initiale).

Q4. Dans quel pays avez-vous fait vos études d'ostéopathie ?

- France.
- Autre (précisez) :-----

Q5. Si vous avez des diplômes universitaires, précisez?

- Aucun.
- DU
- Licence.
- Master1.
- Master2.
- Doctorat.
- Dans quelle discipline ?-----

Q6. Avez-vous d'autres diplômes ?

- Masseur-kinésithérapeute .
- Sage femme.

- Pédicure Podologue.
- Infirmière.
- Autres (précisez) :-----

Q7. Quelle est votre pratique?

- Ostéopathie exclusive.
- Ostéopathie et Kinésithérapie.
- Ostéopathie et autre (s) (précisez) : -----

Q8. Depuis combien d'années pratiquez-vous l'ostéopathie ?

- Inférieur à 6 ans.
- Entre 6 et 15 ans.
- Supérieur à 15 ans.

Q9. Lisez-vous un journal professionnel ?

- Jamais.
- Occasionnellement.
- Régulièrement.

Q10. Connaissez-vous le site de la Haute Autorité de Santé (HAS) ?

- Oui.
- Non.

Q11. Avez-vous suivi des formations continues ?

- Oui.
- Non.

Q12. Si oui, lesquelles ?

Dans les questions suivantes, il est considéré, conformément à l'art.3 al.2 du Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007que, « *un diagnostic a préalablement été établi par un médecin attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie* ».

Q13 B1. Lors de l'établissement de votre diagnostic chez un patient de 45 ans se plaignant de douleurs au cou : (Cochez deux réponses)

- Vous effectuez un interrogatoire ainsi qu'un examen musculaire et articulaire. **Non Conforme.**
- Vous effectuez systématiquement un examen neurologique de base. **Conforme**

- Vous préconisez systématiquement des radios. **Non Conforme.**
- Vous incluez un bilan psychologique de routine dans votre diagnostic. **Conforme.**

Q14 B2. L'artère vertébrale a dans son territoire : (Cochez deux réponses)

- Les centres respiratoires. **Conforme.**
- La région de Broca. **Erroné et Non Conforme.**
- Les centres vitaux du tronc cérébral. **Conforme.**
- Les centres de l'hypothalamus. **Erroné et Non Conforme.**
- Vous ne savez pas. **Non Conforme.**

Q 15 B3. Un patient ayant subi il y a plusieurs années un «whiplash » par l'arrière, vient vous consulter pour douleurs résiduelles. Il vous demande quel mouvement a pu faire son rachis cervical au moment de l'accident. Vous lui expliquez que : (Cochez deux réponses)

- Sa tête est partie en arrière puis en avant créant un dépassement des amplitudes physiologiques du rachis cervical. **Non Conforme.**
- Durant le whiplash le rachis cervical inférieur a subi une déformation en extension, et le rachis cervical supérieur en flexion. **Conforme.**
- Sa tête est partie très rapidement en arrière puis en avant créant une lésion en accélération-décélération. **Non Conforme.**
- Durant le whiplash son rachis cervical a très certainement subi une lésion en compression dans laquelle le tronc a été propulsé vers le haut. **Conforme.**

Q 16 B4. Sous certaines conditions, on a pu constater que la stimulation du sympathique par l'intermédiaire d'un ganglion cervical par exemple, pouvait : (Cochez deux réponses)

- Diminuer la transmission neuromusculaire. **Erroné et Non Conforme.**
- Provoquer une ischémie locale. **Conforme.**
- Provoquer des malaises vagues. **Erroné et Non Conforme.**
- Diminuer la vitesse de régénération de tissus traumatisés. **Conforme**

Q17 O1. Un patient de 45 ans vient vous questionner pour une douleur sourde au cou présente depuis 3 semaines, il n'a jamais consulté d'ostéopathe et vous demande « *quelle technique est généralement la plus efficace* » ? Vous lui répondez que d'après la recherche scientifique : (Cochez deux réponses)

- Les manipulations cervicales (thrust) sont plus efficaces que les mobilisations. **Non Conforme.**
- Aucune synthèse claire n'a pu être faite quand à la plus grande efficacité des manipulations cervicales (thrust) par rapport aux mobilisations. **Conforme .**
- Il a été démontré la moindre efficacité des manipulations cervicales (thrust) par rapport aux mobilisations. **Non Conforme.**
- Certaines études prouvent une supériorité non significative des manipulations cervicales sur les mobilisations. **Conforme.**

Q18 O2. Selon vous, dans un « état de facilitation » : (Cochez deux réponses)

- L'hyperactivité des neurones inhibiteurs facilités va entraîner une hyperactivité des tissus innervés par ces neurones. **Non Conforme.**
- Le segment facilité chronique est associé à la lésion ostéopathique. **Conforme .**
- Des circuits auto-entretenus maintiennent et amplifient la facilitation. **Conforme .**
- La facilitation ne porte jamais sur l'activité basale des neurones. **Non Conforme.**

Q19 O3. Pour Fryette, au niveau occipito-atloïdien : (Cochez deux réponses)

- La rotation s'effectue toujours dans la concavité. **Erroné et Non Conforme.**
- La deuxième loi n'est jamais respectée. **Conforme.**
- Dans le mouvement de FSR, l'inclinaison latérale et la rotation sont de même sens. **Erroné et Non Conforme.**
- Dans le mouvement d'ERS, la rotation apparaît dans la convexité. **Conforme.**

Q20 O4. Une patiente de 55 ans se présente avec des radios cervicales objectivant une arthrose modérée des articulaires postérieures. Elle se plaint d'enraidissement non douloureux du cou, et aujourd'hui elle demande que vous « lui débloquent le cou » car elle a de plus en plus de mal à faire les marche arrière en voiture. Après interrogatoire

**et examen complet, vous diagnostiquez une lésion ostéopathique articulaire cervicale :
(Cochez deux réponses)**

- Vous la manipulez (thrust) afin de rendre à la patiente le maximum de mobilité. **Non Conforme.**
- Vous décidez de ne pas la manipuler (thrust) et lui proposez un traitement fonctionnel. **Conforme.**
- L'arthrose modérée constitue une contre indication absolue à la manipulation (thrust) et vous écarterez cette technique. **Non Conforme.**
- Vous lui expliquez qu'effectivement son arthrose est modérée mais que le gain de mobilité qu'elle peut espérer est indépendant de son degré d'atteinte radiologique . **Conforme.**

Q21 A1. Selon vous, après évaluation des pratiques professionnelles (EPP) d'un confrère ostéopathe, pour remettre en question chez lui certains savoirs préexistants non-conformes aux données scientifiques, il faudrait : (Cochez deux réponses)

- Lui démontrer que son savoir préexistant est une faute. **Behaviorisme et Non Conforme**
- Lui présenter un savoir compréhensif plus utile pour lui. **C/SC/NSC et Conforme**
- Le sanctionner à chaque erreur. **Behaviorisme et Non Conforme.**
- Organiser des ateliers de discussion entre pairs. **C/SC/NSC et Conforme.**

Q22 A2. A l'interrogatoire d'un patient cervicalgique, vous constatez que celui-ci dort sur le ventre, la tête posée sur un oreiller : (Cochez deux réponses)

- Afin de l'aider à changer sa mauvaise habitude, vous lui dites que sa façon de faire est une erreur et risque d'aggraver son cas. **Behaviorisme et Non Conforme.**
- Vous l'orientez vers un groupe de personnes cervicalgiques afin qu'elles travaillent entre elles à la découverte de solutions. **C/SC/NSC et Conforme.**
- Vous lui dites que son comportement est contraire aux recommandations de la HAS. **Bébehaviorisme et Non Conforme.**

- Vous lui expliquez schéma à l'appui que sa position de sommeil peut favoriser ses douleurs cervicales et lui demandez d'imaginer avec sa famille comment il pourrait changer cela. **C/SC/NSC et Conforme.**

Q23 A3. Lorsqu'un patient refuse plusieurs fois de suivre vos conseils, il faudrait : (Cochez deux réponses).

- Le culpabiliser pour le pousser à corriger ses erreurs. **Béhaviorisme et Non Conforme.**
- Discuter pour comprendre les raisons de son refus et envisager avec lui une nouvelle façon de faire. **C/SC/NSC et Conforme.**
- Lui donner des tâches intermédiaires plus simples et lui expliquer les risques pour sa santé concernant ses erreurs. **Béhaviorisme et Non Conforme.**
- L'aider à adapter ses tâches en fonction de ses projets et de ses possibilités. **C/SC/NSC et Conforme.**

Q24 A4. Pour vous, enseigner au patient les dernières recommandations concernant la prévention des cervicalgies c'est : (Cochez deux réponses)

- Inculquer les connaissances indispensables à toutes personnes exposées aux cervicalgies. **Béhaviorisme et Non Conforme.**
- L'amorçage d'une réflexion enrichissante pour trouver les meilleurs moyens de prévenir les cervicalgies. **C/NC/NSC et Conforme.**
- Demander aux patients d'appliquer ce qu'il convient de faire en prévention des cervicalgies. **Béhaviorisme et Non Conforme.**
- L'opportunité de faire travailler le patient à la recherche des meilleures solutions avec d'autres patients pour prévenir « leur mal au cou ». **C/SC/NSC et Conforme.**

Q25 E1. Interroger le patient au cours d'un traitement sur la façon de prévenir ses douleurs au cou est l'occasion de : (Cochez deux réponses)

- Faire un état des lieux des connaissances du patient afin d'adapter les conseils que vous lui donnerez. **Evaluation Questionnement et Conforme.**
- Valider ou invalider les connaissances du patient sur ce sujet. **Evaluation Contrôle et Non Conforme**

- Le faire douter sur ses comportements pour éviter de renforcer certains obstacles d'apprentissage. **Evaluation Questionnement et Conforme.**
- Lui donner une note afin qu'il se situe par rapport aux connaissances qu'il devrait avoir sur le sujet. **Evaluation Contrôle et Non Conforme.**

Q26 E2. Pour vous, l'évaluation de votre patient cervicalgique, c'est avant tout : (Cochez deux réponses)

- Effectuer les bons tests. **Evaluation Contrôle et Non Conforme.**
- Connaître l'histoire du patient. **Evaluation Questionnement et Conforme.**
- Prendre les bons repères palpatoires. **Evaluation Contrôle et Non Conforme.**
- Construire avec le patient les objectifs du traitement. **Evaluation Questionnement et Conforme.**

Q27 E3. A l'accueil de votre patient l'évaluation sert à : (Cochez deux réponses)

- Mesurer son état de santé. **Evaluation Contrôle et Non Conforme.**
- Discuter et élaborer avec lui des orientations de traitement et des choix de techniques. **Evaluation Questionnement et Conforme.**
- Compléter les différentes parties de son dossier. **Evaluation Contrôle et Non Conforme.**
- Favoriser l'auto-questionnement du patient sur son état de santé. **Evaluation Questionnement et Conforme.**

Q28 E4. Pour vous, le degré de satisfaction du patient permet d'évaluer : (Cochez deux réponses)

- La bonne ou mauvaise application des techniques apprises en formation. **Evaluation Contrôle et Non Conforme.**
- Les techniques particulièrement adaptées à ce patient. **Evaluation Questionnement et Conforme.**
- La programmation d'une ou plusieurs séances supplémentaires. **Evaluation Contrôle et Non Conforme.**
- Les raisons précises de sa satisfaction ou de son mécontentement. **Evaluation Questionnement et Conforme.**

Q29 S1. Vous pensez: (Cochez deux réponses)

- Qu'il ne faut pas se laisser influencer par les émotions et le vécu du patient. **Biomédical et Non Conforme.**
- Qu'il est préférable de développer l'empathie en s'autorisant à ressentir les émotions du patient. **Global non positiviste et Conforme.**
- Que vos propres émotions et vécu influencent votre manière de traiter vos patients. **Global non positiviste et Conforme.**
- Etre rationnel et objectif pendant vos traitements sans être influencé par vos émotions. **Biomédical et Non Conforme.**

Q30 S2. Alors que vous commencez votre traitement, votre patient vous demande de ne pas toucher à sa première dorsale : (Cochez deux réponses)

- Vous refusez avec tact en lui expliquant qu'il a tout à gagner à vous laisser faire. **Biomédical et Non Conforme.**
- Vous acceptez de modifier votre façon de faire car il doit avoir ses raisons. **Global non positiviste et Conforme.**
- Vous lui proposez d'être très doux et touchez D1 quand même. **Biomédical et non Conforme.**
- Vous trouvez cette demande intéressante et cherchez à en savoir plus en discutant avec lui. **Globale non positiviste et Conforme.**

Q31 S3. Le discours du patient est un indicateur important pour le diagnostic ostéopathique (1 seule réponse) :

- Pas du tout. **Biomédical et Non Conforme.**
- Toujours. **Global non positiviste et Conforme.**

Q32 S4. Communiquer avec le patient est essentiel. Vous adopterez plutôt : (Cochez deux réponses)

- Un discours déstabilisant sur les savoirs du patient pour lui permettre l'acquisition de nouveaux savoirs. **Global non positiviste et Conforme.**
- Un discours très convaincant pour le mettre en confiance. **Biomédical et Non**

Conforme.

- Un discours sans objet particulier : parler fait du bien au patient, peu importe le contenu.

Biomédical et Non Conforme.

- Une attitude d'écoute afin de rechercher les « petits trucs » utilisés par le patient pour moins souffrir. **Global non positiviste et Conforme.**

Q33 S5. La meilleure façon de prévenir les cervicalgies, c'est pour vous: (1 seule réponse)

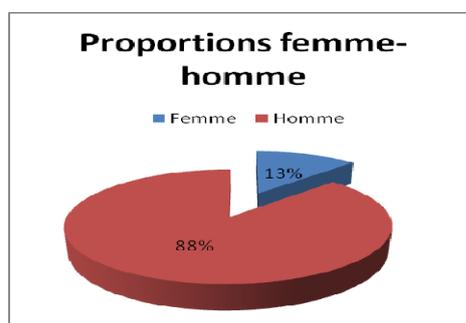
- Ce que le patient pensera être bon pour éviter d'avoir mal. **Global non positiviste et Conforme.**
- Le respect des consignes que vous aurez transmises aux patients. **Biomédical et Non Conforme.**
- La limitation des activités jugées à risque et non nécessaires. **Biomédical et Non Conforme.**
- L'éducation de l'entourage pour qu'il agisse en accord avec le patient. **Global non positiviste et Conforme.**

4.4 Analyse des résultats.

J'ai utilisé le logiciel Excel© pour le traitement des données.

Q1. Vous êtes :

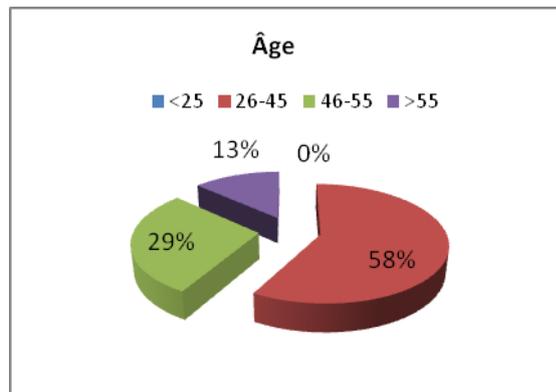
Graphique n°1 : question 1



Une forte majorité d'hommes a répondu au questionnaire puisque les femmes ne représentent que les 1/5 de l'effectif global.

Q2. Votre âge est :

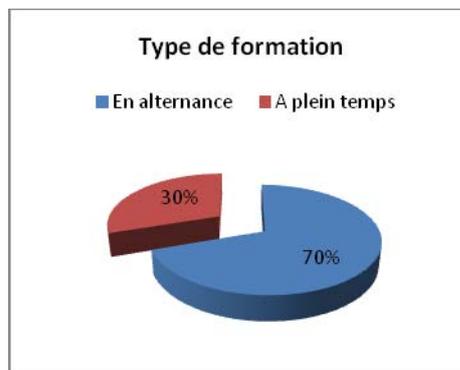
Graphique n°2 : question 2



La majorité de l'effectif est dans la tranche 26-45 ans avec 58%. A noter qu'aucun jeune praticien n'a répondu au questionnaire.

Q3. Votre formation en ostéopathie s'est faite :

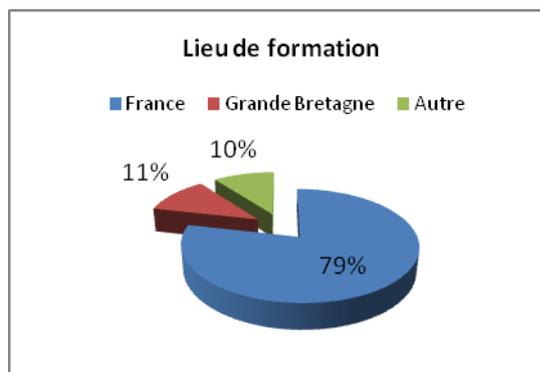
Graphique n°3 : question 3



Plus des 2/3 des ostéopathes ont fait une formation en alternance.

Q4. Dans quel pays avez-vous fait vos études d'ostéopathie ?

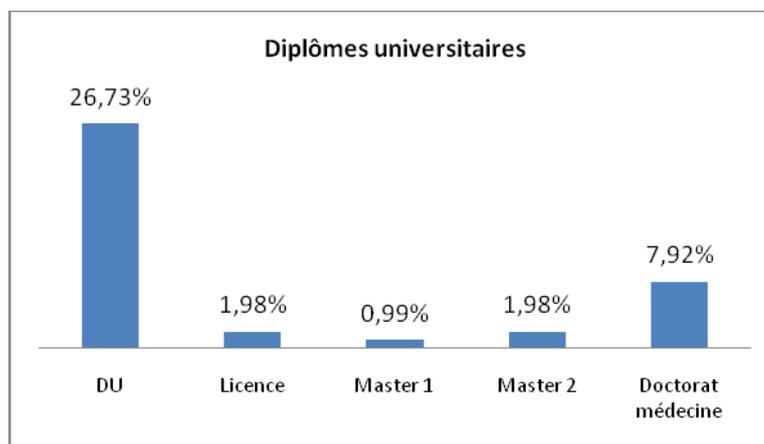
Graphique n°4 : question 4



Presque 4/5 des personnes interrogées ont fait leurs études en France.

Q5. Si vous avez des diplômes universitaires, précisez?

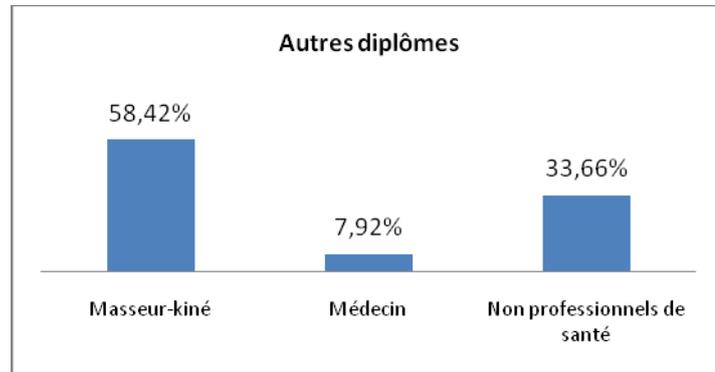
Graphique n°5 : question 5



Environ 40 % des personnes interrogées ont un diplôme universitaire dont 27 % un DU et 8 % un doctorat en médecine . A noter qu'aucun diplôme en science de l'éducation n'a été mentionné.

Q6. Avez-vous d'autres diplômes ?

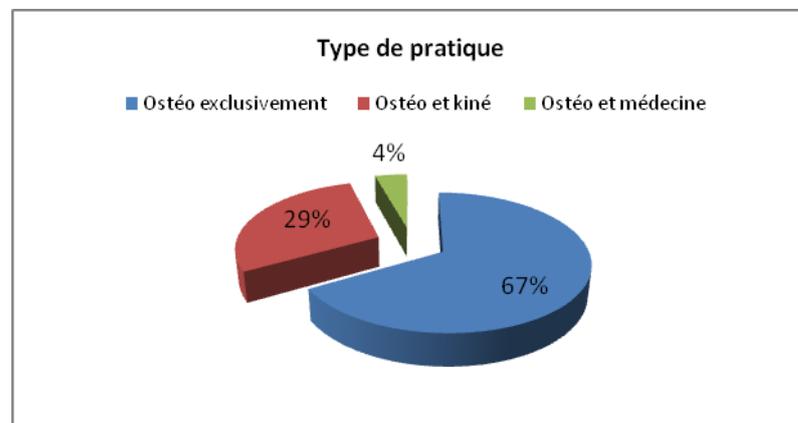
Graphique n°6 : question 6



La majorité des ostéopathes ayant répondu possède un diplôme de kinésithérapeute. Plus d'1/3 des ostéopathes interrogés ne sont pas professionnels de santé.

Q7. Quelle est votre pratique?

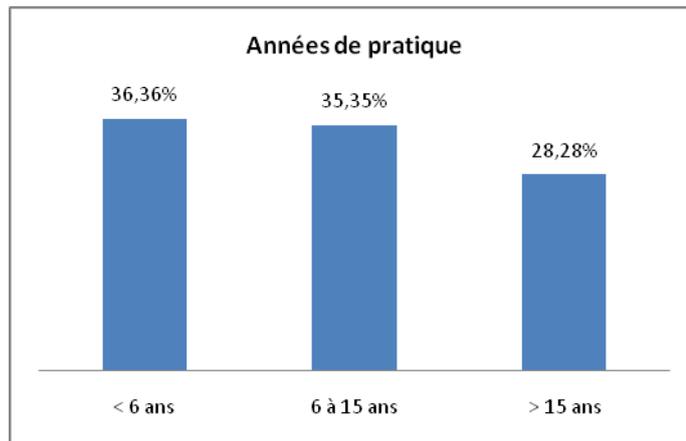
Graphique n°7 : question 7



Les 2/3 des personnes interrogées exercent exclusivement l'ostéopathie et moins d'1/3 exercent aussi la kinésithérapie.

Q8. Depuis combien d'années pratiquez-vous l'ostéopathie ?

Graphique n°8 : question 8



Nous avons une répartition à peu près homogènes des trois classes d'années de pratique.

Q9. Lisez-vous un journal professionnel ?

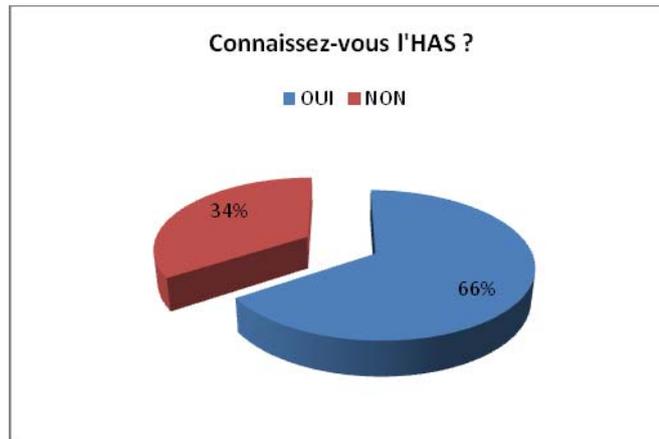
Graphique n°9 : question 9



La majorité des personnes interrogées ne lisent qu'occasionnellement les revue professionnelles.

Q10. Connaissez-vous le site de la Haute Autorité de Santé (HAS) ?

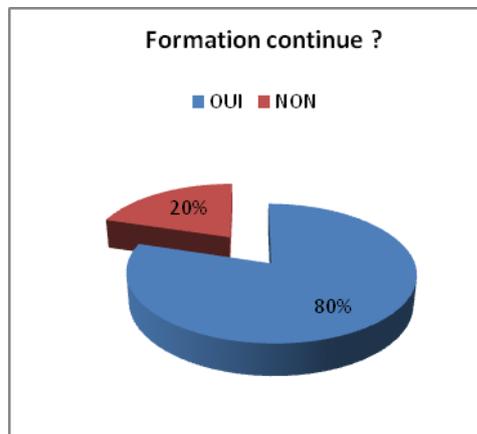
Graphique n°10 : question 10



Parmi les personnes ayant répondu au questionnaire, les 2/3 connaissent la Haute Autorité de Santé.

Q11. Avez-vous suivi des formations continues ?

Graphique n°11 : question 11

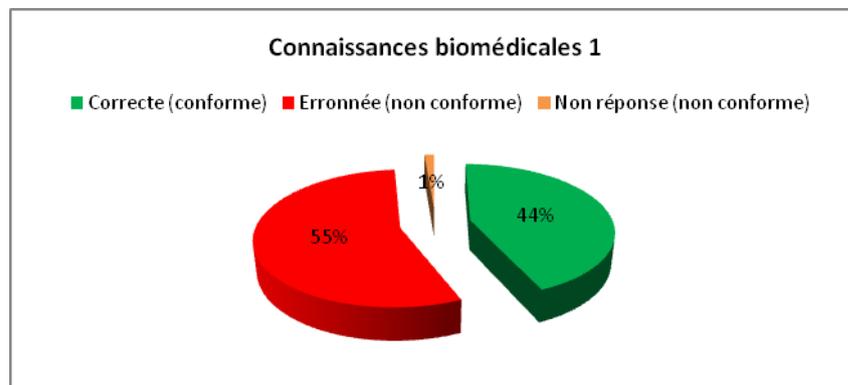


4/5 des répondant ont fait au moins une formation continu.

Q13 B1. Lors de l'établissement de votre diagnostic chez un patient de 45 ans se plaignant de douleurs au cou : (Cochez deux réponses)

- Vous effectuez un interrogatoire ainsi qu'un examen musculaire et articulaire. **Non Conforme.**
- Vous effectuez systématiquement un examen neurologique de base. **Conforme**
- Vous préconisez systématiquement des radios. **Non Conforme.**
- Vous incluez un bilan psychologique de routine dans votre diagnostic. **Conforme.**

Graphique n°13 : question 13

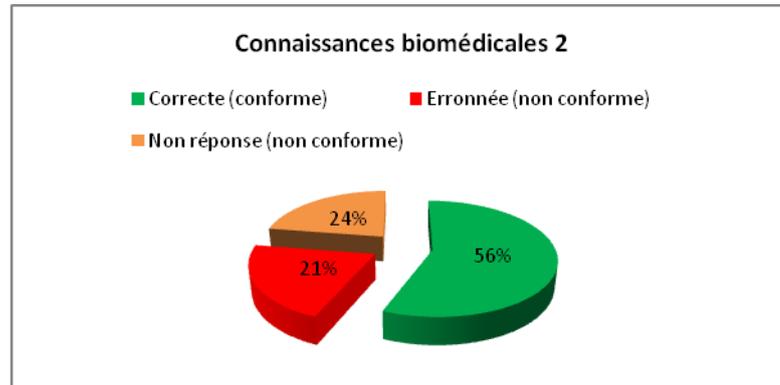


44 % des professionnels interrogés effectuent systématiquement un examen neurologique de base et incluent un bilan psychologique de routine dans leur diagnostic, conformément aux recommandations de la profession et de l'HAS.

Q14 B2. L'artère vertébrale a dans son territoire : (Cochez deux réponses)

- Les centres respiratoires. **Conforme.**
- La région de Broca. **Erroné et Non Conforme.**
- Les centres vitaux du tronc cérébral. **Conforme.**
- Les centres de l'hypothalamus. **Erroné et Non Conforme.**
- Vous ne savez pas.

Graphique n°14 : question 14

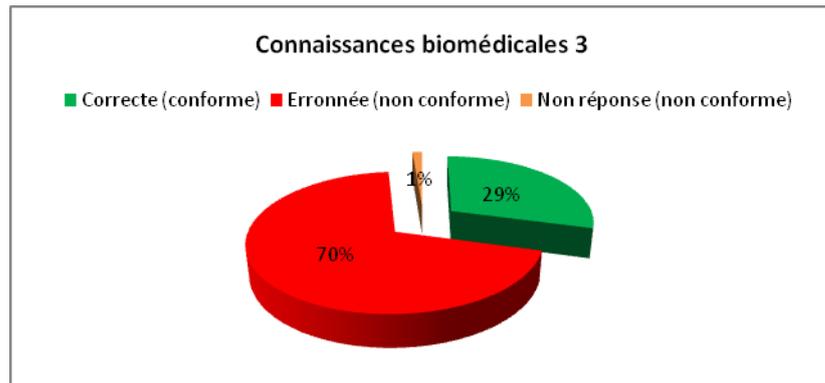


45% des praticiens ont une mauvaise connaissance ou une absence de connaissance des territoires de l'artère vertébrale.

Q 15 B3. Un patient ayant subi il y a plusieurs années un «whiplash » par l'arrière, vient vous consulter pour douleurs résiduelles. Il vous demande quel mouvement a pu faire son rachis cervical au moment de l'accident. Vous lui expliquez que : (Cochez deux réponses)

- Sa tête est partie en arrière puis en avant créant un dépassement des amplitudes physiologiques du rachis cervical. **Non Conforme.**
- Durant le whiplash le rachis cervical inférieur a subi une déformation en extension, et le rachis cervical supérieur en flexion. **Conforme.**
- Sa tête est partie très rapidement en arrière puis en avant créant une lésion en accélération-décélération. **Non Conforme.**
- Durant le whiplash son rachis cervical a très certainement subi une lésion en compression dans laquelle le tronc a été propulsé vers le haut. **Conforme.**

Graphique n°15 : question 15

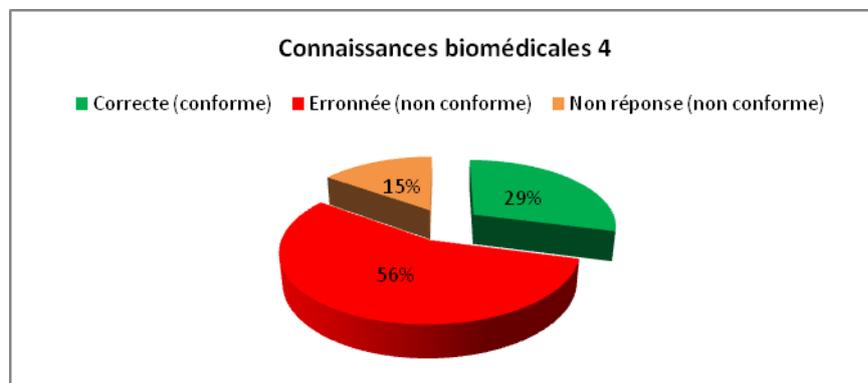


Les 2/3 des ostéopathes interrogés ont une mauvaise connaissance de la biomécanique du coup de fouet cervical.

Q 16 B4. Sous certaines conditions, on a pu constater que la stimulation du sympathique par l'intermédiaire d'un ganglion cervical par exemple, pouvait : (Cochez deux réponses)

- Diminuer la transmission neuromusculaire. **Erroné et Non Conforme.**
- Provoquer une ischémie locale. **Conforme.**
- Provoquer des malaises vagues. **Erroné et Non Conforme.**
- Diminuer la vitesse de régénération de tissus traumatisés. **Conforme**

Graphique n°16 : question 16



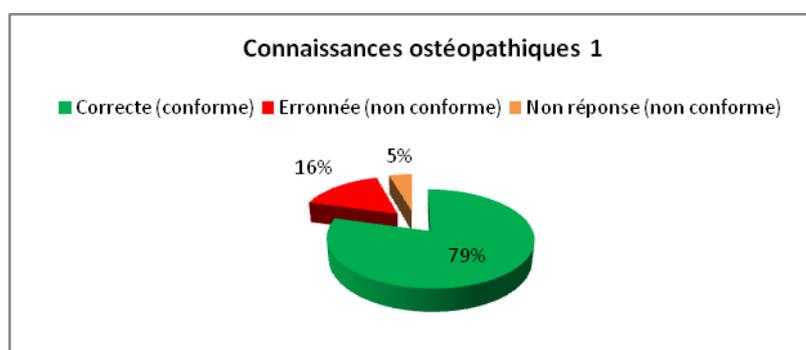
56 % des personnes interrogées ont une mauvaise connaissance de la physiologie des ganglions cervicaux.

Q17 O1. Un patient de 45 ans vient vous questionner pour une douleur sourde au cou présente depuis 3 semaines, il n'a jamais consulté d'ostéopathe et vous demande « quelle technique est généralement la plus efficace » ? Vous lui répondez que d'après la recherche scientifique : (Cochez deux réponses)

- Les manipulations cervicales (thrust) sont plus efficaces que les mobilisations. **Non Conforme.**
- Aucune synthèse claire n'a pu être faite quand à la plus grande efficacité des manipulations cervicales (thrust) par rapport aux mobilisations. **Conforme .**
- Il a été démontré la moindre efficacité des manipulations cervicales (thrust) par rapport aux mobilisations. **Non Conforme.**
- Certaines études prouvent une supériorité non significative des manipulations cervicales sur les mobilisations. **Conforme.**

Pour cette question, 68 questionnaires sur 101 ont été retenus en raison d'un grand nombre de questionnaires (33) ayant donné une seule réponse. La très grosse majorité des 33 questionnaires n'ayant pas respecté le protocole à cette question ont par ailleurs parfaitement respecté ce même protocole dans toutes les autres questions. J'avais donc la possibilité de considérer ce non respect comme une incertitude ou un manque de connaissance. J'ai préféré exclure ces 33 questionnaires afin de ne pas introduire de biais dans cette étude.

Graphique n°17 : question 17

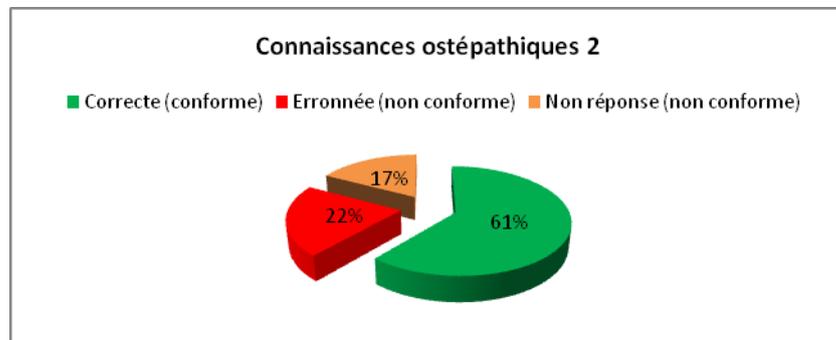


79 % des personnes interrogées connaissent les données scientifiques concernant les manipulations vertébrales.

Q18 O2. Selon vous, dans un « état de facilitation » : (Cochez deux réponses)

- L'hyperactivité des neurones inhibiteurs facilités va entraîner une hyperactivité des tissus innervés par ces neurones. **Non Conforme.**
- Le segment facilité chronique est associé à la lésion ostéopathique. **Conforme .**
- Des circuits auto-entretenus maintiennent et amplifient la facilitation. **Conforme .**
- La facilitation ne porte jamais sur l'activité basale des neurones. **Non Conforme.**

Graphique n°18 : question 18

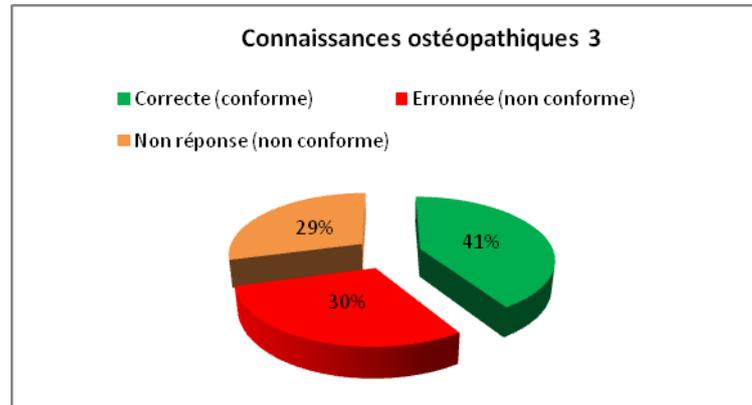


39 % des répondants n'ont pas une bonne connaissance de la physiologie de « l'état de facilitation ».

Q19 O3. Pour Fryette, au niveau occipito-atloïdien : (Cochez deux réponses)

- La rotation s'effectue toujours dans la concavité. **Erroné et Non Conforme.**
- La deuxième loi n'est jamais respectée. **Conforme.**
- Dans le mouvement de FSR, l'inclinaison latérale et la rotation sont de même sens. **Erroné et Non Conforme.**
- Dans le mouvement d'ERS, la rotation apparaît dans la convexité. **Conforme.**

Graphique n°19 : question 19

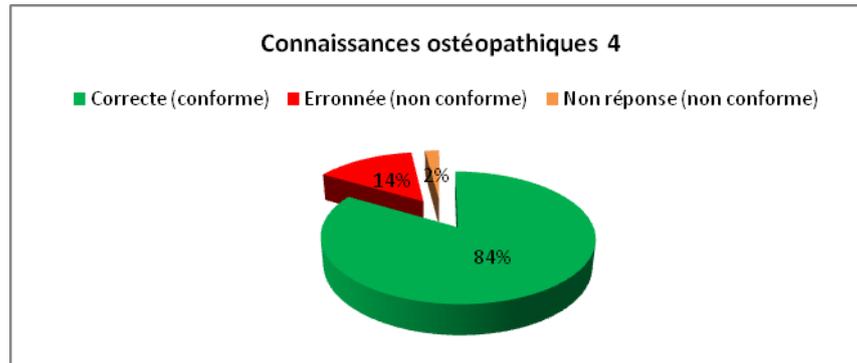


59 % des ostéopathes interrogés n'ont pas une bonne connaissance des lois de Fryette au niveau occipito-atloïdien.

Q20 O4. Une patiente de 55 ans se présente avec des radios cervicales objectivant une arthrose modérée des articulaires postérieures. Elle se plaint d'enraidissement non douloureux du cou, et aujourd'hui elle demande que vous « lui débloquent le cou » car elle a de plus en plus de mal à faire les marche arrière en voiture. Après interrogatoire et examen complet, vous diagnostiquez une lésion ostéopathique articulaire cervicale : (Cochez deux réponses)

- Vous la manipulez (thrust) afin de rendre à la patiente le maximum de mobilité. **Non Conforme.**
- Vous décidez de ne pas la manipuler (thrust) et lui proposez un traitement fonctionnel. **Conforme.**
- L'arthrose modérée constitue une contre indication absolue à la manipulation (thrust) et vous écarterez cette technique. **Non Conforme.**
- Vous lui expliquez qu'effectivement son arthrose est modérée mais que le gain de mobilité qu'elle peut espérer est indépendant de son degré d'atteinte radiologique. **Conforme.**

Graphique n°20 : question 20



84 % des personnes interrogées ont une bonne connaissance des recommandations professionnelles et de l’HAS concernant le traitement du patient arthrosique souffrant de cervicalgie commune.

Q21 A1. Selon vous, après évaluation des pratiques professionnelles (EPP) d’un confrère ostéopathe, pour remettre en question chez lui certains savoirs préexistants non-conformes aux données scientifiques, il faudrait : (Cochez deux réponses)

- Lui démontrer que son savoir préexistant est une faute. **Behaviorisme et Non Conforme**
- Lui présenter un savoir compréhensif plus utile pour lui. **C/SC/NSC et Conforme**
- Le sanctionner à chaque erreur. **Behaviorisme et Non Conforme.**
- Organiser des ateliers de discussion entre pairs. **C/SC/NSC et Conforme.**

Graphique n°21 : question 21

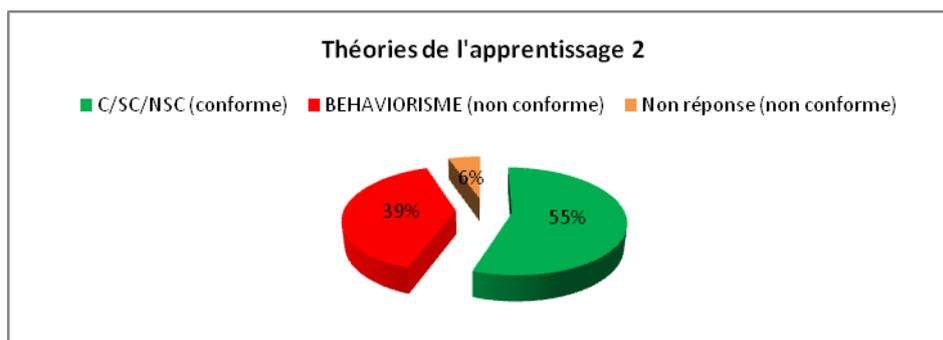


Près des 9/10 des personnes interrogées se positionnent dans une approche C/SC/NSC et ne considèrent pas l’erreur comme une faute.

Q22 A2. A l'interrogatoire d'un patient cervicalgique, vous constatez que celui-ci dort sur le ventre, la tête posée sur un oreiller : (Cochez deux réponses)

- Afin de l'aider à changer sa mauvaise habitude, vous lui dites que sa façon de faire est une erreur et risque d'aggraver son cas. **Behaviorisme et Non Conforme.**
- Vous l'orientez vers un groupe de personnes cervicalgiques afin qu'elles travaillent entre elles à la découverte de solutions. **C/SC/NSC et Conforme.**
- Vous lui dites que son comportement est contraire aux recommandations de la HAS. **Béhaviorisme et Non Conforme.**
- Vous lui expliquez schéma à l'appui que sa position de sommeil peut favoriser ses douleurs cervicales et lui demandez d'imaginer avec sa famille comment il pourrait changer cela. **C/SC/NSC et Conforme.**

Graphique n°22 : question 22



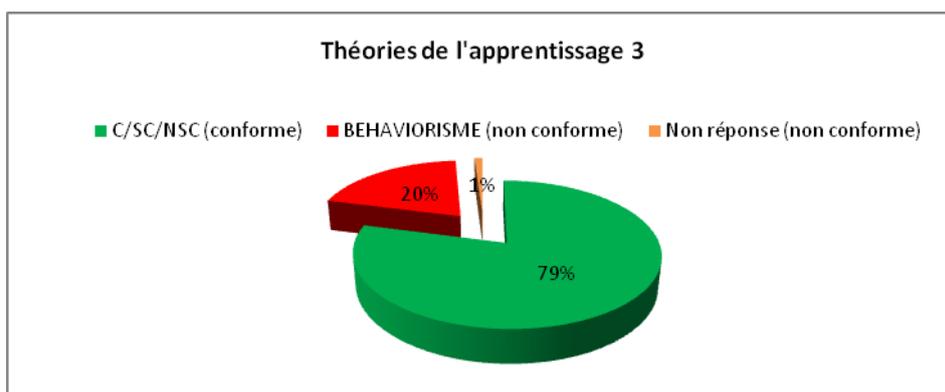
39 % des ostéopathes interrogées adoptent une attitude behavioriste pour faire changer sa position de sommeil à un patient.

Q23 A3. Lorsqu'un patient refuse plusieurs fois de suivre vos conseils, il faudrait : (Cochez deux réponses)

- Le culpabiliser pour le pousser à corriger ses erreurs. **Béhaviorisme et Non Conforme.**
- Discuter pour comprendre les raisons de son refus et envisager avec lui une nouvelle façon de faire. **C/SC/NSC et Conforme.**
- Lui donner des tâches intermédiaires plus simples et lui expliquer les risques pour sa santé concernant ses erreurs. **Béhaviorisme et Non Conforme.**

- L'aider à adapter ses tâches en fonction de ses projets et de ses possibilités.
C/SC/NSC et Conforme.

Graphique n°23 : question 23

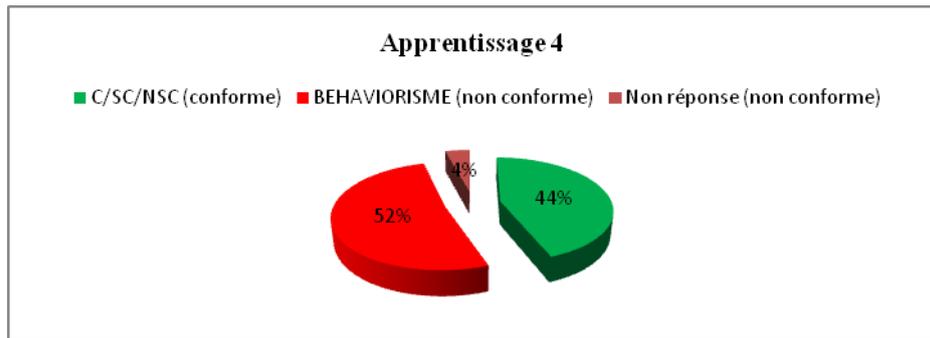


4/5 des répondants choisissent une approche C/SC/NSC pour conseiller leurs patients.

Q24 A4. Pour vous, enseigner au patient les dernières recommandations concernant la prévention des cervicalgies c'est : (Cochez deux réponses)

- Inculquer les connaissances indispensables à toutes personnes exposées aux cervicalgies. **Béhaviorisme et Non Conforme.**
- L'amorçage d'une réflexion enrichissante pour trouver les meilleurs moyens de prévenir les cervicalgies. **C/NC/NSC et Conforme.**
- Demander aux patients d'appliquer ce qu'il convient de faire en prévention des cervicalgies. **Béhaviorisme et Non Conforme.**
- L'opportunité de faire travailler le patient à la recherche des meilleures solutions avec d'autres patients pour prévenir « leur mal au cou ». **C/SC/NSC et Conforme.**

Graphique n°24 : question 24

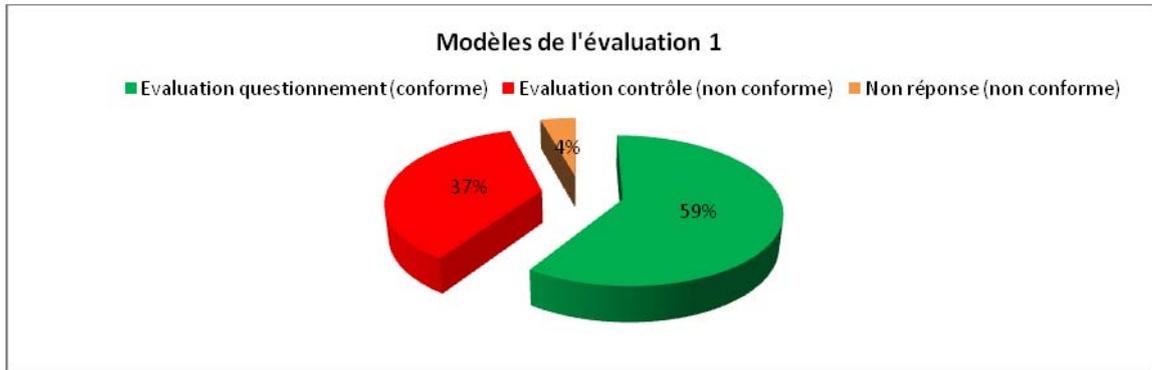


52% des personnes interrogées ont une définition behavioriste de l'enseignement à donner au patient.

Q25 E1. Interroger le patient au cours d'un traitement sur la façon de prévenir ses douleurs au cou est l'occasion de : (Cochez deux réponses)

- Faire un état des lieux des connaissances du patient afin d'adapter les conseils que vous lui donnerez. **Evaluation Questionnement et Conforme.**
- Valider ou invalider les connaissances du patient sur ce sujet. **Evaluation Contrôle et Non Conforme**
- Le faire douter sur ses comportements pour éviter de renforcer certains obstacles d'apprentissage. **Evaluation Questionnement et Conforme.**
- Lui donner une note afin qu'il se situe par rapport aux connaissances qu'il devrait avoir sur le sujet. **Evaluation Contrôle et Non Conforme.**

Graphique n°25 : question 25

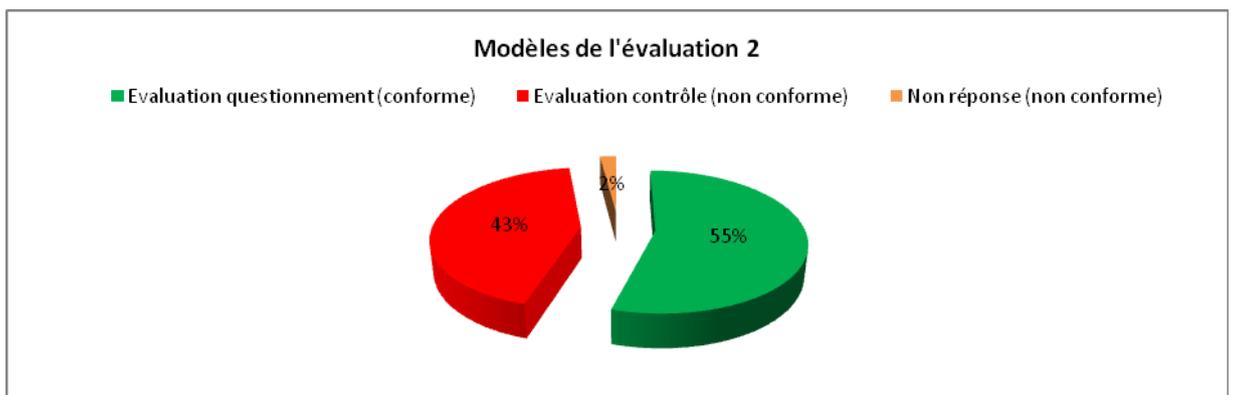


59 % des praticiens interrogés se positionnent dans l'évaluation questionnement.

Q26 E2. Pour vous, l'évaluation de votre patient cervicalgique, c'est avant tout : (Cochez deux réponses)

- Effectuer les bons tests. **Evaluation Contrôle et Non Conforme.**
- Connaître l'histoire du patient. **Evaluation Questionnement et Conforme.**
- Prendre les bons repères palpatoires. **Evaluation Contrôle et Non Conforme.**
- Construire avec le patient les objectifs du traitement. **Evaluation Questionnement et Conforme.**

Graphique n°26 : question 26



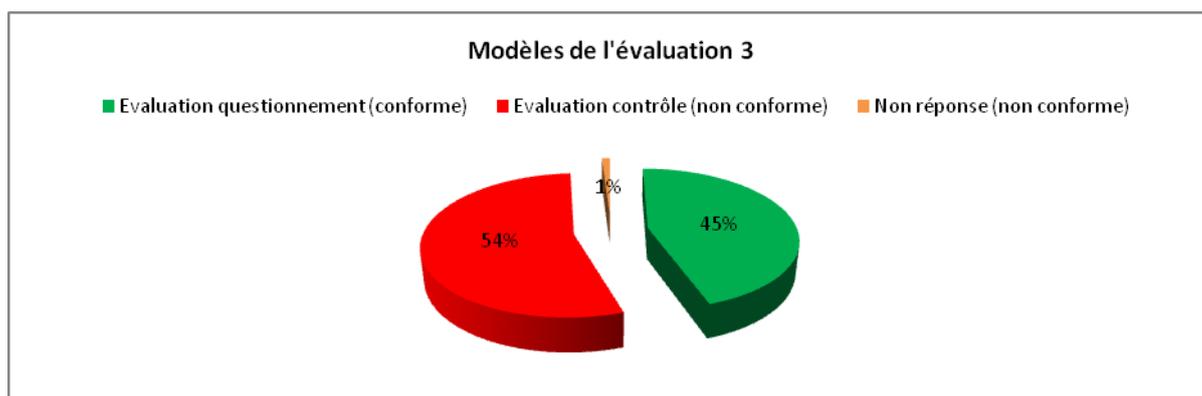
43 % sont dans l'évaluation contrôle.

Q27 E3. A l'accueil de votre patient l'évaluation sert à : (Cochez deux réponses)

- Mesurer son état de santé. **Evaluation Contrôle et Non Conforme.**

- Discuter et élaborer avec lui des orientations de traitement et des choix de techniques. **Evaluation Questionnement et Conforme.**
- Compléter les différentes parties de son dossier. **Evaluation Contrôle et Non Conforme.**
- Favoriser l'auto-questionnement du patient sur son état de santé. **Evaluation Questionnement et Conforme.**

Graphique n°27 : question 27

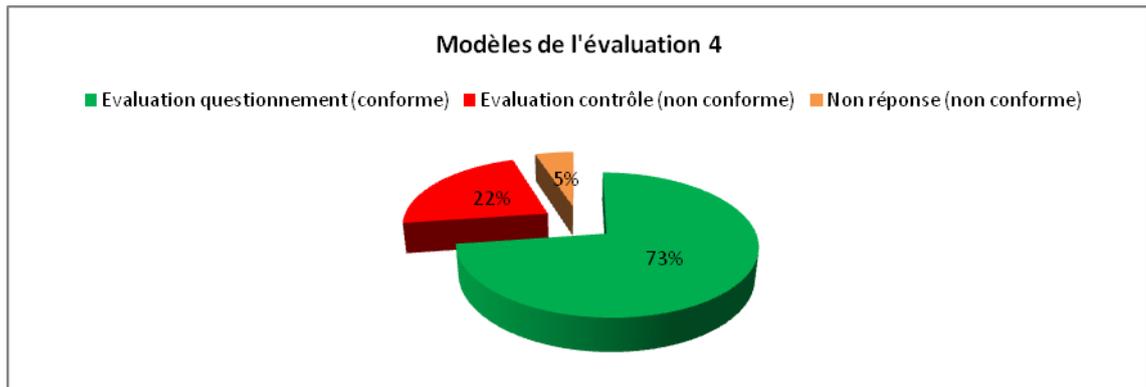


54% se positionnent dans l'évaluation contrôle de leur patient.

Q28 E4. Pour vous, le degré de satisfaction du patient permet d'évaluer : (Cochez deux réponses)

- La bonne ou mauvaise application des techniques apprises en formation. **Evaluation Contrôle et Non Conforme.**
- Les techniques particulièrement adaptées à ce patient. **Evaluation Questionnement et Conforme.**
- La programmation d'une ou plusieurs séances supplémentaires. **Evaluation Contrôle et Non Conforme.**
- Les raisons précises de sa satisfaction ou de son mécontentement. **Evaluation Questionnement et Conforme.**

Graphique n°28 : question 28

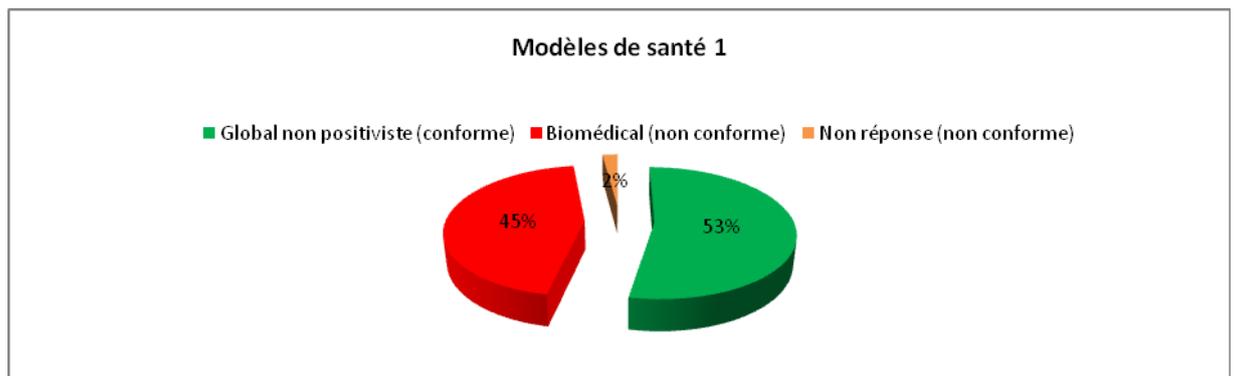


73% des ostéopathes interrogés ont une considération C/SC/NSC du degré de satisfaction de leurs patients.

Q29 S1. Vous pensez: (Cochez deux réponses)

- Qu'il ne faut pas se laisser influencer par les émotions et le vécu du patient.
Biomédical et Non Conforme.
- Qu'il est préférable de développer l'empathie en s'autorisant à ressentir les émotions du patient. **Global non positiviste et Conforme.**
- Que vos propres émotions et vécu influencent votre manière de traiter vos patients.
Global non positiviste et Conforme.
- Etre rationnel et objectif pendant vos traitements sans être influencé par vos émotions.
Biomédical et Non Conforme.

Graphique n°29 : question 29

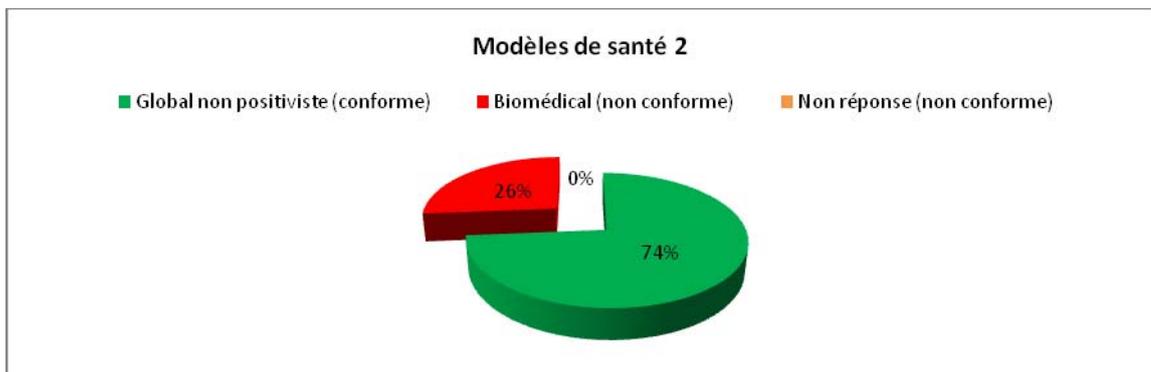


45% des praticiens interrogés pensent que pour rester objectif, il ne faut pas prendre en compte son propre émotionnel ni celui du patient.

Q30 S2. Alors que vous commencez votre traitement, votre patient vous demande de ne pas toucher à sa première dorsale : (Cochez deux réponses)

- Vous refusez avec tact en lui expliquant qu'il a tout à gagner à vous laisser faire. **Biomédical et Non Conforme.**
- Vous acceptez de modifier votre façon de faire car il doit avoir ses raisons. **Global non positiviste et Conforme.**
- Vous lui proposez d'être très doux et touchez D1 quand même. **Biomédical et non Conforme.**
- Vous trouvez cette demande intéressante et cherchez à en savoir plus en discutant avec lui. **Globale non positiviste et Conforme.**

Graphique n°30 : question 30

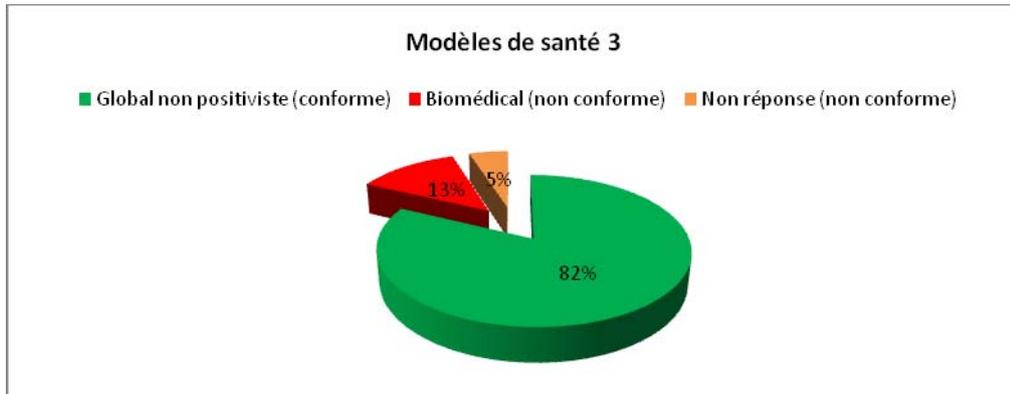


26% des personnes interrogées ne tiennent pas compte du desiderata du patient.

Q31 S3. Le discours du patient est un indicateur important pour le diagnostique ostéopathique (1 seule réponse) :

- Pas du tout. **Biomédical et Non Conforme.**
- Toujours. **Global non positiviste et Conforme.**

Graphique n°31 : question 31

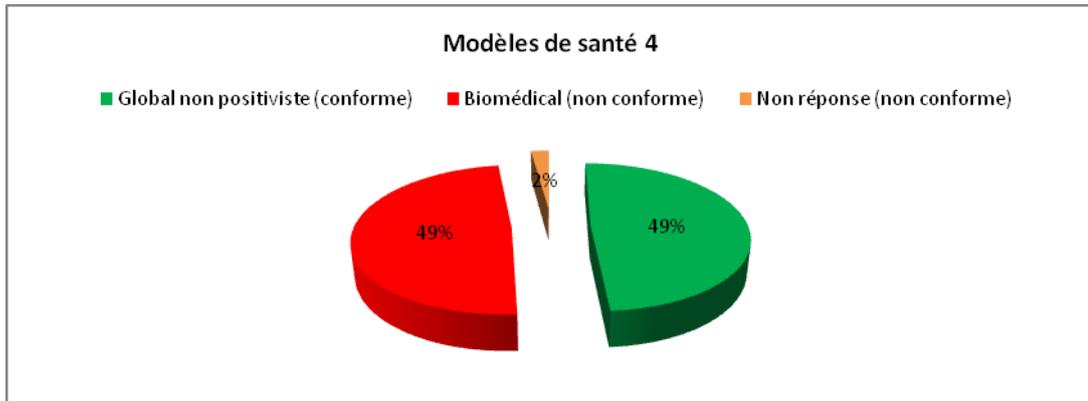


82% des praticiens pensent que le discours du patient est toujours un indicateur important pour le diagnostic ostéopathique.

Q32 S4 Communiquer avec le patient est essentiel. Vous adopterez plutôt : (Cochez deux réponses)

- Un discours déstabilisant sur les savoirs du patient pour lui permettre l'acquisition de nouveaux savoirs. **Global non positiviste et Conforme.**
- Un discours très convaincant pour le mettre en confiance. **Biomédical et Non Conforme.**
- Un discours sans objet particulier : parler fait du bien au patient, peu importe le contenu. **Biomédical et Non Conforme.**
- Une attitude d'écoute afin de rechercher les « petits trucs » utilisés par le patient pour moins souffrir. **Global non positiviste et Conforme.**

Graphique n°32 : question 32

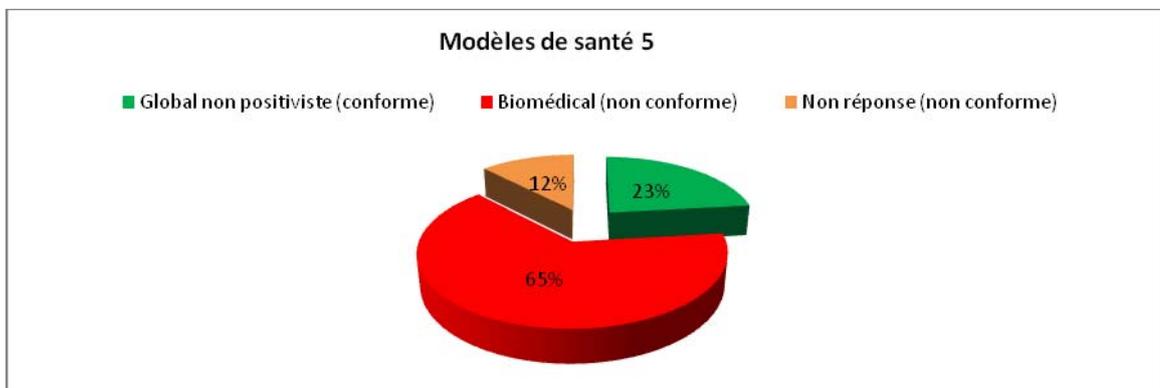


En communiquant avec leurs patients, la moitié des praticiens se positionne dans un modèle biomédical positiviste.

Q33 S5. La meilleure façon de prévenir les cervicalgies, c'est pour vous: (1 seule réponse)

- Ce que le patient pensera être bon pour éviter d'avoir mal. **Global non positiviste et Conforme.**
- Le respect des consignes que vous aurez transmises aux patients. **Biomédical et Non Conforme.**
- La limitation des activités jugées à risque et non nécessaires. **Biomédical et Non Conforme.**
- L'éducation de l'entourage pour qu'il agisse en accord avec le patient. **Global non positiviste et Conforme.**

Graphique n°33 : question 33



65 % des ostéopathes interrogés se positionnent dans un modèle biomédical positiviste dans leur conception de la prévention.

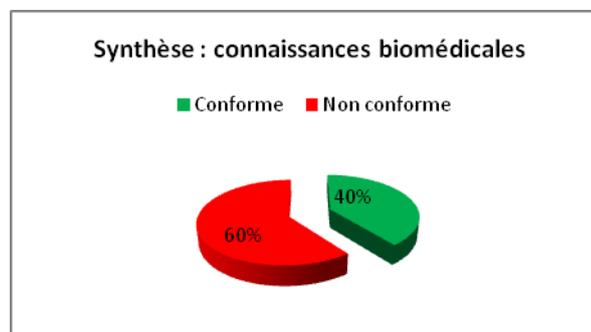
4.4 Synthèse de l'analyse à plat.

Le protocole de remplissage du questionnaire (cocher deux réponses) était la condition de validation de la question. A chaque mauvais protocole de remplissage la question a été supprimée. La moyenne des questionnaires validés et les différentes proportions entre les réponses conformes et celles non conformes aux questionnaires retournés et validés ont été calculées pour chacune des rubriques abordées :

Tableau 6 : Synthèse générale de l'analyse à plat.

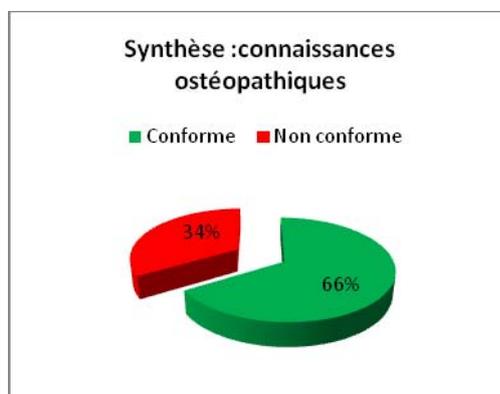
	Réponses conformes	Réponses non conformes	Nombre de questionnaires validés (moyenne)
Connaissances biomédicales	39,51 %	60,49 %	80
Connaissances ostéopathiques	66,30 %	33,70 %	86.75
Théories de l'apprentissage	66,98 %	33,02 %	95.5
Modèles de l'évaluation	57,86 %	42,14 %	96.25
Modèles de santé	56,21 %	43,79 %	85

Graphique n° 34 : conformité /non-conformité des connaissances biomédicales.



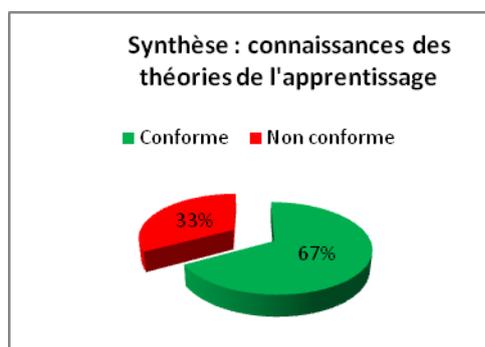
60 % des ostéopathes interrogés ont des connaissances non conformes aux recommandations professionnelles et de l'HAS et pourraient être victimes d'obstacles à l'apprentissage.

Graphique n° 35 : conformité /non-conformité des connaissances ostéopathiques.

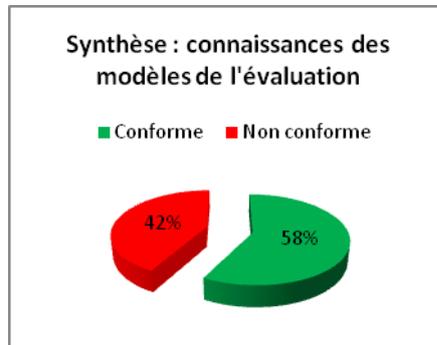


34 % des professionnels interrogés ont des connaissances non conformes aux recommandations professionnelles et de l'HAS et pourraient être victimes d'obstacles à l'apprentissage.

Graphique n° 36 : conformité /non-conformité des connaissances des théories de l'apprentissage.

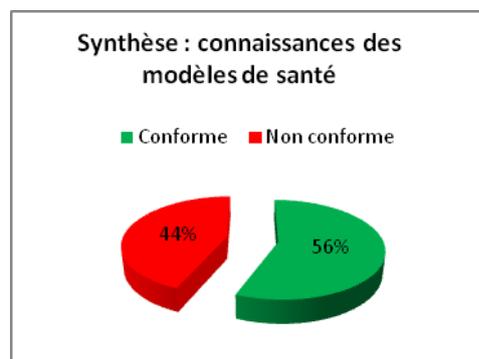


Graphique n° 37 : conformité /non-conformité des connaissances des modèles de l'évaluation.



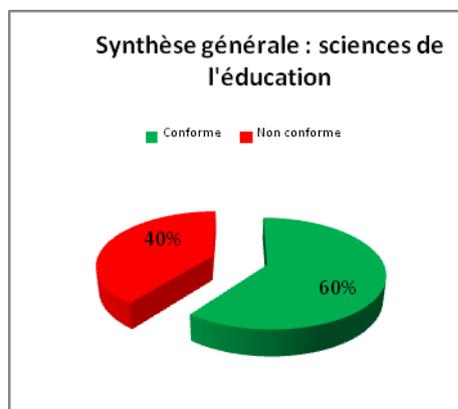
42 % des praticiens ayant répondu se positionnent dans l'évaluation contrôle.

Graphique n° 38 : conformité /non-conformité des connaissances des modèles de santé.



44 % des praticiens ayant répondu se positionnent dans un modèle biomédical curatif positiviste.

Graphique n° 39 : Synthèse générale des connaissances en sciences de l'éducation.



40 % des ostéopathes ayant répondu se positionnent dans un paradigme positiviste.

4.5 Traitement statistique des données par corrélation suivant le test chi2.

Il a été recherché des liens entre le taux de conformité des réponses dans le domaine des sciences de l'éducation et celui des connaissances biomédicales et certaines variables.

4.5.1 Le nombre d'années d'expérience professionnelle influence-t-il le taux de conformité aux réponses attendues ?

➤ Dans le domaine des sciences de l'éducation

Concernant les personnes ayant répondu aux questions relatives aux sciences de l'éducation, nous avons isolé un groupe de 65 individus ayant moins de 15ans d'expérience et un groupe de 27 individus ayant plus de 15 ans d'expérience.

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes ayant moins de 15 ans d'expérience

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyennes en sciences de l'éducation	41,52	23,48

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes ayant plus de 15 ans d'expérience.

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyennes en sciences de l'éducation	15,50	11,50

Chi² calculé = 0.34. Il n'y a pas de lien entre l'ancienneté d'exercice et le taux de conformité des réponses concernant les sciences de l'éducation.

➤ **Dans le domaine des connaissances ostéopathiques**

Concernant les personnes ayant répondu aux questions relatives aux connaissances ostéopathiques, nous avons isolé un groupe de 60 individus ayant moins de 15ans d'expérience et un groupe de 28 individus ayant plus de 15 ans d'expérience.

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes ayant moins de 15 ans d'expérience

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyenne sur les connaissances ostéopathiques	41,25	18,75

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes ayant plus de 15 ans d'expérience

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyenne sur les connaissances ostéopathiques	16,25	11,75

Chi² calculé = 0,97. Il n'y a donc pas non plus de lien entre l'ancienneté d'exercice et le taux de conformité des réponses concernant les connaissances ostéopathiques.

➤ **Dans le domaine des connaissances biomédicales**

Concernant les personnes ayant répondu aux questions relatives aux connaissances biomédicales, nous avons isolé un groupe de 57 individus ayant moins de 15ans d'expérience et un groupe de 24 individus ayant plus de 15 ans d'expérience.

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes ayant moins de 15 ans d'expérience

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyenne sur les connaissances biomédicales	22	35

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes ayant plus de 15 ans d'expérience

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyenne sur les connaissances biomédicales	9.63	14.37

Chi² calculé = 0,02. Il n'y a donc pas non plus de lien entre l'ancienneté d'exercice et le taux de conformité des réponses concernant les connaissances biomédicales.

4.5.2 Les études universitaires influencent-elles le taux de conformité des réponses attendues ?

➤ **Dans le domaine des sciences de l'éducation**

Concernant les personnes ayant répondu aux questions relatives aux sciences de l'éducation, nous avons isolé un groupe de 35 individus ayant un diplôme universitaire et un groupe de 57 individus n'ayant pas un diplôme universitaire.

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes ayant un diplôme universitaire.

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyennes en sciences de l'éducation	21.34	13.66

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes n'ayant pas un diplôme universitaire.

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyennes en sciences de l'éducation	35.89	21.11

Chi² calculé = 0.04. Il n'y a pas de lien entre le fait d'avoir un diplôme universitaire et le taux de conformité des réponses concernant les sciences de l'éducation.

➤ **Dans le domaine des connaissances ostéopathiques**

Concernant les personnes ayant répondu aux questions relatives aux connaissances ostéopathiques, nous avons isolé un groupe de 55 individus ayant un diplôme universitaire et un groupe de 32 individus n'ayant pas un diplôme universitaire.

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes ayant un diplôme universitaire.

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyenne sur les connaissances ostéopathiques	35.76	19.24

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes n'ayant pas un diplôme universitaire.

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyenne sur les connaissances ostéopathiques	21.38	10.62

Chi² calculé = 0.03. Il n'y a donc pas de lien entre le fait d'avoir un diplôme universitaire et le taux de conformité des réponses concernant les connaissances ostéopathiques

➤ **Dans le domaine des connaissances biomédicales**

Concernant les personnes ayant répondu aux questions relatives aux connaissances biomédicales, nous avons isolé un groupe de 29 individus ayant un diplôme universitaire et un groupe de 51 individus n'ayant pas un diplôme universitaire.

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes ayant un diplôme universitaire.

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyenne sur les connaissances biomédicales	12.37	16.63

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes n'ayant pas un diplôme universitaire.

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyenne sur les connaissances biomédicales	19.12	31.88

Chi² calculé = 0,21. Il n'y a donc pas de lien entre le fait d'avoir un diplôme universitaire et le taux de conformité des réponses concernant les connaissances biomédicales.

4.5.3 Le lieu de formation à l'ostéopathie, selon qu'elle a été réalisée en France ou à l'étranger influence-t-elle le taux de conformité aux réponses attendues ?

➤ Dans le domaine des sciences de l'éducation

Concernant les personnes ayant répondu aux questions relatives aux sciences de l'éducation, nous avons isolé un groupe de 71 individus ayant suivi leur formation d'ostéopathie en France et un groupe de 29 ayant suivi leur formation d'ostéopathie à l'étranger.

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes ayant suivi leur formation d'ostéopathie en France.

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyennes en sciences de l'éducation	45.27	25.73

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes ayant suivi leur formation d'ostéopathie à l'étranger.

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyennes en sciences de l'éducation	12.37	16.63

Chi² calculé = 3.76. Il n'y a pas de lien entre le fait d'avoir suivi la formation d'ostéopathie en France ou à l'étranger et le taux de conformité des réponses concernant les sciences de l'éducation.

➤ Dans le domaine des connaissances ostéopathiques

Concernant les personnes ayant répondu aux questions relatives aux connaissances ostéopathiques, nous avons isolé un groupe de 67 individus ayant suivi leur formation

d'ostéopathie en France et un groupe de 21 individus ayant suivi leur formation d'ostéopathie à l'étranger.

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes ayant suivi leur formation d'ostéopathie en France.

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyenne sur les connaissances ostéopathiques	45	22

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes ayant suivi leur formation d'ostéopathie à l'étranger.

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyenne sur les connaissances ostéopathiques	12.88	8.12

Chi² calculé = 0.24 Il n'y a donc pas de lien entre le fait d'avoir suivi la formation d'ostéopathie en France ou à l'étranger et le taux de conformité des réponses concernant les connaissances ostéopathiques.

➤ **Dans le domaine des connaissances biomédicales**

Concernant les personnes ayant répondu aux questions relatives aux connaissances biomédicales, nous avons isolé un groupe de 63 individus ayant suivi leur formation d'ostéopathie en France et un groupe de 18 individus ayant suivi leur formation d'ostéopathie à l'étranger.

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes ayant suivi leur formation d'ostéopathie en France.

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyenne sur les connaissances biomédicales	26	37

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes suivi leur formation d'ostéopathie à l'étranger.

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyenne sur les connaissances biomédicales	5.75	12.25

Chi² calculé = 0,51. Il n'y a donc pas de lien entre le fait d'avoir suivi la formation d'ostéopathie en France ou à l'étranger et le taux de conformité des réponses concernant les connaissances biomédicales.

4.5.4 Le mode formation en ostéopathie, selon qu'elle a été faite en alternance (formation continue) ou à plein temps (formation initiale) influence-t-il le taux de conformité aux réponses attendues ?

➤ **Dans le domaine des sciences de l'éducation**

Concernant les personnes ayant répondu aux questions relatives aux sciences de l'éducation, nous avons isolé un groupe de 27 individus ayant suivi leur formation d'ostéopathie en alternance (formation continue) et un groupe de 64 ayant suivi leur formation à plein temps (formation initiale).

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes ayant suivi leur formation d'ostéopathie en alternance (formation continue).

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyennes en sciences de l'éducation	16.31	10.69

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes ayant suivi leur formation d'ostéopathie à plein temps (formation initiale).

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyennes en sciences de l'éducation	40.5	23.5

Chi² calculé = 0.07. Il n'y a pas de lien entre le mode de formation en ostéopathie et le taux de conformité des réponses concernant les sciences de l'éducation.

➤ **Dans le domaine des connaissances ostéopathiques**

Concernant les personnes ayant répondu aux questions relatives aux connaissances ostéopathiques, nous avons isolé un groupe de 25 individus ayant suivi leur formation d'ostéopathie en alternance (formation continue) et un groupe de 61 individus ayant suivi leur formation d'ostéopathie à plein temps (formation initiale).

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes ayant suivi leur formation d'ostéopathie en alternance (formation continue).

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyenne sur les connaissances ostéopathiques	16.25	8.75

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes ayant suivi leur formation d'ostéopathie à plein temps (formation initiale).

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyenne sur les connaissances ostéopathiques	40.62	20.38

Chi² calculé = 0.38 Il n'y a donc pas de lien entre le mode de formation en ostéopathie et le taux de conformité des réponses concernant les connaissances ostéopathiques.

➤ **Dans le domaine des connaissances biomédicales**

Concernant les personnes ayant répondu aux questions relatives aux connaissances biomédicales, nous avons isolé un groupe de 22 individus ayant suivi leur formation d'ostéopathie en alternance (formation continue) et un groupe de 57 individus ayant suivi leur formation d'ostéopathie à plein temps (formation initiale).

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes ayant suivi leur formation d'ostéopathie en alternance (formation continue).

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyenne sur les connaissances biomédicales	8.5	13.5

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes suivi leur formation d'ostéopathie à plein temps (formation initiale).

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyenne sur les connaissances biomédicales	22.25	34.75

Chi² calculé = 0,00. Il n'y a donc pas de lien entre le mode de formation en ostéopathie et le taux de conformité des réponses concernant les connaissances biomédicales.

4.5.5 Le profil de l'ostéopathe, selon qu'il est professionnel de santé ou non professionnel de santé influence-t-il le taux de conformité aux réponses attendues ?

➤ **Dans le domaine des sciences de l'éducation**

Concernant les personnes ayant répondu aux questions relatives aux sciences de l'éducation, nous avons isolé un groupe de 32 individus non professionnels de santé et un groupe de 60 professionnels de santé.

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes non professionnelles de santé.

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyennes en sciences de l'éducation	19.16	12.84

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes professionnelles de santé.

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyennes en sciences de l'éducation	38.08	21.92

Chi² calculé = 0.11. Il n'y a pas de lien entre le profil de professionnel de santé ou non professionnel de santé et le taux de conformité des réponses concernant les sciences de l'éducation.

➤ **Dans le domaine des connaissances ostéopathiques**

Concernant les personnes ayant répondu aux questions relatives aux connaissances ostéopathiques, nous avons isolé un groupe de 29 individus non professionnels de santé et un groupe de 57 professionnels de santé.

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes non professionnelles de santé.

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyenne sur les connaissances ostéopathiques	19.24	9.76

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes professionnelles de santé.

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyenne sur les connaissances ostéopathiques	38.13	18.87

Chi² calculé = 0.00. Il n'y a pas de lien entre le profil de professionnel de santé ou non professionnel de santé et le taux de conformité des réponses concernant les connaissances ostéopathiques.

➤ **Dans le domaine des connaissances biomédicales**

Concernant les personnes ayant répondu aux questions relatives aux connaissances biomédicales, nous avons isolé un groupe de 26 individus non professionnels de santé et un groupe de 54 professionnels de santé.

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes non professionnelles de santé.

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyenne sur les connaissances biomédicales	10.38	15.62

Moyenne Globale des réponses en fonction de leur conformité/non-conformité chez les personnes professionnelles de santé.

	Savoirs conformes	Savoirs non conformes
Moyenne sur les connaissances biomédicales	21.13	32.87

Chi² calculé = 0,00. Il n'y a pas de lien entre le profil de professionnel de santé ou non professionnel de santé et le taux de conformité des réponses concernant les connaissances biomédicales.

4.5.6 Tableau 7 : Synthèse des corrélations suivant le test chi².

	Connaissances biomédicales	Connaissances ostéopathique	Connaissances en SDE
Expérience prof.	Pas de corrélation	Pas de corrélation	Pas de corrélation
Etudes universitaires	Pas de corrélation	Pas de corrélation	Pas de corrélation
Pays de formation	Pas de corrélation	Pas de corrélation	Pas de corrélation
Mode de formation	Pas de corrélation	Pas de corrélation	Pas de corrélation
Profil	Pas de corrélation	Pas de corrélation	Pas de corrélation

4.6 Précision du domaine de validité de cette étude .

Le nombre de retour fut satisfaisant puisque supérieur à 100 , « *la transformation des réponses en pourcentage prend alors tout son sens et les tests statistiques fonctionnent avec un bon rendement.* » (Gatto et Ravenstein, 2008)

Mais toute analyse est à considérer avec discernement, pour de nombreuses raisons. Si le questionnaire permet d'obtenir des informations de manière très méthodique, il a nécessairement ses limites. Le questionnaire ne renseigne pas sur ce que les gens font, mais sur ce qu'ils déclarent faire. En effet, il n'y a pas de garantie sur l'identité de la personne qui a répondu au questionnaire ni sur la sincérité du questionné. Il n'y a pas non plus de véritable spontanéité et l'enquêté peut ne pas répondre comme il le souhaiterait à certaines questions.

Conformément au protocole proposé, les non réponses ont été considérées comme volontaires, et donc comme une absence de connaissance pouvant constituer un obstacle à l'apprentissage. Cette interprétation peut constituer un biais dans la mesure où en utilisant des questions préformées, les choix proposés peuvent ne pas correspondre à la réponse souhaitée et occasionner des non-réponses.

D'autre part, j'ai pu noter dans les nombreux mail qui m'ont été envoyé qu'une certaine retenue, voire une certaine peur a restreint le nombre de retour de questionnaires, ceci étant dû au contexte politique et à l'attente des décisions devant être prises dans les commissions

régionales accordant le droit d'user du titre d'ostéopathes. Nous pouvons penser qu'en raison de ce contexte, une frange de l'ostéopathie a pu être sous représentée ou que cette situation ait pu altérer la spontanéité attendue.

5 Conclusion et perspectives.

Cette étude a pour principal objet de faire un état des lieux sur les pratiques professionnelles des ostéopathes quant à l'utilisation des modèles et théories des sciences de l'éducation et ne cherche pas à remettre en cause l'état des connaissances biomédicales et ostéopathiques sur la cervicalgie.

Pour Gatto (2005), «*Les résultats des travaux de recherche en sciences de l'éducation pourraient permettre d'évaluer et de réguler la tension entre les sciences de l'éducation et les sciences et techniques*». La recherche qui a été effectuée dans le cadre de ce mémoire apporte des pistes de réflexion pour faire évoluer la formation initiale, la formation continue et les futures évaluations des pratiques professionnelles des ostéopathes dans le domaine de la prise en charge des patients souffrant de cervicalgie commune.

Il est remarquable de noter que c'est au sein même de la loi du 4 Mars 2002 rendant le patient co-auteur, co-décideur et co-responsable de sa santé et de son projet de soin, que l'article 75 reconnaissait le « titre d'ostéopathe ». Pour répondre à l'esprit de cette loi, les ostéopathes devraient tous, quel que soit leur profil, améliorer, ou mieux apprendre à changer leurs pratiques et comportements dans la prise en charge de leurs patients.

En 2005, Gatto remarquait : «*Il est difficile pour les professionnels de santé de changer leurs pratiques, de produire du savoir scientifique, de créer des modèles d'évaluation, de créer des outils d'évaluation, de développer des actions d'éducation si les programmes de formation initiale et les programmes proposés en formation continue ne contiennent pas les théories, les modèles, les méthodes et les techniques qui le permettent.* ».

Les savoirs non conformes identifiés dans ce travail représentent environ 40% dans le domaine des sciences de l'éducation. Cette tendance qu'auraient les ostéopathes à se situer dans un paradigme de santé biomédical curatif positiviste, dans l'évaluations contrôle, et une conception béhavioriste de l'apprentissage quelle que soit la durée de l'expérience professionnelle et quels que soient leurs diplômes universitaires autres qu'en sciences de l'éducation reste encore trop importante. Il est probable que les enseignements des écoles d'ostéopathie ne transmettent pas suffisamment aux étudiants les savoirs savants leur permettant un positionnement logique dans un modèle de santé globale et d'évaluation complexe. Gatto précise en 2002, « *il est essentiel (...) d'inclure dans les programmes de formation initiale et continue : la méthodologie de la recherche, les modèles de l'évaluation, les théories de l'apprentissage et les outils d'enquêtes (...).* ».

Le mérite de l'ostéopathe résidera dans sa capacité à créer le contexte thérapeutique optimal en réponse aux demandes et aux attentes du patient en utilisant les connaissances, les savoir-faire et les attitudes dans le champs des sciences de l'éducation produits et validés par la recherche scientifique et par l'université.

Il est donc urgent, alors même que notre profession est en pleine structuration, d'intégrer à la formation initiale et continue des ostéopathes les savoirs savants des sciences de l'éducation et les mettre en tension avec les savoirs propres à l'ostéopathie. Eclairés par l'enseignement des sciences de l'éducation les ostéopathes pourront ainsi améliorer la santé des personnes et stimuler la prise en charge par leurs patients de leur propre santé .

Cela dépendra de la formation des formateurs.

L'intégration des ostéopathes dans un cursus universitaire permettrait une augmentation et une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et une diminution des coûts humains et financiers de la santé . En rentrant dans le système d'études européen dit « LMD », les ostéopathes pourraient bénéficier d'une identification professionnelle plus valorisante, de la création d'unités de recherche et d'une validation scientifique de leurs savoirs.

Le service rendu par les ostéopathes serait alors plus performant et permettrait une meilleure intégration de la profession dans les institutions de santé et auprès des autres acteurs de santé. Enfin, cette formation au Master 2 des sciences de l'éducation m'a conforté dans ma pratique professionnelle par l'acquisition de nouveaux savoirs savants. Ma réflexivité s'est améliorée et s'est plus profondément intégrée dans un processus de soin où la communication est devenue plus déterminante, confirmant l'idée déjà acquise que le soin ne peut être réduit à un examen, un diagnostic et pronostic accompagné de recommandations.

6 Références bibliographiques.

Ameis, A. (1986). Cervical Whiplash: Considerations in the Rehabilitation of Cervical Myofascial Injury. *Canadian Family Physician*, 32.

ANAES. (1999). *Place de l'imagerie dans le diagnostic de la cervicalgie commune, de la névralgie cervico-brachiale et de la myélopathie cervicale chronique.*

ANAES. (2003). *Masso-kinésithérapie dans les cervicalgies communes et dans le cadre du – coup du lapin- ou whiplash.*

ANAES. (2005). *Rapport d'élaboration des pratiques professionnelles : Bilan kinésithérapeute de la cervicalgie.*

ANAES. (2005). *Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale.*

Ardoino, J. (1986). Finalement, il n'est jamais de pédagogie sans projet. *Éducation Permanente*, 87.

Ardoino, J. (2000). *Les avatars de l'éducation.* Paris : PUF.

Balla, J., & Karnaghan, J. (1987). Whiplash headache. *Clinical and Experimental Neurology*, 23.

Barnsley, L., Lord, S., Wallis, B., & Bogduk, N. (1993). False-positive rates of cervical zygapophysial joint blocks. *Clinical Journal of Pain*, 9.

Beraud, C., Gremy, F., Grenier, B., Grimaldi, A., Kervasdoue, J., & Levy, G. (1996). *Quelle santé, quelle médecine, quels médecins voulons-nous pour le 21^e siècle en France et en Europe ?* Réforme Debré, un tiers de siècle après, Acte du colloque de Caen.

Berbaum, J. (1998). *Développer la capacité d'apprendre.* Paris : SSF Editeurs.

Bogduk, N., Corrigan, B., Kelly, P., Schneider., & G., Farr, R. (1987). Cervical headache : clinical manifestation. *Cephalalgia*,7.

Bogduk,N., & McGuirk, B. (2007). *Prise en charge des cervicalgies aiguës et chroniques. Une approche fondée sur les preuves.* Issy les Moulineaux, France : Elsevier Masson.

Bogduck, N., & Simons, D.-G. (1993). Neck pain : joint pain or trigger points. In : H., Vaeroy, H., & Merskey. (eds).Progress in fibromyalgia pain. Amsterdam : Elsevier.

Bonneau, D., (2005). *Rachis cervical et thérapies manuelles.* Montpellier : Sauramps Medical.

Bonniol, J.- J., & Vial, M. (1997). *Les modèles de l'évaluation.* Bruxelles : De Boeck Universités.

Borghouts, J.-A., Koes, B.-W., Vondeling, H., & Bouter, L.-M. (1999). Cost-of-illness of neck pain in the Netherlands in 1996. *Pain*,80.

Brattberg, G., Thorslund, M., & Wikman, A. (1989).The prevalence of pain in a general population. The results of a postal survey in a county of Sweden. *Pain*,37.

Bronfort, G., Assendelft, W.-J., Evans, R., Haas, M., & Bouter, L. (2001). Efficacy of spinal manipulation for chronic headache: a systematic review. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* , 24.

Bury, J.-A. (1988). *Education pour la santé, concepts, enjeux, planification.* Bruxelles : De Boeck.

COFER. (2005).*Rachialgies.* [En ligne]. Page consultée le 12/11/08. http://cofer.univ-lille2.fr/2eme_cycle/items/item_215.htm

Corin, E. (1985). *La Santé : nouvelles conceptions, nouvelles Images.* Lyon : Presses Universitaires de Lyon.

- Cote, P., Cassidy, J.-D., & Carroll, L. (2003). Journal of the Canadian Chiropractic Association, 47,4 . Toronto : Canadian Chiropractic Association.
- Dabbs, V., & Lauretti, W.-J. (1995). A risk assessment of cervical manipulation vs. NSAIDs for the treatment of neck pain. *Journal of Manipulative and Physiological therapeutics*, 18(8)
- Damasio, A.-R. (1995). *L'erreur de Descartes : la raison des émotions*. Paris : Odile Jacob.
- Deccache, A. (1994). *La compliance aux traitements des maladies chroniques*. Thèse de doctorat en Santé Publique, Université Catholique de Louvain La Neuve.
- Deccache, A., & Meremans, P. (1997). *L'éducation pour la santé des patients : au carrefour de la médecine et des sciences humaines ; Dans : L'éducation du patient au secours de la médecine* ». Paris : PUF.
- D'Ivernois, J.-F., & Gagnayre, R. (2004). *Apprendre à éduquer le patient*, Paris : Vigot.
- Donnadieu, B., Genthon, M., & Vial, M. (1998). *Les théories de l'apprentissage, quel usage pour les cadres de santé* . Paris : Masson.
- Drottning, M., Staff, P.-H., & Sjaastad, O. (2002). Cervicogenic headache (CEH) after whiplash injury. *Cephalalgia*, 22.
- Falla, D.-L., Jull, G.-A., & Hodges, P.-W. (2004). Patients with neck pain demonstrate reduced electromyographic activity of the deep cervical flexor muscles during performance of the craniocervical flexion test. *Spine*, 29.
- Favre, D. (1992). *L'introduction de la démarche scientifique dans l'acte pédagogique peut-elle favoriser l'acquisition de nouvelles représentations ?* Actes de journées interuniversitaires de recherche en éducation et en formation, Montpellier.
- Ferrari, R., & Russell, A.-S. (2003). Regional musculoskeletal conditions: neck pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 17.
- Farbmann, A. -A. (1973). Neck Sprain. *JAMA*, 223.

- Foulin, J.-N., & Mouchon, S. (1998). *Psychologie de l'éducation*. Paris : Nathan.
- Fournier, M. (1999). Comment savoir ? *Sciences Humaines*, 98.
- Fryer, G., Alvizatos, J., & Lamaro, J. (2005). The effect of osteopathic treatment on people with chronic and sub-chronic neck pain: A pilot study. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 8.
- Gatto, F. (1999). *Attitudes cognitives et cultures de soins. Contribution de dispositifs pédagogiques spécifiques aux actions d'éducation à la santé*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation. Université de Provence, Aix-Marseille 1.
- Gatto, F. (2004). Kinésithérapie, éducation à la santé et universités. *Kiné-Actualité*, 937. Paris : SPEK.
- Gatto, F. (2005). *Enseigner la santé*. Paris : l'Harmattan.
- Gatto, F. (2007). *Education du patient en kinésithérapie*. Montpellier : Sauramps Medical.
- Gatto, F. (2007). *Cadre de santé et management*. Montpellier : Sauramps Medical.
- Gatto, F. (2008). *L'évaluation des pratiques professionnelles et la formation universitaire au service de l'amélioration de l'autonomie d'exercice des Masseurs-Kinésithérapeutes et de la qualité des pratiques*. [En ligne]. Consulté le 05/12/08.
<http://www.presque.net/essai/2008/10/05/epp-et-formation-universitaire-des-masseurs-kinesitherapeutes/>.
- Gatto, F., & Ravenstein, J. (2003). Pour une didactique des sciences et des techniques de la kinésithérapie : l'exemple de la lombalgie. *Recherches en kinésithérapie*, 1.
- Gatto, F., & Ravenstein, J. (2008). *Le mémoire*. Montpellier : Sauramps Medical.
- Gennis, P., Miller, L., Gallagher, E.-J., Giglio, J., Carter, W., & Nathanson, N. (1996). The effect of soft cervical collars on persistent neck pain in patients with whiplash injury. *Academic Emergency*, 3.

Gerardi, J.-L. (2005). *Contribution des Sciences de l'éducation au développement de la démarche qualité des soins et à l'autonomie des étudiants en masso-kinésithérapie*. Mémoire de Master 2 en Sciences de l'Education, Université de Corse, Corte, France.

Giordan, A. (1998). *Apprendre*. Paris : Belin.

Gore, D.-R., Sepic, S.-B., Gardner, G.-M. & Murray, M.-P. (1987). Neck pain : a long-term follow-up of 205 patients. *Spine*, 12.

Goussard, J.-C. (2003). Radios systématiques ou non avant manipulation: que disent les statistiques d'assurances ? *Revue MédecineVertébrale* ,11.Paris : GICEP Production .

Gawitz,M. (2001). *Méthodes des sciences sociales*. Paris : Dalloz.

Green, L. (1984). *Health éducation models*. In Matarazo, J., Weiss. S., Herd, J., Miller, N. Behavioural Health. New York : Jonh Wiley and sons.

Gross, A.-R., Hoving, J.-L., Haines, T.-A., Goldsmith, C.-H., Kay, T., Aker, P., & Bronfort, G. A. (2004). Cochrane review of manipulation and mobilization for mechanical neck disorders. *Spine*,15.

Gross, A.-R., Kay,T., Hondras, M., Goldsmith, C., Haines, T., Peloso, P., Kennedy, C., & Hoving, J. (2002). Manual therapy for mechanical neck disorders: a systematic review. *Manual Therapie*,7.

Guez, M., Hildingsson, C., Nilsson, M., & Toolanen, G. (2002). The prevalence of neck pain: a population-based study for northern Sweden. *Acta Orthop Scand* ,73.

Hammacher,E.-R., & van der Werkeen, C. (1996). Acute neck sprain : whiplash reappraised. *Injury*, 27.

Hoving, J-L. et al. (2002). Manual therapy, physical therapy, or continued care by a general practitioner for patients with neck pain. *Annals of Internal Medicine*,136.

Jonsson, H., Bring, G., Rauchning, W., & Sahlstedt, B.(1991). Hidden cervical spine injuries in traffic accident victims with skull fractures. *Journal of Spine Disorders*, 4.

Jordan, A., Bendix, T., Nielsen, H., Hansen, F.-R., Host, D., & Winkel, A. (1998). Intensive Training, Physiotherapy, or Manipulation for Patients With Chronic Neck Pain: A Prospective, Single-Blinded, Randomized Clinical Trial. *Spine*, 23.

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

Jull, G., Trott, P., Potter, H., Zito, G., Niere, K., Shirley, D., Emberson, J., Marschner, I., & Richardson, C. (2002). A randomized controlled trial of exercise and manipulative therapy for cervicogenic headache. *Spine*,27.

Karjalainen, K., Malmivaara, A., & van Tulder, M. et al. (2001). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working age adult : a systematic review with the framework of the Cochrane collaboration back review group. *Spine*,26.

Kuntz, J.-L. (2000). *Diagnostic d'une rachialgie-cervicalgie-cervicarthrose*. Cours de la Faculté de médecine Université Louis Pasteur, Service rhumatologie. Strasbourg.

Lance, J.-W. (1993). *Mechanism and management of headache*. Oxford : Butterworth Heinemann.

Maigne, R. (1989). *Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne : une nouvelle approche*. Paris : Expansion Scientifique Française.

Maigne, J.-Y. (1998). Manipulations cervicales et prévention du risque vasculaire.

Les recommandations de la SFMOTM. *Revue de Medecine Orthopedique*,52.

Maigne, J.-Y. (2001). *Soulager le mal de dos*. Paris : Masson.

Maigne, J.-Y. (2008). Cervicalgie et manipulation : Faire et ne pas faire. *Revue du Rhumatisme*, 75. Elsevier Masson .

Mäkela, M., Heliövaara, M., Sievers, K., Impivaara, O., Knekt, P., & Aromaa, A. (1991). Prevalence, Determinants, and Consequences of Chronic Neck Pain in Finland. *American Journal of Epidemiology*, 134(11).

Mayoux-Benhamou, A., Wybier, M., Barbet, J.-P., Labbe, S., & Revel, M. (1992). Relationship between force and cross-sectional area of post-cervical muscles in man, influence of variations in the morphology of the neck. In: A., Berthoz, P.-P., Vidal. & W., Graf.(eds.). *The head-neck sensory motor system*. New York: Oxford.

McConnell, W.-E., Howard, R.-P., Guzman, H.-M. et al. (1993). *Analysis of human test subject kinematic responses to low velocity rear end impacts*. Proceeding of the 37 th stapp Car Crash Conference San Antonio, TX.

Merskey, H., & Bogduck, N. (1994). Classification of chronic pain. Description of chronic pain syndromes and definition of pain terms. Seattle : IASP Press.

Nachemson A.-L., & Jonsson E. (2000). Neck and back pain. The scientific evidence of causes, diagnosis and treatment. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Nunziati, G. (1990). Pour construire un dispositif d'évaluation formatrice. *Les Cahiers Pédagogiques*, 280. Paris : Centre de recherche et d'action pédagogiques.

Nuttin, J. (2000). *Théorie de la motivation humaine*. Paris: P.U.F.

OMS. (1946). Constitution du 22 Juillet.

OMS. (1986). La Charte d'OTTAWA : vers une nouvelle santé publique. *Prévenir*, 30, Genève.

OMS.(1998). *Education thérapeutique du patient*. Bureau régional pour l'Europe, Copenhague, Recommandation d'un groupe de travail de l'OMS.

Pastor, E. (2004). *Les pratiques des masseurs kinésithérapeutes à travers les modèles de l'évaluation*. DEA système d'apprentissage, système d'évaluation, Université de Provence Aix Marseille 1 Département des Sciences de l'Éducation.

Pavlov, I.-P. (1927). *Conditioned reflexes*. London : Routledge and Kegan Paul.

Rannou, F., Revel, M., & Poiraudéau, S. (2004). Sources anatomiques de la douleur cervicale. *Revue du Rhumatisme*, 71.

Rapport de l'Académie de médecine : [En ligne]. Consulté le 28/08/08. http://www.osteostop.com/images/academie-de-medecine-rapports_252_fichier_lie.pdf

Ravestein, J. (1999). *Autonomie de l'élève et régulation du système didactique*. Bruxelles : De Boeck.

Registre des Ostéopathes de France. (2005). *Analyse critique des risques attribués aux manipulations du rachis cervical et recommandations de bonne pratique*. [En ligne]. Consulté le 24/10/2008. <http://www.osteopathie.org/securite-patient/conseil-pluridisciplinaire.pdf>.

Rey, A. (2004). *Le Robert, dictionnaire historique de la langue française*, tome I.

Sandmark, H., & Nisell, R. (1995). Validity of five common manual neck pain provoking test. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 27.

Schellhas, K.-P., Smith, M.-D., Gundry, C.-R., & Pollei, S.-R. (1996). Cervical discogenic pain: prospective correlation of magnetic resonance imaging and discography in asymptomatic subjects and pain sufferers. *Spine*, 21.

Sensevy, G. (1998). *Institutions didactiques*. Paris : PUF.

Skinner, B.F. (1938). *The behavior organisms*. New York : Appleton Century Crofts.

Spitzer, W.-O., Skovron, M.-L., Salmi, L.-R. et al. (1995). Scientific monograph of the Québec Task Force on Whiplash-Associated Disorders: redefining « whiplash » and its management. *Spine*, 20(Suppl. 8).

Sturzenegger, M. (1994). Headache and neck pain : the warning symptoms of vertebral artery dissection. *Headache*,34.

Taimela, S., Takala, E.-P., Askolf, T., Seppala, K., & Parvainen, S. (2000). Active treatment of chronic neck pain : a prospective randomised intervention. *Spine*,25.

Taylor, J.-JR., & Twomey, L.-T. (1993). Acute injuries to cervical joints : an autopsy study of neck sprain. *Spine*,9.

Tissier, D. (2001). *Management situationnel : vers l'autonomie et la responsabilisation*. Paris : INSE.

Vaillant, J. (2002). Cervicalgies : Recommandations de l'American Physical Therapy Association. *Kinésithérapie scientifique*,422. Paris : SPEK .

Vaillant, J. (2004).Cervicalgies : sources anatomiques de la douleur, modifications fonctionnelles et perturbations de vie. *Kinésithérapie scientifique*,450. Paris : SPEK .

Van Der Donk, J., Schouten, J.-S., Passchier, J., Van Romunde, L.-K.-J., & Valkenburg, H.-A. (1991).The association of neck pain with radiological abnormalities of the cervical spine and personality traits in a general population. *Journal of Rheumatology*,18.

Vendrig, A.-A., van Akkerveeken, P.-F., & McWhorter, K.-R.(2000). Results of multimodal treatment program for patients with chronic symptoms after a whiplash injury of the neck. *Spine*,25.

Vial, M. (1999). *Modèles et logiques de l'évaluation*. Colloque international, éthique et qualité dans l'évaluation. Universit de Reims .

Vial, M. (2001). *Se former pour évaluer : Se donner une problématique et élaborer des concepts*. Bruxelles : De Boeck Université.

Vial, M. (2003). *Se former pour évaluer*. Bruxelles : De Boeck.

Van Der Donk, J., Schouten, J., Passchier, J., Van Romunde L., & Valkenburg, H. (1991). The association of neck pain with radiological abnormalities of the cervical spine and personality traits in a general population. *Journal of Rheumatology*, 18.

Vigotski, L.-S. (1934). *Pensées et langage*. Paris: Sociales, 1985.

Vincent, J.-D. (1986). *La biologie des passions*. Paris : Odile Jacob.

7 Annexes.

7.1 Annexe 1 : Article 75 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002

J.O. Numéro 54 du 5 Mars 2002 page 4118

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

(.../...)

Article 75

L'usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie ou à la chiropraxie délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé dans des conditions fixées par décret. Le programme et la durée des études préparatoires et des épreuves après lesquelles peut être délivré ce diplôme sont fixés par voie réglementaire.

S'il s'agit d'un diplôme délivré à l'étranger, il doit conférer à son titulaire une qualification reconnue analogue, selon des modalités fixées par décret. Les praticiens en exercice, à la date d'application de la présente loi, peuvent se voir reconnaître le titre d'ostéopathe ou de chiropracteur s'ils satisfont à des conditions de formation ou d'expérience professionnelle analogues à celles des titulaires du diplôme mentionné au premier alinéa. Ces

conditions sont déterminées par décret. Toute personne faisant un usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est soumise à une obligation de formation continue, dans des conditions définies par décret. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé est chargée d'élaborer et de valider des recommandations de bonnes pratiques. Elle établit une liste de ces bonnes pratiques à enseigner dans les établissements de formation délivrant le diplôme mentionné au premier alinéa. Un décret établit la liste des actes que les praticiens justifiant du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur sont autorisés à effectuer, ainsi que les conditions dans lesquelles ils sont appelés à les accomplir. Ces praticiens ne peuvent exercer leur profession que s'ils sont inscrits sur une liste dressée par le représentant de l'Etat dans le département de leur résidence professionnelle, qui enregistre leurs diplômes, certificats, titres ou autorisations.

(.../...)

Fait à Paris, le 4 mars 2002.

Par le Président de la République, Jacques Chirac

Le Premier ministre, Lionel Jospin

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, Laurent Fabius

La ministre de l'emploi et de la solidarité, Elisabeth Guigou

La garde des sceaux, ministre de la justice, Marylise Lebranchu

Le ministre de l'intérieur, Daniel Vaillant

Le ministre délégué à la santé, Bernard Kouchner

Le secrétaire d'Etat à l'outre-mer, Christian Paul

7.2 Annexe 2 : Arrêté du 25 mars 2007 relatif à la formation en ostéopathie, à la commission d'agrément

des établissements de formation et aux mesures dérogatoires

Le ministre de la santé et des solidarités,

Vu la loi no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, et

notamment son article 75 ;

Vu le décret no 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie ;

Vu le décret no 2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des

établissements de formation,

Arrête :

Art. 1er. – La formation commune des ostéopathes comporte deux phases :

– une phase de 1 435 heures, d'enseignements théoriques des sciences fondamentales et de biologie humaine ;

– une phase de 1 225 heures, d'enseignements théoriques et pratiques de l'ostéopathie.

Art. 2. – La phase d'enseignements théoriques des sciences fondamentales et de biologie humaine se

décompose en six unités de formation :

Unité de formation 1 : physiologie, pathologie de l'enfant et de l'adulte (560 heures) :

Notions générales sur les grandes fonctions ;

Notions de médecine, chirurgie : principaux signes fonctionnels, signes d'alerte des principales pathologies ;

Notions sur les principales classes thérapeutiques.

Unité de formation 2 : psychosociologie, éthique, déontologie, aspects médico-légaux (105 heures) :

Notions générales de psychologie, la relation patient-soignant, l'approche spécifique de groupes

populationnels (handicapés, personnes âgées, enfants...) ;

Notions de déontologie, secret professionnel, règles professionnelles au regard du patient et des différents

acteurs du système de santé.

Unité de formation 3 : appareil locomoteur, traumatologie (315 heures) :

Anatomie, morphologie, biomécanique, principales pathologies de l'enfant et de l'adulte.

Unité de formation 4 : système nerveux central et périphérique (245 heures) :

Anatomie, physiologie, principales pathologies neurologiques de l'enfant et de l'adulte.

Unité de formation 5 : appareil ostéo-articulaire (140 heures) :

Anatomie, physiologie, principales pathologies rhumatismales de l'enfant et de l'adulte.

Unité de formation 6 : appareil cardio-vasculaire et respiratoire (70 heures) :

Anatomie, physiologie, principales pathologies de l'enfant et de l'adulte.

Art. 3. – La phase d'enseignements théoriques et pratiques de l'ostéopathie comporte trois unités de

formation :

Unité de formation A : le concept et les techniques de l'ostéopathie (210 heures) :

Notions générales dispensées en enseignements théoriques (1/3) et pratiques (2/3) en établissement de

formation.

..

Unité de formation B : approche palpatoire et gestuelle de l'ostéopathie (315 heures) :

Acquisition de la technique par un enseignement pratique en établissement de formation.

Unité de formation C : applications des techniques de l'ostéopathie au système musculo-squelettique et

myofascial (700 heures) :

Enseignements théoriques (1/3) et pratiques en établissements de formation et en stages cliniques auprès d'un ostéopathe exclusivement (2/3).

Tout enseignement relatif à une approche viscérale ou crânio-sacrée, à des pratiques se rapportant à la sphère

urogénitale ainsi qu'à une pratique de l'ostéopathie chez la femme enceinte est strictement exclu de la

formation.

Art. 4. – I. – Chaque unité de formation de la phase d'enseignements théoriques des sciences fondamentales et de biologie humaine est évaluée par une épreuve écrite de contrôle des connaissances notée sur 20 points et validée en cas d'obtention d'une note au moins égale à 10 sur 20.

Cette épreuve écrite est relative aux principaux thèmes de l'unité de formation concernée.

II. – Chaque unité de formation de la phase d'enseignements théoriques et pratiques de l'ostéopathie fait l'objet d'un contrôle des connaissances sous la forme d'épreuves écrites, pratiques ou de mise en situation professionnelle selon l'unité de formation considérée.

L'unité de formation A est évaluée par une épreuve écrite de contrôle des connaissances notée sur 20 points et validée en cas d'obtention d'une note au moins égale à 10 sur 20.

L'unité de formation B est évaluée par une épreuve pratique en établissement de formation par deux

enseignants de celui-ci, notée sur 20 points et validée en cas d'obtention d'une note au moins égale à

10 sur 20.

L'unité de formation C est évaluée par la validation des stages cliniques notés sur 20, en cas d'obtention

d'une note au moins égale à 10 sur 20.

III. – Pour chaque unité de formation non validée des deux phases définies aux articles 2 et 3 du présent

arrêté, une épreuve de rattrapage est organisée dans les trois mois qui suivent la première épreuve.

Les conditions de validation à l'issue de l'épreuve de rattrapage sont identiques à celles des premières épreuves.

En cas d'échec à l'issue des épreuves de rattrapage :

– l'obtention des unités de formation non validées est subordonnée au suivi des enseignements de chacune

d'elles et à la validation des épreuves de contrôle des connaissances ;

– le candidat peut tenter à deux reprises maximum et dans un délai maximum de trois ans la validation des

unités de formation non validées. Au-delà de ces conditions, l'étudiant doit repasser l'ensemble des unités

de formation de la phase d'enseignements théoriques des sciences fondamentales et biologie humaine.

Art. 5. – Les personnes titulaires d'un diplôme, titre, certificat ou autorisation d'exercer la profession de

médecin ou de masseur-kinésithérapeute sont dispensées de l'ensemble de la phase d'enseignements théoriques des sciences fondamentales et biologie humaine définie à l'article 2.

Les personnes titulaires d'un diplôme, titre, certificat ou autorisation d'exercer la profession de sage-femme ou d'infirmier sont dispensées des unités de formation 1, 2 et 6 de la phase d'enseignements théoriques des sciences fondamentales et de biologie humaine définie à l'article 2.

Les personnes titulaires d'un diplôme, titre, certificat ou autorisation d'exercer une autre profession de santé inscrites au livre Ier ou au titre Ier à VII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique sont dispensés de l'unité de formation 2 de la phase d'enseignements théoriques des sciences fondamentales et de biologie humaine définie à l'article 2.

Modalités d'agrément des établissements de formation

Art. 6. – Les établissements demandeurs de l'agrément mentionné au chapitre 3 du décret no 2007-437 du

25 mars 2007 susvisé, déposent leur dossier auprès de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales où siège l'établissement ou de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales à Mayotte.

Art. 7. – Les demandeurs de l'agrément adressent, par voie postale, avec demande d'avis de réception à la

direction régionale des affaires sanitaires et sociales compétente ou à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales à Mayotte, outre la fiche de dépôt de la demande d'agrément annexée au présent arrêté, un dossier en double exemplaire comportant les pièces suivantes :

1o Le *curriculum vitae* et l'extrait du casier judiciaire (bulletin no 2) de la personne morale responsable de

l'établissement ;

2o Les statuts de l'établissement de formation et sa capacité d'accueil actuelle ;

3o La description de l'ensemble des formations délivrées dans l'établissement concerné ;

4o Les preuves du respect des formalités et règles définies aux articles L. 731-1 à L. 731-17 du code de l'éducation ;

..

5o Les publicités et documents d'information (papiers, site internet,...) du public et des candidats sur la formation dispensée ;

6o La description des locaux et des matériels pédagogiques ;

7o L'avis de la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité relative à

l'établissement concerné et aux locaux destinés à la formation en ostéopathie ;

8o La description de la formation délivrée en ostéopathie : pré-requis pour l'entrée en formation, modes de

sélection, référentiel de formation (nombre d'heures, répartition des matières enseignées...) ;

9o Le projet pédagogique, les lieux de stage et tout élément concernant le tutorat des stages ;

10o La qualification de l'équipe pédagogique ;

11o La preuve de l'engagement dans une démarche d'évaluation de la qualité de l'enseignement ;

12o Le coût annuel de la formation, sa décomposition et les justificatifs.

Art. 8. – Une fois complets, la direction régionale des affaires sanitaires et sociales ou la direction

départementale des affaires sanitaires et sociales à Mayotte transmet les dossiers de demande d'agrément au secrétariat de la Commission nationale d'agrément prévue à l'article 6 du décret no 2007-437 du 25 mars 2007 susvisé.

Le ministre chargé de la santé notifie au demandeur, par lettre recommandée avec demande d'avis de

réception, sa décision motivée après avis de la commission précitée et dresse la liste des établissements agréés.

Cette liste distingue :

1o Les établissements réservés aux professionnels de santé inscrits au livre Ier et aux titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique ;

2o Les établissements ouverts aux non-titulaires d'un diplôme, certificats, titre ou autorisation leur permettant l'exercice d'une des professions de santé mentionnées au livre Ier et aux titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique.

Modalités de demande d'autorisation d'user du titre d'ostéopathe

Art. 9. – Les personnes visées à l'article 16 du décret no 2007-435 du 25 mars 2007 susvisé adressent, par

voie postale, avec demande d'avis de réception, au préfet de région ou au représentant de l'Etat à Mayotte un dossier en double exemplaire comportant les pièces suivantes :

1o Les éléments d'identification complète du candidat (nom, prénom, coordonnées, copie d'une pièce d'identité) ;

2o Une lettre de demande d'user du titre professionnel d'ostéopathe ;

3o Une attestation sur l'honneur qu'ils ont suivi toute la formation minimale prévue à l'article 1er du présent arrêté ;

4o Tous les justificatifs prouvant qu'ils ont effectivement suivi cette formation conforme aux dispositions

dudit article et le programme détaillé de la formation suivie ;

5o Le certificat ou titre délivré par l'établissement de formation attestant des connaissances acquises ;

6o La description détaillée de leur activité d'ostéopathe (date de début, type d'actes réalisés...) et tout

document justifiant de leur expérience d'ostéopathe.

Art. 10. – Le directeur général de la santé et la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au

Journal officiel

de la République française.

Fait à Paris, le 25 mars 2007.

XAVIER BERTRAND

7.3 Annexe 3 : Présentation des contre-indications liées aux manipulations cervicales selon différents auteurs. (ANAES , 2003)

	Osseuse	Neurologique	Vasculaire	Viscérale	Divers	Contre-indication relative
Gibbons, 2001 (177)	Infection (tuberculose) Métabolique (ostéomalacie congénitale) Dysplasie iatrogène (corticoïde à long terme) Inflammatoire (arthrite rhumatoïde) Traumatique (fracture)	cervicale Compression moelle (ou cauda equina) Compression nerf (déficit neurologique)	Insuffisance vertébrobasilaire Anévrisme Hémophilie		Diagnostic incomplet Pas de consentement du patient Position trop douloureuse	Réactions aux précédentes manipulations Hernie discale Arthrite inflammatoire Grossesse Spondylolisthésis Ostéoporose Traitement anticoagulant ou corticoïde Arthrose avancée et spondylolyse Vertige Dépendance psychologique aux manipulations Calcification de l'artère vertébrale

Di Fabio, 1999 (167)	Déformation osseuse congénitale Instabilité du rachis radio sur mouvement fonctionnel Arthrose ou inflammation articulaire Laxité articulaire		Test artère vertébrale		Femme durant post-partum Contraception orale Tabac Risques des manipulations en rotation, avec techniques de thrust et nombre de manipulations par séance	
----------------------	---	--	------------------------	--	--	--

Annexe 3 (suite)

	Osseuse	Neurologique	Vasculaire	Viscérale	Divers	Contre-indication relative
Vautravers 2000 (178)	Fracture Tumeur Infection Malformation Inflammation		Insufisance vertébrobasilaire	Sphère ORL Pulmonaire	Praticien compétent Pas en première intention Accord du patient Limité rotation Test prémanipulation (mise en tension cervicale) Alerter si trouble après manipulation	Déminéralisation osseuse Âge Anticoagulation Conflit discoradiculaire Déficit moteur ou sensitif

Shekelle, 1997 (175)	Signes radiologiques : infection osseuse, ossification périarticulaire				Risques des manipulations en rotation, avec techniques de thrust et nombre de manipulations par séance Signes généraux limitant la manipulation : âge supérieur à 65 ans, corticothérapie, cancer, perte de poids inexpliquée, sténose du foramen	
----------------------	--	--	--	--	--	--

Annexe 3 (fin)

	Osseuse	Divers
Shekelle, 1997 (175)	Signes radiologiques : infection osseuse, ossification périarticulaire	Risques des manipulations en rotation, avec techniques de thrust et nombre de manipulations par séance Signes généraux limitant la manipulation : âge supérieur à 65 ans, corticothérapie, cancer, perte de poids inexplicquée, sténose du foramen
Articles de synthèse Colon, 1992 (11) Hurwitz 1996 (159)		Diminution de l'effet positif immédiat avec le temps Facteurs : tabac, contraception traitements antérieurs sans résultats, absence de test de l'intégrité de l'artère avant la manipulation Repérage approximatif des étages mobilisés
Étude de cas Haynes, 1995 (176)		La manipulation cervicale en rotation vers la gauche entraîne une limitation du flux sanguin de l'artère vertébrale droite

7.4 Annexe 4 : Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé .

L'Assemblée Nationale et le Sénat ont adopté, Le Président de la République promulgue la

loi dont la teneur suit :

TITRE II

DEMOCRATIE SANITAIRE

Chapitre Ier

Droits de la personne

Article 3

Dans le titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre préliminaire ainsi rédigé :

« Chapitre préliminaire : Droits de la personne »

« Art. L. 1110-1. - Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ».

« Art. L. 1110-2. - La personne malade a droit au respect de sa dignité ».

« Art. L. 1110-3. - Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins ».

« Art. L. 1110-4. - Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ».

« Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé ».

« Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe ».

« Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'Informatique et des Libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale est obligatoire ».

« Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du

présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 Euros d'amende ».

« En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part ».

« Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès ».

Chapitre II

Droits et responsabilités des usagers

Article 11

Le chapitre Ier du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Chapitre Ier

« Information des usagers du système de santé
et expression de leur volonté

« Art. L. 1111-1. - Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose ».

« Art. L. 1111-2. - Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver ».

« Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules, l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser ».

« Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel ».

« La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission ».

« Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle ».

« Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé ».

« En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen ».

« Art. L. 1111-3. - Toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de

leur prise en charge. Les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie ».

« Art. L. 1111-4. - Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ».

« Le médecin doit respecter la volonté de la personne, après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables ».

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

« Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté ».

« Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables ».

« L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre ».

« Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions ».

« Art. L. 1111-5. - Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en oeuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix ».

« Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi no 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis ».

« Art. L. 1111-6. - Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions ».

« Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose

autrement ».

« Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci ».

« Art. L. 1111-7. - Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers ».

« Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa ».

« La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations ».

« A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur ».

« Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin ».

« En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L. 1110-4 ».

« La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents (fonction publique hospitalière)» art. 91

Article 78

Après l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6323-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 6323-2. - Afin de permettre une concertation sur toutes les dispositions réglementaires qui peuvent concerner les centres de santé, ainsi qu'une réflexion sur les projets innovants sanitaires et sociaux qu'ils pourraient mettre en place, il est créé une instance nationale présidée par le ministre chargé de la santé, regroupant notamment les représentants de l'Etat, des caisses nationales d'assurance maladie, des gestionnaires et des professionnels soignants des centres de santé ».

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions de fonctionnement ainsi que la liste des membres admis à participer aux travaux de cette instance nationale. »

Chapitre IV

Politique de prévention

Article 79

I. - Le titre Ier du livre IV de la première partie du code de la santé publique est complété par un chapitre VII ainsi rédigé :

« Chapitre VII

« Politique de prévention

« Art. L. 1417-1. - La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé ».

« La politique de prévention tend notamment :

« 1o A réduire les risques éventuels pour la santé liés aux multiples facteurs susceptibles de l'altérer, tels l'environnement, le travail, les transports, l'alimentation ou la consommation de produits et de services, y compris de santé »;

« 2o A améliorer les conditions de vie et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ;

« 3o A entreprendre des actions de prophylaxie et d'identification des facteurs de risque ainsi que des programmes de vaccination et de dépistage des maladies » ;

« 4o A promouvoir le recours à des examens biomédicaux et des traitements à visée préventive »;

« 5o A développer des actions d'information et d'éducation pour la santé »;

« 6o A développer également des actions d'éducation thérapeutique ».

8 Résumé.

Pour répondre à l'esprit de la loi du 4 mars 2002 qui rend le patient co-auteur et co-décideur de sa santé, les ostéopathes devront changer leurs pratiques professionnelles et passer d'un modèle de santé biomédical curatif à un modèle de santé global non positiviste. Quelle est l'incidence de l'ancienneté, du pays de formation, de l'expérientiel en termes de qualifications acquises antérieurement en formation initiale, formation continue ou universitaire sur l'approche des différents modèles et théories du praticien en sciences de l'éducation ?

Le travail de recherche proposé dans ce mémoire s'est fixé pour but d'évaluer la qualité de la prise en charge par l'ostéopathe du patient souffrant de cervicalgie commune en utilisant une méthode de recherche différentielle basée sur une enquête par questionnaire – et plus précisément le niveau de connaissances attendues dans certains champs des sciences de l'éducation (modèles de santé, théories de l'apprentissage, modèles de l'évaluation) indispensable à l'application de la loi du 4 mars 2002.

Les résultats montrent que les connaissances, savoir faire, attitudes de l'ostéopathe concernant la prise en charge du patient souffrant de cervicalgie commune sont très largement perfectibles. A l'heure où la profession est en pleine structuration, il paraît nécessaire d'une part de modifier les contenus des formations initiales et continues et d'autre part de modifier la formation des praticiens enseignants en écoles d'ostéopathie. Les sciences de l'éducation se profilent aujourd'hui comme un outil indispensable pour favoriser le changement de posture et amener les ostéopathes vers un savoir savant, en accord avec les directives ministérielles prônant une diminution des coûts humains et financiers de la santé .

Mots clefs :

Ostéopathie, modèles santé, modèles évaluation, théories apprentissage, cervicalgie commune.