



**HAL**  
open science

**Kinésithérapie et médecines alternatives ou complémentaires : étude qualitative réalisée auprès de kinésithérapeutes qui utilisent des médecines alternatives / complémentaires dans leur pratique de professionnel de santé**

Marine Djouzi

► **To cite this version:**

Marine Djouzi. Kinésithérapie et médecines alternatives ou complémentaires : étude qualitative réalisée auprès de kinésithérapeutes qui utilisent des médecines alternatives / complémentaires dans leur pratique de professionnel de santé. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04142102

**HAL Id: dumas-04142102**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04142102>**

Submitted on 26 Jun 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie Niçois

Mémoire présenté et soutenu par **Marine DJOUZI**

le 26 avril 2022

**KINESITHERAPIE ET MEDECINES ALTERNATIVES OU  
COMPLÉMENTAIRES :**

**Etude qualitative réalisée auprès de kinésithérapeutes qui utilisent des  
médecines alternatives / complémentaires dans leur pratique de  
professionnel de santé**

Axe de recherche n° 2 : Les soins primaires – évaluation des pratiques professionnelles en  
MK

Jury :

CHOPLIN Arnaud, PhD – HDR en Sciences de l'Éducation - Directeur de l'IFMKN

NENERT Patrick, Master Ingénierie de la Santé - Directeur de mémoire

## **Résumé**

La masso-kinésithérapie se tourne de plus en plus vers l'*Evidence Based Practice*, notamment en formation initiale. Cependant, de nombreux masseurs-kinésithérapeutes (MK) se forment à des médecines alternatives ou complémentaires (MAC) qui ne sont que très peu éprouvées par la science. Cette recherche a pour objectif de déterminer les raisons pour lesquelles les MK se forment aux MAC. Pour cela, nous avons interrogé cinq MK formés en MAC, quatre MK-ostéopathes et un ancien MK devenu microkinésithérapeute. D'après les MK, leur formation en MAC leur a permis d'acquérir de nouvelles connaissances. Ils s'accordent à dire que les MAC favorisent la prise en charge du patient dans sa globalité. Les MAC, notamment l'ostéopathie, leur apportent de l'efficacité dans leur traitement. Au cours des entretiens, nous avons remarqué une forte influence de la demande des patients ainsi que de leur entourage professionnel et personnel, sur l'intérêt des MK pour les MAC. Nous avons noté, chez les MK, une forte envie d'autonomie dans la prise en charge. L'intervention en première intention, permet aux MK de se désolidariser de la prescription médicale.

(176 mots)

Mots clés : médecine alternative, médecine complémentaire, masso-kinésithérapie, formation

## **Abstract**

Physiotherapy is increasingly involved with the Evidence Based Practice movement, especially in schools. However, many physiotherapists (PT) are choosing to use alternative or complementary medicines (CAM), which are not scientifically proven. The purpose of this study is to determine why PT use CAM in their daily practice. We decided to interview five PT that took a CAM training, four were trained in osteopathy and one was trained in micro-physiotherapy. PT say that their CAM training helped them gain new knowledge. For them, CAM promote a new way to take care of patients, the global rehabilitation. We noticed that patients had a huge impact on the PT's motivation to use CAM. PT's personal and professional circle influenced, also, the PT. We observed that PT had a strong desire of independence regarding the medical prescription.

(133 words)

Key words: alternative therapies, complementary therapies, physical therapy, CAM use

## **Abréviations utilisées**

CNU : Conseil National des Universités

MK : Masseur-Kinésithérapeute

MAC : Médecines Alternatives et Complémentaires

CNOMK : Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes

MIVILUDES : Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires

UE : Unités d'Enseignements

DEMK : Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapie

MAC : Médecines Alternatives / Complémentaires

EBP : *Evidence Based Practice*

QDT : Questionnaire Différentiel Théorisé

## Table des matières

1.	Introduction .....	1
1.1.	Contexte : .....	1
1.2.	La masso-kinésithérapie : .....	1
1.3.	Les médecines alternatives et complémentaires : .....	3
1.3.1.	Définition des médecines alternatives et complémentaires : .....	3
1.3.2.	Régulation des MAC à l'échelle européenne et nationale.....	5
1.3.3.	Formation aux MAC pour les professionnels de santé.....	5
1.4.	Enjeux : .....	5
1.5.	Aspects philosophiques du sujet : .....	6
1.5.1.	L'éthique des vertus .....	6
1.5.2.	L'éthique du devoir .....	7
1.5.3.	L'utilitarisme.....	7
1.5.4.	Principes communs .....	8
1.6.	Analyse de la littérature : .....	8
1.6.1.	Revue de littérature : .....	8
1.6.2.	Synthèse de la revue de littérature : Les raisons pour lesquelles les professionnels de santé se tournent vers les MAC : .....	13
1.6.3.	Synthèse de la revue de la littérature : Les raisons pour lesquelles les patients se tournent vers les MAC : .....	16
1.7.	Problématique, objectif et contribution du mémoire : .....	18
2.	Méthodologie .....	20
2.1.	Choix méthodologique : .....	20
2.2.	Description de la méthodologie : .....	22
2.2.1.	Population étudiée : .....	22
2.2.2.	Elaboration du guide d'entretien : .....	22
2.2.3.	Taille du corpus : .....	25
2.2.4.	Aspects administratifs : .....	26
2.2.5.	Pré-tests : .....	26
2.2.6.	Déroulement des entretiens : .....	26
2.2.7.	Préanalyse et retranscription : .....	26
2.3.	Choix du type d'analyse : .....	27
3.	Résultats : .....	29
3.1.	Premier entretien : .....	29
3.1.1.	Informations générales : .....	29
3.1.2.	Analyse fréquentielle et thématique : .....	29
3.1.3.	Analyse des biais dans le discours : .....	30
3.2.	Deuxième entretien : .....	31

3.2.1.	Informations générales : .....	31
3.2.2.	Analyse fréquentielle et thématique : .....	31
3.2.3.	Analyse des biais dans le discours : .....	32
3.3.	Troisième entretien : .....	33
3.3.1.	Informations générales : .....	33
3.3.2.	Analyse fréquentielle et thématique : .....	33
3.3.3.	Analyse des biais dans le discours : .....	35
3.4.	Quatrième entretien : .....	35
3.4.1.	Informations générales : .....	35
3.4.2.	Analyse fréquentielle et thématique : .....	35
3.4.3.	Analyse des biais dans le discours : .....	36
3.5.	Cinquième entretien : .....	37
3.5.1.	Informations générales : .....	37
3.5.2.	Analyse fréquentielle et thématique : .....	37
3.5.3.	Analyse des biais dans le discours : .....	39
3.6.	Dans l'ensemble : .....	39
4.	4. Discussions : .....	41
4.1.	Synthèse de l'analyse .....	41
4.2.	Réponses à la dernière question d'ordre déontologique.....	43
4.3.	Mise en relation entre les résultats et la littérature.....	45
4.4.	Limites de la méthode .....	47
4.4.1.	La littérature .....	47
4.4.2.	La constitution de l'échantillon.....	48
4.4.3.	Les entretiens .....	48
4.4.4.	La retranscription et l'analyse.....	49
4.5.	Conclusion.....	50
4.6.	Perspectives.....	52
	Bibliographie : .....	
	Annexe I : Fiche d'informations et de recueil de consentement .....	
	Annexe II : Retranscription de l'entretien avec le MK n° 1 .....	
	Annexe III : Tableau de synthèse d'analyse de l'entretien n°1 .....	
	Annexe IV : Retranscription de l'entretien avec le MK n° 2 .....	
	Annexe V : Tableau de synthèse d'analyse de l'entretien n°2 .....	
	Annexe VI : Retranscription de l'entretien avec le MK n° 3 .....	
	Annexe VII : Tableau de synthèse d'analyse de l'entretien n°3 : .....	
	Annexe VIII : Retranscription de l'entretien avec le MK n° 4 .....	
	Annexes IX : Tableau de synthèse d'analyse de l'entretien n°4 : .....	

Annexe X : Retranscription de l'entretien avec le MK n° 5 .....  
Annexes XI : Tableau de synthèse d'analyse de l'entretien n°5 : .....

## Table des figures et des tableaux :

Figure 1 - Diagramme de flux selon PRISMA.....	13
Figure 2 - Répartition des occurrences de l'entretien n°1 .....	29
Figure 3 - Répartition des occurrences de l'entretien n°2 .....	32
Figure 4 - Répartition des occurrences de l'entretien n°3 .....	33
Figure 5 - Répartition des occurrences de l'entretien n°4 .....	35
Figure 6 - Répartition des occurrences de l'entretien n°5 .....	38
Figure 7 - Répartition globale des occurrences.....	40

Tableau 1 - Termes MeSH français et anglais pour « MAC » .....	9
Tableau 2 - Termes MeSH français et anglais pour « MK ».....	9
Tableau 3 - Termes MeSH français et anglais pour « motivation ».....	10
Tableau 4 - Termes MeSH français et anglais pour « utilisation » .....	10
Tableau 5 - Résultats obtenus lors de la deuxième revue de littérature .....	11
Tableau 6 - Catégorisation a priori.....	23
Tableau 7 - Guide d'entretien.....	24



## **Introduction**

### **1.1. Contexte :**

Le 30 octobre 2019, trois sections du Conseil National des Universités (CNU) ont été créées par décret [1]. Parmi elles, la section 91 est dédiée aux « *Personnels enseignants-chercheurs en sciences de la rééducation et de la réadaptation* » [2]. Cette avancée est historique pour la masso-kinésithérapie. Selon, le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CNOMK) cette voie vers l'universitarisation va permettre à la masso-kinésithérapie de « *combler le retard accumulé par la France en termes de production scientifique dans des domaines porteurs d'innovation tels que la rééducation* » [3].

Parallèlement à ce mouvement d'universitarisation, nous avons observé une tendance croissante à la formation des masseurs-kinésithérapeutes (MK) aux médecines alternatives ou complémentaires (MAC). Ces MAC sont peu voire non éprouvées par la science [4].

Il y a décalage entre les volontés des hautes instances qui régissent la pratique de la masso-kinésithérapie et les désirs de formation des MK. C'est cette ambivalence qui a motivé notre projet de recherche.

Dans les deux prochaines parties, nous présentons les deux thèmes principaux de ce travail de mémoire : la masso-kinésithérapie et les médecines alternatives ou complémentaires.

### **1.2. La masso-kinésithérapie :**

Certaines techniques utilisées en kinésithérapie, proviennent des Temps Antiques. Les Romains et les Grecs, utilisaient le massage, la culture physique et le thermalisme, par exemple. L'essor de la kinésithérapie apparaît lors de la Première Guerre Mondiale (1914-1918), au moment où des soldats reviennent mutilés du front. Le besoin de rééducation médicale et de réhabilitation est alors criant. On ne parle pas encore de kinésithérapie mais de « *mécanothérapie* ». En 1923, est créé le diplôme d'infirmier masseur. Parallèlement, une autre profession se développe, celle de professeur de gymnastique médicale, ils sont notamment sollicités pour traiter des patients atteints de scolioles. Ainsi lors de la Seconde Guerre Mondiale (1939-1945), deux diplômes sont créés, celui de masseur médical et celui de moniteur de gymnastique [5]. La masso-kinésithérapie est créée en 1946, au lendemain de la guerre, par la loi par loi n ° 46-857 du 30

avril 1946. Cette loi réserve notamment la pratique du massage et de la gymnastique médicale aux MK et crée le Diplôme d'Etat en masso-kinésithérapie également [6].

Les CHU amenés par les lois Debré en 1958, permettent l'entrée des MK à l'hôpital. En effet, aux prémices de la kinésithérapie, les MK ont une activité essentiellement libérale. Cette intégration dans le milieu hospitalier apporte des bénéfices considérables à l'hôpital grâce à l'apport du savoir-faire des MK dans des secteurs médicaux différents, comme la pneumologie [5].

Aujourd'hui, la formation initiale en masso-kinésithérapie est réglementée. Elle est validée par l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute (DEMK) et par la réalisation d'un travail de mémoire de recherche de fin d'études [7].

La loi du 4 mars 2002, crée le Conseil National de l'Ordre pour les MK. D'après l'article L. 4391-2, ce conseil contribue à « *l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins dispensés* ». Il a pour mission, d'évaluer la pratique professionnelle et d'informer les MK. La profession de MK est régie par un code de déontologie [8].

Par un décret de 2008, ce code de déontologie régit la profession de MK. L'article R.4321-80 stipule : « *dès lors [que le MK] a accepté de répondre à une demande, [il] s'engage personnellement à assurer au patient des soins consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science* ». L'article R.4321-59, confirme que le MK est « *libre de ses actes* ». Cependant, le MK se doit de restreindre ses actes « *à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins* ». L'article R.4321-87 souligne que le MK « *ne peut conseiller et proposer au patient et à son entourage, comme étant salubre ou sans danger, un produit ou un procédé, illusoire ou insuffisamment éprouvé* » [9]. Ainsi, dans sa prise en charge, le MK est soumis à une obligation de moyens, c'est-à-dire qu'il a le devoir de mettre en œuvre toutes les techniques à sa disposition dans le but d'atteindre l'objectif de la prise en charge. Les techniques utilisées doivent être suffisamment éprouvées par la science avant d'être proposées aux patients [10]. Tous ces articles définissent un cadre strict aux MK alors qu'il n'en est pas de même pour les professionnels qui dispensent des MAC.

Certaines médecines alternatives / complémentaires (MAC) ont été étiquetées comme « *non conformes au code de déontologie* » car elles constituent un risque de dérives thérapeutiques.

Une dérive thérapeutique est définie comme « *une pratique non fondée sur les données actuelles de la connaissance scientifique et/ou sur des travaux de méthodologie rigoureuse et contrôlée, effectués par des expérimentateurs indépendants de tout intérêt lucratif quelconque.* » [10]. Parmi elles, la fasciathérapie, la microkinésithérapie, la kinésiologie, la biokinergie et l'ostéopathie crânienne ont fait l'objet d'un avis défavorable du CNOMK (7-11).

Enfin, l'article R.4321-62 du code de déontologie, insiste sur le devoir que le MK a d'entretenir et d'actualiser ses connaissances par le biais de la formation continue ou développement professionnel continu [9]. Aujourd'hui, il subsiste une ambiguïté sur ce point-là ; en effet, il n'est pas rare, que sur des sites proposant des formations complémentaires aux MK, de retrouver des formations à des MAC, alors que certaines d'entre elles sont interdites par le CNOMK... D'ailleurs, un peu moins de deux mille structures de formations dites « *à risque* » de dérives thérapeutiques, ont été recensées dans le secteurs de la santé [10].

En conclusion, seule la masso-kinésithérapie s'insère au mouvement d'*Evidence Based Practice* (EBP), c'est-à-dire la pratique basée sur les preuves scientifiques.

Dans la partie suivante, nous définissons ce que représentent les médecines alternatives et complémentaires, leur réglementation et les modalités de formation.

### **1.3. Les médecines alternatives et complémentaires :**

#### **1.3.1. Définition des médecines alternatives et complémentaires :**

Aujourd'hui, nous pouvons dénombrer plus de quatre cent pratiques non conventionnelles à visées thérapeutiques [10]. De nombreux termes sont utilisés pour les qualifier : thérapies ou médecines alternatives / complémentaires, médecines parallèles, médecines douces, médecines holistiques ... Dans ce travail, nous allons utiliser le terme de médecines alternatives / complémentaires car il est le plus utilisé, notamment par les instances internationales. Nous définissons les médecines alternatives et complémentaires (MAC) tel que le projet CAMbrella [14], piloté par l'Union Européenne entre 2010 et 2012, le conseille : « *une variété de différents systèmes médicaux et de thérapies basées sur les connaissances, les compétences et les pratiques dérivées de théories, philosophies et expériences utilisées pour maintenir et améliorer la santé, ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, soulager ou traiter des pathologies mentales ou physiques* ». Selon le ministère des Solidarités et de la Santé, une partie de ces MAC auraient une certaine efficacité sur le traitement de certains symptômes, mais cette

efficacité est peu, voire non démontrée à l'heure actuelle. Le réel problème que soulèvent ces méthodes est que certaines, si elles sont privilégiées au détriment d'un traitement médical efficace, représentent alors une perte de chance pour le malade [4].

Certaines MAC sont intégrées dans notre système de santé. Le Tai-Chi par exemple, art martial chinois, est utilisé dans la prise en charge des patients parkinsoniens [15]. L'hypnose, également, est largement utilisée pour la gestion de la douleur, dans les centres anti-douleurs par exemple [16]. Ces MAC sont pratiquées dans le cadre d'une prise en charge, encadrées par des professionnels de santé, ce qui atténue leur potentiel de dérive.

Une revue systématique, datant de 2013, a pour but d'évaluer la prévalence d'utilisation des MAC par les patients au Royaume Uni. La conclusion a montré que les cinq MAC les plus utilisées durant cette dernière décennies étaient : la phytothérapie, l'aromathérapie, l'homéopathie, le massage et la réflexologie [17].

La France, au cours des dix dernières années, a connu l'arrivée en masse de techniques visant, au départ, le champ du bien-être mais qui se sont petit à petit étendues au domaine de la santé [18]. Il est estimé qu'aujourd'hui, dans la population européenne, plus de cent millions de personnes utilisent des MAC [19]. En France, il est estimé que quatre personnes sur dix ont recours à des MAC [20]. Ainsi, ces dernières prennent une place croissante dans l'offre de soins...

Ces MAC, même si elles ne constituent pas toutes une dérive thérapeutique, revêtent tout de même des caractéristiques d'alerte communes, répertoriées par le CNOMK : une MAC se revendiquant d'une époque lointaine et/ou d'un lieu exotique. Une MAC qui affiche affichant une position contestataire vis-à-vis de la médecine conventionnelle. Une MAC qui affiche des fondements basés sur des alternatives à des vérités scientifiques démontrées ou des hypothèses non vérifiables avec le rôle prépondérant d'entités invisibles, d'énergies ou encore de fluides. Une MAC dont les théories n'évoluent pas au cours du temps. Une MAC construite sur une absence totale d'études scientifiques rigoureuses et donc une théorie essentiellement basée sur de l'empirisme. Et pour finir, des MAC qui font appel à des gourous, des maîtres qui font office d'autorité, et qui n'acceptent pas les limites de leur théorie [10].

### **1.3.2. Régulation des MAC à l'échelle européenne et nationale**

A l'échelle européenne, il n'y a pas d'approche coordonnée des pays quant à la régulation des MAC. Chaque pays possède ses propres lois. Les produits homéopathiques et phytothérapiques font exception [14]. Trois directives européennes encadrent la procédure d'autorisation de mise sur le marché de ces produits [21]. En France, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament participe à l'application de ces directives, selon l'article L5311-1 du Code de Santé Publique [22].

Une telle harmonisation de la réglementation au niveau européen est nécessaire concernant la pratique de toutes les MAC [14].

En France, par l'arrêté du 3 février 2009 [23], un groupe d'appui technique sur les pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique a été formé. Il a pour mission le suivi des MAC et l'évaluation de leur potentielle dangerosité.

### **1.3.3. Formation aux MAC pour les professionnels de santé**

Les MAC ne s'enseignent pas à l'Université, cependant certaines Unités de Formation et de Recherches de médecine proposent des Diplômes Universitaires (D.U) et des Diplômes Inter Universitaires (D.I.U) permettant aux professionnels de santé de s'y former en formation continue. A Nice, par exemple, au sein de l'Université Côte d'Azur, il est possible, en tant que professionnel de santé, d'obtenir un D.U d'hypnose thérapeutique ou un D.U de phytothérapie et d'aromathérapie [24].

Le CNOMK, qui règlemente les plaques professionnelles, autorisent les MK à inscrire certains D.U et D.I.U sur leur plaque. Ces diplômes sont examinés par le CNOMK, qui peut ensuite les inclure à sa liste de diplômes reconnus [25]. Dans cette liste, il y a - entre autres - le D.I.U de médecine manuelle et ostéopathie de Dijon et le D.U d'hypnose médicale de Toulouse [26].

Les MAC sont dans une position ambivalente. Entre intégration dans le système de santé et dérives thérapeutiques, la frontière semble mince.

## **1.4. Enjeux :**

La kinésithérapie adopte l'EBP, une démarche conciliant trois concepts : l'expérience clinique, l'information scientifique et l'aspiration des patients [27].

Or, nous constatons une recrudescence de la formation et de l'utilisation des MAC chez les MK qui semblent suivre l'intérêt de la population générale.

Ce paradoxe met en exergue la pertinence de notre projet de recherche. Pourquoi, alors que la profession s'engage dans une voie pavée d'EBP, les MK s'intéressent-ils de façon croissante aux MAC ?

Concernant les enjeux de cette représentation des MAC dans le domaine de la santé, le rapport d'activité 2016 de la Mission Interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (MIVILUDES) est clair : les professionnels de santé s'inquiètent énormément « *de la mise en place d'un parcours parallèle proposé aux malades par des pseudo-praticiens sans formation, qui ne s'appuient pas sur une démarche scientifique.* » [18]. Depuis le 14 décembre 2015 le CNOMK s'est associé avec la MIVILUDES afin de veiller sur ses dérives thérapeutiques [10].

### **1.5. Aspects philosophiques du sujet :**

Cette thématique réunissant les MK et les MAC constitue donc une question brûlante qui interroge profondément l'éthique et la déontologie. C'est pour cela, qu'il nous a semblé pertinent, avant d'analyser la littérature, de faire un tour d'horizon sur les fondements de cette éthique issue de la réflexion des grands penseurs au travers des siècles. Voici le cours de nos réflexions.

#### **1.5.1. L'éthique des vertus**

Tout d'abord, Aristote, en fervent eudémoniste, nous dit que le Bonheur est au centre de l'éthique. Selon lui « *un cheval est un bon cheval, non seulement lorsqu'il a tout ce qu'il faut pour être un bon cheval, mais lorsqu'il sert bien son cavalier pour la course et pour faire face à l'ennemi* ». Ainsi, le cheval est bon par l'application de ses capacités et non simplement par celles-ci.

Dans son ouvrage *Ethique à Nicomaque* [28], Aristote définit la vertu comme « *une disposition à agir d'une façon délibérée, consistant dans une moyenne relative à nous, laquelle est rationnellement déterminée et comme la déterminerait l'homme prudent* ». Il introduit une notion fondamentale dans l'éthique des vertus qu'est la prudence.

Il est raisonnable de penser que l'évolution de nos sociétés depuis l'époque d'Aristote a fortement impacté la conception de l'éthique.

Pour Nietzsche, la vraie morale vient d'une très grande exigence envers nous-même : « *Je vous enseigne le Surhumain. L'homme est quelque chose qui doit être surmonté.* ». Ici, les vertus servent donc à l'homme à se surpasser et non à s'accomplir comme le pensait Aristote. Le risque, pour Nietzsche, c'est que les hommes renoncent à appliquer ces vertus puisqu'elles nécessitent de grands efforts [29]...

### **1.5.2. L'éthique du devoir**

Pour Emmanuel Kant, lorsque l'homme entreprend une action, ce qui compte c'est l'intention de celle-ci. Dans son œuvre de 1785, *Fondements de la Métaphysique des mœurs* [30], il écrit : « *De tout ce qu'il est possible de concevoir dans le monde, et même général hors du monde, il n'est rien qui puisse sans restriction être tenu pour bon, si ce n'est seulement une bonne volonté* ».

Ainsi, Kant met en opposition deux types d'impératifs : l'impératif hypothétique, c'est le fait de réaliser une action par intérêt ; et l'impératif catégorique qui est, lui, désintéressé. Selon Kant, cet impératif catégorique est notre devoir en tant qu'homme et il doit être respecté dans n'importe quelle circonstance. Kant pense que la raison humaine est une volonté exigeant de faire ce qui est bien, c'est le devoir inhérent à l'humanité qui est en nous tous. Donc, nous avons une exigence éthique à respecter l'humanité qui se trouve chez autrui. Ainsi, chez Kant, il faut donner priorité à notre devoir moral [30].

L'éthique de Kant, va susciter de vives critiques par son côté catégorique et donc non négociable. En ce sens, Constant, s'oppose à l'éthique de Kant. Il ne s'intéresse pas à la volonté de l'action mais à ses conséquences [31]. C'est le propre du prochain courant philosophique qui suit, l'Utilitarisme.

### **1.5.3. L'utilitarisme**

Jeremy Bentham, considère qu'une action est bonne par ses conséquences : « *Je suis appelé à considérer les actions humaines uniquement par leurs effets en bien ou en mal.* ». Donc pour évaluer si une action est bonne ou mauvaise il faut faire la somme des peines et des plaisirs, s'il y a plus de plaisirs que de peines, cela indique que l'action est bonne [32].

L'utilitarisme suscite, néanmoins, des controverses, notamment car il suppose l'ensemble des plaisirs et des peines sont commensurables, c'est-à-dire que soustraire une peine ou ajouter un plaisir reviendrait au même. Bentham adopte un raisonnement purement mathématique qui semble limité.

John Stuart Mill apporte des modifications à l'Utilitarisme de Bentham. Tout d'abord, la fin visée ne change pas, c'est toujours le Bonheur du plus grand nombre qui prime [33].

Cependant, il y a des Bonheurs égoïstes, qui ne profitent qu'à une seule personne et peuvent même nuire à autrui. Ainsi, le Bonheur personnel d'un individu n'est pas au premier plan, mais celui-ci doit être en accord avec les principes d'un Bonheur général. Mill nous dit qu'« [Il faut] donner la place qui convient, parmi les nécessités premières du bien être humain, à la culture personnelle de l'individu ». Mill nous parle ici de la place de l'Homme cultivé dans la société. L'Homme qui s'est élevé et qui s'est éduqué ne peut être que bénéfique pour la société car il cherche à être vertueux. Une société éthique s'obtiendrait donc simplement, en augmentant le nombre d'individus qui s'éduquent et qui s'élèvent à la poursuite de la vertu, avant celle de leur propre Bonheur [34].

#### **1.5.4. Principes communs**

Malgré les différences flagrantes qui résident au sein de ces trois courants philosophiques, il nous a paru pertinent de noter les similitudes que nous avons retrouvées.

D'abord, ces trois courants s'accordent sur le fait que l'Homme doit agir et cette action se base sur sa raison. Evidemment cette raison n'est pas définie de la même manière. Pour Aristote, la prise de décision émerge d'une pesée prudentielle. Pour Kant, la raison est un impératif, un devoir qui est présent en chacun de nous. Pour les Utilitaristes c'est une pesée d'intérêts afin de maximiser le Bonheur du plus grand nombre qui fait aboutir à une prise de décision.

La thèse commune est la suivante : l'éthique s'obtient après un certain travail sur soi. Pour Aristote, le travail réside dans l'exercice de la prudence, pour Kant, l'Homme doit écouter son devoir intérieur d'être Juste. Pour les Utilitaristes, l'éthique réside dans la réalisation de soi dans une société Juste où le Bonheur du plus grand nombre prévaut.

Après cet aperçu de l'aspect philosophie de notre sujet, nous vous proposons d'examiner notre processus de revue de la littérature, dans la partie suivante.

### **1.6. Analyse de la littérature :**

#### **1.6.1. Revue de littérature :**

Nous avons réalisé une revue de la littérature. Une revue de littérature représente « l'état de l'art d'un domaine donné à un moment donné », elle constitue donc une synthèse et une critique des ressources bibliographiques à disposition [35].



Cette revue de la littérature avait pour but de déterminer les raisons pour lesquelles les MK se tournent vers l'utilisation des MAC.

Il nous a fallu, dans un premier temps, définir nos mots-clés. Nous avons utilisé les *MeSH Terms* fournis par la base de données Medline Pubmed®, les voici ci-dessous :

*Tableau 1 - Termes MeSH français et anglais pour « MAC »*

Concept	Médecines alternatives et complémentaires
Descripteur MeSH français	Thérapies complémentaires
Descripteur MeSH anglais	Complementary therapies
Termes MeSH français	MAC/ Thérapies alternatives / médecine alternative / médecine complémentaire / Médecines alternatives et complémentaires / traitement alternatif / traitement non conventionnel / thérapies non conventionnelles / médecine non conventionnelle / médecine parallèle / Médecine douce
Termes MeSH anglais	CAM /Alternative therapies / alternative medicine / medicine, alternative / alternative, therapy / alternative, therapies / complementary therapy / complementary medicine / medicine, complementary / therapies, complementary / therapy, complementary

*Tableau 2 - Termes MeSH français et anglais pour « MK »*

Concept	Masseur-kinésithérapeute
Descripteur MeSH français	Kinésithérapeute
Descripteur MeSH anglais	Physical therapists
Termes MeSH français	MK / Physiothérapeute / kiné / masseur kinésithérapeute /

Termes MeSH anglais	Physical therapist / physiotherapist / physiotherapists / therapist, physical / therapists, physical /
---------------------	--

*Tableau 3 - Termes MeSH français et anglais pour « motivation »*

Concept	Motivations
Descripteur MeSH français	Motivation
Descripteur MeSH anglais	Motivation
Termes MeSH français	Effet incitatif / encouragement / facteur incitatif / stimulation
Termes MeSH anglais	Incentive / incentives

*Tableau 4 - Termes MeSH français et anglais pour « utilisation »*

Concept	Utilisation
Descripteur MeSH français	Utilisation
Descripteur MeSH anglais	Utilization
Termes MeSH français	Emploi /
Termes MeSH anglais	Use / usage

La première revue de la littérature s'est déroulée entre septembre et novembre 2020. Pour celle-ci nous n'avons utilisé que le moteur de recherche Google Scholar® ainsi que Medline Pubmed®.

Nous avons étendu notre deuxième revue de la littérature, réalisée entre janvier et mars 2021, à d'autres moteurs de recherche comme LiSSa® (Littérature Scientifique en Santé) et aussi ScienceDirect® (Elsevier). Nous avons également modifié notre équation de recherche.

Nous vous présentons, ci-dessous, un tableau récapitulatif des résultats finaux :

Tableau 5 - Résultats obtenus lors de la deuxième revue de littérature

Moteur de recherche	Equation de recherche	Nombre d'articles proposés	Sélection après tri selon les titres / abstract	Sélection finale
Google Scholar® (en français)	kinésithérapeutes ET "thérapies complémentaires" ET motivation ET utilisation	90 dont : 19 mémoires 25 thèses 2 doublons 3 publiés sans accès au texte original	10	10
Google Scholar® (en anglais)	"physical therapists" AND "complementary therapies" AND motivation AND utilization	822		
LiSSa®	kinésithérapeutes ET "thérapies complémentaires" ET motivation	3	1	0
Medline PubMed®	"physical therapists" AND "complementary therapies" AND motivation AND utilization	0	-	-

	"physical therapists" AND "complementary therapies" AND utilization	8 dont : 1 sans accès au texte original	4	2
Science Direct®	"physical therapists" AND "complementary therapies" AND motivation AND utilization	33 dont : 1 doublon 1 sans accès au texte original	12	0

Face à ces résultats, nous avons commencé par effectuer un tri *via* la pertinence des titres et des *abstracts* des articles, en éliminant ceux hors sujet. Ensuite, nous avons effectué un tri rigoureux en appliquant des indicateurs préalablement définis. Ces indicateurs étaient :

- L'adéquation avec le sujet de recherche ;
- Le classement du journal dans le premier quartile (Q1) de la liste du Scimago Journal & Country Rank® ;
- La crédibilité et la pertinence des auteurs ;
- La déclaration ou l'absence de conflits d'intérêts des auteurs ;
- La lecture critique de l'article ;
- Enfin, une période de revue par les pairs avant publication.

Après ces deux phases de sélection, nous avons extrait les métadonnées des articles pertinents pour notre recherche dans un tableur. Nous avons organisé nos références bibliographiques à l'aide du logiciel Zotero®.

Enfin, nous avons mis en place des alertes sur les moteurs de recherche utilisés, afin d'établir une veille bibliographique.

Nous vous présentons, ci-dessous, un diagramme de flux retraçant le processus de sélection des ouvrages :

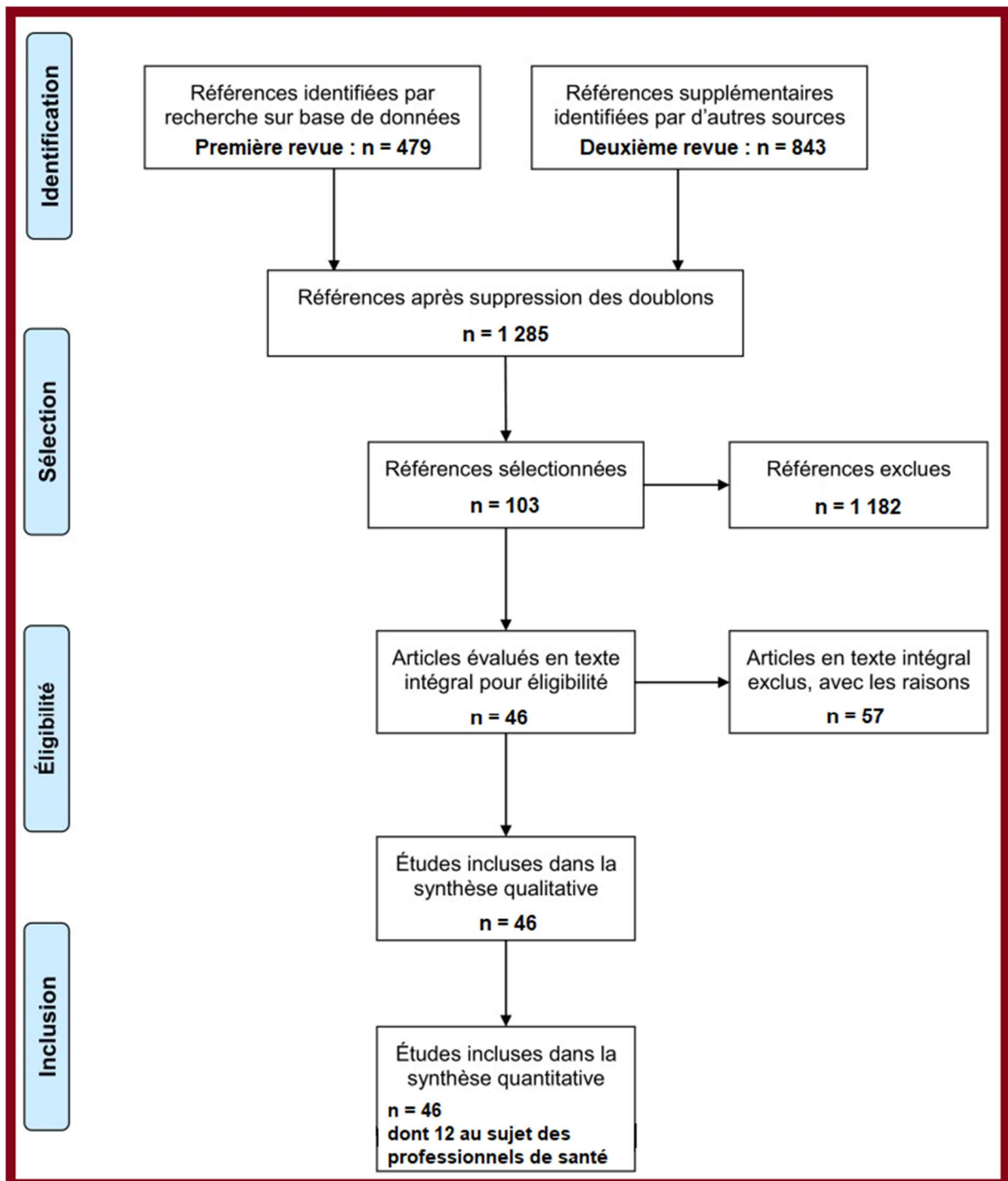


Figure 1 - Diagramme de flux selon PRISMA

Les parties suivantes donnent un aperçu des résultats de notre revue de la littérature.

### 1.6.2. Synthèse de la revue de littérature : Les raisons pour lesquelles les professionnels de santé se tournent vers les MAC :

L'argument le plus fréquemment cité quant à l'utilisation des MAC par les professionnels de santé, est l'effet psychologique bénéfique apporté aux patients. Cela a été mentionné pour l'acupuncture et les massages dans le traitement de la lombalgie [36] ; de la douleur chronique

[37] ; pour l'utilisation du Tai-Chi et du yoga dans la prise en charge de la maladie de Parkinson [15] ; dans l'utilisation de l'hypnose en kinésithérapie respiratoire, notamment lorsque les symptômes ont une part psychologique importante [38] ; ainsi que dans l'utilisation du Pilates par les kinésithérapeutes [39]. La diminution du stress est l'un des motifs principaux de recours aux MAC par les généralistes selon la thèse soutenue par Anne Leubeugle en 2020 [40].

Nous constatons également l'introduction de MAC pratiquées par des membres du personnel soignant, à l'hôpital, notamment la sophrologie, l'acupuncture, l'hypnose... Cela est particulièrement vrai dans les services de soins palliatifs et d'oncologie [41].

Le deuxième argument cité par les professionnels qui se tournent vers l'utilisation des MAC, est l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire et d'une approche holistique du patient. Notamment dans le traitement de la lombalgie [36] ; et dans la maladie de Parkinson [15].

Deux articles [15][38] montrent que des MAC, comme l'hypnose ou le Tai-Shi, améliorent le « *lien corps-esprit* ». Ce type de thérapies favorise le bien-être mental qui se répercute sur le bien-être physique. Ce mécanisme s'expliquerait par une stimulation du système parasympathique qui engendre un effet anti-stress. [42]. Le Docteur Ran D. Anbar dans son article [38] propose des séances d'hypnose à des enfants atteints de maladies respiratoires pour calmer leur dyspnée. Les bienfaits en termes de relaxation de l'hypnose minorent la sensation de dyspnée chez ces patients.

Un autre argument mentionné par seulement deux articles [36][43], est celui de l'engouement des patients pour une expérience différente, moins traditionnelle. En effet, l'insistance des patients concernant l'utilisation des MAC concourt à la mise en place d'une prise en charge par une MAC chez les généralistes, et les MK.

Une étude réalisée en 2020 par Ostermaier et al. [44], à propos des généralistes allemands, a conclu qu'ils utilisent des MAC pour leurs patients, en complément de la médecine conventionnelle. Cela est particulièrement vrai lorsque leurs patients se trouvent dans une impasse thérapeutique, avec des traitements médicaux inefficaces. Ces généralistes soulignent également que les MAC permettent d'aborder leurs patients de façon plus individuelle et personnalisée. Les généralistes interrogés dans le travail de thèse cité précédemment [40] évoquent également l'intérêt des MAC en tant qu'apport de nouveaux outils thérapeutiques pour la prise en charge de leurs patients.

A propos des généralistes, ils semblent plus sensibles aux MAC que les médecins spécialistes. Globalement, les études témoignent d'attitudes favorables des médecins envers les MAC, même s'ils soulignent le besoin d'études scientifiques rigoureuses pour attester de leurs effets. Un comportement positif concernant les MAC, semblerait constituer un facteur prédictif d'une intention d'utiliser celles-ci dans leur pratique professionnelle [45].

Un argument mentionné par Hughes et al. [36] concernant l'utilisation des MAC par les MK dans le traitement de la lombalgie, est l'efficacité. En effet les MK, considèrent l'acupuncture et les massages comme efficaces pour le traitement des symptômes de leurs patients lombalgiques, c'est la raison de leur utilisation. C'est également le cas dans une étude récente de Ijaz et al.[46], publiée en octobre 2021, quatre-vingt-quinze pourcent des MK canadiens interrogés déclarent utiliser le *dry-needling* comme traitement efficace contre les pathologies musculosquelettiques.

Dans son livre paru en 2003, Jean Brissonnet [47], physicien appliqué et membre du Cercle de Zététique, mentionne, lui aussi, les raisons pour lesquelles les professionnels de santé se font « *complices* » de « *l'infiltration* » des MAC dans le système de santé. Dans un premier temps, il mentionne clairement la possible « *naïveté* » ou encore « *l'incompétence* » des soignants ; ensuite il cite « *la recherche de clientèle* » ainsi que l'« *appât du gain* ». Il nomme pour dernier moteur « *la gratification* » des compétences du professionnel de santé. Pour Brissonnet, les professionnels de santé formés aux MAC considèrent avoir un arsenal thérapeutique plus étayé que leurs confrères non-initiés. Dans l'étude de Ijaz et al. [46], la moitié des MK canadiens déclarent qu'en intégrant le *dry-needling*, ils attireraient plus de patients. Trente pourcents des MK admettent parfois préférer le *dry-needling* à une technique manuelle de kinésithérapie, pour s'économiser. Le *dry-needling* n'est pas une technique fatigante pour les mains comme peut l'être le massage par exemple. Trois quarts des MK déclarent être plus satisfaits de leur prise en charge depuis qu'ils ont intégré le *dry-needling* à leur pratique.

Une étude qualitative menée en 2002 par Schoenberger et al. [48] conclue que les facteurs prédictifs de l'usage professionnel des MAC seraient : le sexe féminin, l'âge mûr, la profession d'infirmière ou d'ergothérapeute, l'attitude positive vis-à-vis des MAC ainsi que leur utilisation personnelle. Dans cette étude, les kinésithérapeutes étaient moins favorables à l'utilisation de la méditation et de la prière comparés aux infirmières et aux ergothérapeutes.

Concernant l'utilisation personnelle des MAC par les professionnels de santé, une étude [49] qualitative par questionnaire auprès d'infirmières met en évidence comme choix d'utilisation

des MAC : une adéquation des MAC avec leur philosophie de vie ; la volonté de l'amélioration de leur état de santé globale ; ainsi que des preuves scientifiques des effets bénéfiques des MAC pour traiter leur condition ... Schoenberger et al. [48] ont également exploré l'utilisation personnelle des MAC par les soignants. Ils en ont conclu que l'usage personnel était un facteur prédictif de recommandation à utiliser la méditation et / ou la prière pour les patients.

### **1.6.3. Synthèse de la revue de la littérature : Les raisons pour lesquelles les patients se tournent vers les MAC :**

D'après une revue systématique datant de 2012 [50], les quatre raisons majeures poussant les patients vers les MAC sont : l'insatisfaction vis-à-vis des traitements conventionnels proposés; l'approche plus naturelle ; l'intérêt préventif que proposent les MAC et la cohérence de cette approche avec leur philosophie de vie.

Concernant l'insatisfaction pour les traitements conventionnels, les personnes atteintes de pathologies chroniques, se sentant délaissées par la médecine conventionnelle, se tournent vers les MAC [51]. Cet argument est cependant mis en défaut par une étude de 2020 réalisée par Pinsault et al. [52]. Ils ont montré que les consultations de praticiens de MAC augmentaient avec la satisfaction de la médecine générale cependant elles diminuaient avec la satisfaction pour le médecin généraliste. Ainsi, ce ne sont peut-être pas les soins médicaux qui sont à mettre en cause mais l'implication du généraliste et les solutions qu'il apporte.

Lin et al. en 2015 [53], ont également relevé qu'une des raisons majeures de consultation d'un praticien formé en MAC était le sentiment de consultations déshumanisées apportées par la médecine conventionnelle.

Les actions de santé publique promeuvent la prévention ce qui entraîne un intérêt supplémentaire pour les MAC. Dans cette démarche préventive, le patient est placé au centre de sa prise en charge, responsable et désireux d'adopter une hygiène de vie saine [54].

Cette appétence pour les MAC est également décrite comme un phénomène de mode, régit par quatre moteurs : l'exotisme de la thérapie, le mouvement New Age, la recherche du « *super kiné* » et la démarche contestataire (24).



D'après une étude pilote de 2014 [56], la première source de recommandations des MAC est le cercle amical et familial. Cet état de fait est mis en lumière par la revue systématique de littérature de Eardley [50], citée plus haut.

Les facteurs prédictifs de l'utilisation des MAC ont été étudiés en 2019 par Guillaud et al [57] dans une revue systématique. Le sexe féminin est le premier facteur qui entre en compte. Le fait que le patient soit atteint d'une pathologie chronique constitue le deuxième facteur prédictif. Murthy et al. [58] en 2014 ont mis en exergue que les femmes séparées, divorcées ou veuves étaient de plus grandes consommatrices de MAC. Cependant, Guillaud et al. [57], réfutent cette affirmation avec un fort niveau de preuve dans leur revue systématique. Une autre étude réalisée par Murthy et al. [59] en 2014 a trouvé une corrélation entre la vie en milieu urbain et la consommation de yoga et de massages. Mais, il n'y a pas de lien entre le salaire et l'utilisation des MAC. Il ne semble pas y avoir, non plus, de lien entre le niveau d'éducation et l'utilisation des MAC [58].

#### **1.6.4. Synthèse :**

Les professionnels de santé utilisent des MAC avec leurs patients pour leurs effets psychologiques, de relaxation notamment [36 - 40]. Les MAC permettent également une approche holistique. Le patient est alors pris dans sa globalité, ce n'est pas un simple organe à soigner. Les professionnels de santé s'accordent à dire que les MAC ouvrent la voie à une prise en charge pluridisciplinaire [15], [36].

Les professionnels de santé soulèvent que leur usage des MAC est prépondérant lorsqu'ils sont face à des patients dans une impasse thérapeutique, insatisfaits par la prise en charge conventionnelle [44]. Les MAC considérées comme efficaces pour ces patients sont alors utilisées [36].

Il arrive que les patients soient demandeurs de ce type de soins, ce qui incite les professionnels de santé à y recourir [35, 42]. Les MAC peuvent donc être pourvoyeuses de nouveaux patients. Ces dernières semblent être vues comme apportant une nouvelle spécificité aux professionnels de santé en les gratifiant de nouvelles compétences [47].

En ce qui concerne les patients, ils se tournent vers les MAC car ils ne sont pas totalement satisfaits des soins conventionnels. La plupart dénoncent des consultations déshumanisées, à la chaîne, où ils ne se sentent pas écoutés [50]. Aussi, l'inefficacité des traitements médicaux,

notamment pour des pathologies chroniques, poussent les patients à se tourner vers des soins alternatifs [51].

Certains patients sont attirés par les MAC parce qu'ils considèrent qu'elles sont en adéquation avec leur philosophie de vie. En effet, ils préfèrent se soigner avec des huiles essentielles ou des extraits de plantes, ce sont, à leurs yeux, des substances plus naturelles que les médicaments. La phytothérapie est particulièrement appréciée des personnes en rébellion contre l'industrie pharmaceutique. Ces MAC peuvent également être utilisées à visée préventive. Les patients, sont des plus en plus friands de soins qui se veulent prophylactiques [50].

L'origine millénaire et exotique de la plupart des MAC est aussi un élément attrayant pour les patients. Ils cherchent un « *super praticien* » qui s'est formé en complément de sa formation de base, et les MAC semblent être des méthodes de choix pour séduire les patients [55].

Nous avons présenté, dans le tableau suivant, les idées principales retenues de notre revue de la littérature :

<b>Thématiques retrouvées lors de la revue de la littérature</b>
Effets psychologiques
Prise en charge pluridisciplinaire / holistique du patient
Lien corps-esprit
Patient demandeur d'une prise en charge par MAC
Patient dans une impasse thérapeutique
Efficacité des MAC pour les symptômes
« <i>Naïveté</i> » du professionnel de santé quant à l'efficacité
Appât du gain
Gratification des compétences du professionnel de santé
Utilisation personnelle par le professionnel de santé

Tableau n°6 : Thématiques retrouvées lors de la revue de la littérature

Ces conclusions proviennent d'une littérature particulièrement floue, qui n'a répondu que partiellement à notre problématique.

Nous présentons, dans la prochaine partie, notre projet de recherche.

### **1.7. Problématique, objectif et contribution du mémoire :**

A l'issue de ces recherches, nous avons retenu la problématique suivante :

## **Pourquoi les masseurs-kinésithérapeutes se tournent-ils vers les médecines alternatives / complémentaires ?**

L'objectif de cette recherche est donc de déterminer les raisons motivant les MK à inclure les MAC dans leur pratique de professionnel de santé.

Ce travail s'insère donc parfaitement dans l'axe n°2, l'évaluation des pratiques professionnelles, axe du laboratoire RETINES.

Pour éclairer cette problématique, nous avons élaboré une méthode de recherche, décrite dans la partie ci-dessous.

## Méthodologie

### 2.1. Choix méthodologique :

La visée de ce travail est d'identifier les motivations qui poussent les MK à avoir recours aux MAC dans leur profession. Nous voulons faire émerger l'opinion de MK, élément subjectif contenu dans le discours de ceux-ci. Donc, notre sujet implique une méthodologie de recherche qualitative. A l'inverse, des méthodes quantitatives, les méthodes qualitatives sont utiles afin de donner « *une explication par le sens que donne le sujet à son action* » [35]. Deux outils de choix sont disponibles pour cette recherche qualitative : le questionnaire différentiel théorisé (QDT) et l'entretien.

Le QDT, sert non seulement à produire des chiffres, à réaliser des sondages mais également à expliquer et objectiver des phénomènes, ce qui correspond totalement à notre questionnement de départ [60]. Pour la réalisation d'un QDT il est primordial de connaître « *le monde de référence* » du sujet à l'avance [61]. Nous ne disposons pas d'une littérature consensuelle sur notre sujet, il nous est donc impossible de mettre en place un tel dispositif.

L'entretien permet le « *recueil de la parole et l'analyse de son contenu* » [35]. L'entretien recueille le point de vue de la personne interrogée et « *donne à son expérience vécue, à sa logique, à sa rationalité, une place de premier plan* ». Il est particulièrement pertinent lorsque la recherche vise à « *analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques* » [61]. Cela correspond exactement à notre objectif de recherche. L'entretien est notamment utilisé pour « *replacer dans leur contexte des résultats obtenus préalablement [...] par des sources documentaires* », ce qui correspond à notre démarche [61]. Nous nous sommes donc orientés vers la réalisation d'entretiens.

Il y a plusieurs types d'entretiens. Un entretien peut être individuel ou collectif. Ensuite, l'entretien individuel peut-être, directif, semi-directif, ou encore non directif.

Dans l'entretien directif, l'interviewer pose des questions précises qui orientent les réponses de l'interviewé. Cela permet d'apporter des éléments clairs sur un sujet identifié. Cependant, ces entretiens ne permettent pas « *d'explorer de manière approfondie l'univers mental des personnes interrogées* ». L'interviewé peut se sentir limité dans son discours et se contenter de réponses superficielles [62]. Ici encore, il est nécessaire d'avoir une littérature abondante pour élaborer ces questions [35].

A l'opposé, dans le cadre d'un entretien non directif, l'interviewer interroge l'interviewé sur un thème et se contente de l'écouter. L'interviewé s'exprime donc librement, ce qui favorise un « *discours en profondeur* ». Cela permet l'émergence d'éléments dont l'interviewé n'a pas conscience. Ces entretiens sont également utilisés dans une logique exploratoire, pour aborder des sujets qui n'ont jamais fait l'objet d'études. La principale limite de ce type d'entretien est qu'il est particulièrement complexe de comparer le discours des personnes interrogées, puisqu'il n'est pas cadré par l'interviewer [62].

Nous avons fait le choix de réaliser des entretiens individuels afin de laisser libre cours à l'expression du MK interrogé, ce qui est le propre de l'entretien individuel [35]. Ces entretiens seront semi-directifs puisque ce type d'entretien est particulièrement pertinent quand il est question d'explorer la perception et les opinions des personnes interviewées. Il permet également d'approfondir certaines notions si besoin avec des relances ce qui n'est pas possible dans un entretien non directif [63]. L'entretien semi-directif est un entre-deux. Le discours de l'interviewé est libre mais orienté par certains sujets sur lesquels il est questionné par l'interviewer. L'interviewer doit d'abord élaborer un guide d'entretien, support contenant la stratégie à adopter lors de l'entretien. Ce type d'entretien est particulièrement pertinent dans des études d'approfondissement. L'interviewer s'inspire d'études antérieures portant sur des sujets similaires pour servir son projet de recherche. Les thèmes abordés sont définis a priori mais l'interviewer adopte une ouverture d'esprit lui permettant de saisir les nuances apportées par la spécificité du sujet d'étude. La fixation du cadre de l'entretien a priori assure la comparabilité des discours lors de l'analyse. L'interviewer élabore également des relances qui incitent l'interviewé à fournir des informations plus précises [62].

Toutefois nous sommes conscients que cette méthode possède de nombreuses limites. Du côté de l'interviewé, des résistances peuvent s'observer au cours de l'entretien. Il peut avoir des difficultés à expliciter ses idées. Il peut également s'inhiber s'il a peur d'être jugé par l'interviewer [61].

L'interviewer, de son côté, doit adopter une attitude d'écoute bienveillante. Il doit intervenir seulement pour faciliter l'expression de l'interviewé. Cette écoute est particulièrement complexe puisque l'interviewer doit relever des indices contenus dans le discours de l'interviewé, les analyser et décider de les approfondir avec des relances appropriées. Ces interventions influencent inéluctablement l'entretien. L'interviewer doit se familiariser à ces procédés pour que les entretiens soient conduits de façon pertinente [61].

Dans la partie suivante, nous décrivons la mise en place de nos entretiens.

## **2.2. Description de la méthodologie :**

### **2.2.1. Population étudiée :**

Pour ces entretiens semi-directifs, il est nécessaire de sélectionner des acteurs habilités à « *produire des réponses aux questions que l'on se pose* » [61]. Nous devons interroger des MK qui utilisent des MAC dans leur pratique de professionnel de santé. Pour être valide, cette démarche nous demande d'établir des critères d'inclusion et d'exclusion.

Les critères d'inclusion à l'étude sont que le MK soit diplômé en masso-kinésithérapie, qu'il soit toujours en activité (libérale ou salariale) et qu'il utilise au moins une MAC dans sa pratique de MK. Nous décidons d'inclure également les MK qui ne pratiquent plus la kinésithérapie et qui se sont tournés vers les MAC. En effet de nombreuses MAC comme la kinésiologie et la microkinésithérapie sont interdites aux MK [10].

Les critères d'exclusion sont, les professionnels de santé autres que les MK, les MK à la retraite ainsi que les MK qui n'utilisent pas de MAC dans leur pratique.

Nous avons donc ici un aperçu de notre population cible. Il faut ensuite établir un échantillon de cette population, échantillon de MK à interviewer. Pour cela, nous avons répertorié tous les MK exerçant à Nice et dans les environs affichant une pratique de MAC sur Google®. Nous avons restreint notre échantillon aux MK niçois puisque nous avons comme projet de conduire des entretiens en face à face. Nous avons ensuite réalisé un tirage au sort aléatoire à l'aide du tableur Excel® afin de déterminer quels seraient les cinq MKDE sélectionnés.

Nous avons ensuite procédé à l'élaboration du guide d'entretien.

### **2.2.2. Elaboration du guide d'entretien :**

Ce guide d'entretien regroupe les thèmes que l'interviewer veut explorer au cours de l'entretien ainsi que les relances élaborées afin de « *maximiser l'information obtenue sur chaque thème* ». Ce guide cadre l'entretien sans influencer les propos de l'interviewé [61].

Nous avons regroupé nos dix thématiques en cinq catégories agrémentées de sous catégories, détaillant plus précisément le contenu de celles-ci. Nous avons donc retenu que les professionnels de santé utilisent les MAC : pour leurs effets psychologiques ; dans le but d'une prise en charge globale de leurs patients ; par sensibilité pour les MAC (de la part du patient

et/ou du professionnel de santé) ; pour leur efficacité présumée ; enfin pour le profit qu'il soit financier ou personnel.

Nous vous présentons ci-dessous, notre catégorisation *a priori* :

Tableau 6 - Catégorisation *a priori*

<i>Catégories</i>	<i>Indicateurs</i>
<b>Effets psychologiques</b>	Relaxation
	Détente
<b>Prise en charge globale du patient</b>	Prise en charge pluridisciplinaire
	Prise en charge holistique de la santé
	Prise en charge individuelle du patient
	« <i>Lien corps-esprit</i> »
<b>Sensibilité aux MAC</b>	Patient demandeur d'une prise en charge par MAC
	Utilisation personnelle des MAC par le professionnel de santé
<b>Efficacité</b>	Efficacité des MAC pour les symptômes du patient
	Patient dans une impasse thérapeutique (pas d'effet de la médecine conventionnelle)
	« <i>Naïveté</i> » du professionnel de santé quant à l'efficacité des MAC
<b>Profit</b>	Recherche de patientèle / clientèle
	Appât du gain
	Gratification des compétences professionnelles

Pour notre question inaugurale, nous avons pensé qu'il serait pertinent de vérifier que le MK interrogé réuni bien les critères d'inclusion de notre étude. C'est pour cela que nous commençons notre entretien par :

« Tout d'abord, je tiens à vous remercier pour le temps que vous m'accordez. Afin de vérifier que les critères d'inclusion sont bien remplis, pouvez-vous me confirmer que vous êtes masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat, encore en activité et que vous utilisez une ou plusieurs médecines alternative ou complémentaires dans votre pratique ? »

Nous avons pris le parti de concevoir quatre questions ouvertes et globales. En effet, nos catégories représentent les différentes raisons possibles du recours aux MAC par les professionnels de santé. Nous avons calibré chaque relance pour qu'elle mentionne une de nos catégories.

Nous vous proposons ci-dessous une vue complète de notre guide d'entretien, comportant nos questions ainsi que les relances correspondantes :

*Tableau 7 - Guide d'entretien*

**Question inaugurale :** Tout d'abord, je tiens à vous remercier pour le temps que vous m'accordez. Afin de vérifier que les critères d'inclusion sont bien remplis, pouvez-vous me confirmer que vous êtes MK diplômé d'Etat, ou que vous l'avez été, et que vous utilisez une ou plusieurs médecines alternatives ou complémentaires dans votre pratique ?

Cette question permet de s'assurer que le MK interviewé entre bien dans les critères d'inclusion préalablement déterminés pour la réalisation de ces entretiens.

**Question 1 :** Quelles médecines alternatives ou complémentaires utilisez-vous et pour quelles raisons vous y êtes-vous intéressé ?

*Relances :*

→ Pouvez-vous me décrire rapidement votre parcours professionnel, afin que je puisse comprendre comment les médecines alternatives ou complémentaires s'y insèrent ?

→ Utilisez-vous des médecines alternatives ou complémentaires, pour votre usage personnel ?

Si oui, pensez-vous que cela a eu un impact sur votre envie de vous y former ?

**Question 2 :** J'aimerais savoir dans quelles situations utilisez-vous les médecines alternatives ou complémentaires ?

*Relances :*

→ Par exemple, dans votre plan de traitement chez un patient *lambda*, comment associez-vous les médecines alternatives ou complémentaires et les techniques de kinésithérapie ?

→ Utilisez-vous les médecines alternatives ou complémentaires dans le cas de pathologies aiguës (entorses, tendinopathies...)?

Dans le cas de pathologies chroniques ?

→ Y'a-t-il des situations où vous utilisez systématiquement des médecines alternatives ou complémentaires ?



<p>→ Proposez-vous des séances où vous utilisez uniquement des médecines alternatives ou complémentaires ?</p> <p>→ Vos patients étaient-ils demandeurs de ce type de prise en charge ?</p>
<p><b>Question 3</b> : Pouvez-vous me dire, quels ont été les apports des médecines alternatives ou complémentaires à votre prise en charge de MK ?</p>
<p><i>Relances</i> :</p> <p>→ Selon vous, quels effets obtient-on avec des médecines alternatives ou complémentaires, que l'on ne peut pas avoir en pratiquant seulement des techniques de kinésithérapie ?</p> <p>→ Hormis, les effets bénéfiques obtenus pour le patient, avez-vous observé des bénéfices en tant que professionnel de santé ?</p> <p>→ Votre formation en médecines alternatives ou complémentaires vous a-t-elle permise de toucher une patientèle différente ?</p>
<p><b>Question 4</b> : Depuis la réforme des études de MK de 2015, la masso-kinésithérapie se tourne de plus en plus vers l'<i>Evidence Based Practice</i>, c'est-à-dire la pratique basée sur les faits scientifiques. Or, les effets des médecines alternatives ou complémentaires ne sont que très peu éprouvés par les études. Comment expliqueriez-vous ce paradoxe ?</p>
<p><i>Relances</i> :</p> <p>→ Dans le code de déontologie des MK, l'article R.4321-85 indique que le MK ne peut pas proposer à ses patients une technique insuffisamment éprouvée, pensez-vous que cela s'applique ici ?</p>

Ainsi, dans nos relances, il est aisé de retrouver nos catégories *a priori*, sans que cela ne soit trop évident pour le MK interrogé.

Il nous paraît important de mettre en lumière notre question finale. En effet, cette question est sûrement la plus délicate de l'entretien, d'où notre choix de conclure la discussion avec celle-ci. Cette fois-ci, notre relance est fondée sur le code de déontologie des MK, texte réglementant la profession.

### 2.2.3. Taille du corpus :

Dans les recherches par entretiens, il n'est pas nécessaire de réaliser un nombre important d'interview. L'analyse nous fournit des informations « validées par le contexte ». Elles « n'ont pas besoin [d'être validées] par leurs probabilités d'occurrence » [61]. C'est pour cela que nous avons décidé de réaliser cinq entretiens.

#### **2.2.4. Aspects administratifs :**

Il est essentiel de fixer, dès le premier contact avec l'interviewé, le « *cadre contractuel* » de la recherche. A chaque début d'entretien, il est alors précisé au MK interrogé, l'objectif de l'étude ainsi que la raison de sa sélection [61].

Avant la réalisation de l'entretien, une fiche d'informations et de recueil de consentement à l'enregistrement des entretiens a été signée par tous les MK interrogés. (voir Annexe I)

#### **2.2.5. Pré-tests :**

Nous avons réalisé deux entretiens tests, dont les enregistrements ne seront pas analysés. Ces entretiens nous ont permis de vérifier que les questions posées étaient compréhensibles et qu'elles ne portaient pas à confusion. Ces tests ont également permis à l'interviewer de se familiariser avec le fait de conduire un entretien. Cette tâche n'est pas aisée, c'est pourquoi il nous a paru pertinent de réaliser ces deux entretiens d'entraînement.

#### **2.2.6. Déroulement des entretiens :**

L'environnement influence énormément les réponses de l'interviewé. Il est important de choisir un moment où l'interviewé est totalement disponible pour qu'il puisse s'exprimer ouvertement. Le lieu où se déroule l'entretien est décisif également. L'interviewé doit se sentir à l'aise et en confiance [62]. Nous avons choisi de réaliser nos entretiens sur le lieu d'exercice des MK interrogés afin qu'ils soient dans un environnement connu, et qu'ils adoptent une posture professionnelle [61]. L'heure et la date de l'entretien est fixé par le MK suivant ses disponibilités.

Le contexte psychologique entre également en compte. Le contexte psychologique est défini par « *les interactions entre le profil psychologique de l'interviewer et celui de l'interviewé* ». Par exemple, en cas de trop grand écart de milieu social, l'interviewé peut se sentir incompris par l'interviewer et restreindre son discours [62]. La « *proximité sociale* » facilite l'échange puisque l'interviewé et l'interviewer appartiennent à un même « *univers de référence* » [61]. Dans notre étude, une étudiante en masso-kinésithérapie interroge un MK.

#### **2.2.7. Préanalyse et retranscription :**

Cette phase de préanalyse correspond à une phase d'organisation. Elle consiste à la création d'un programme systématisé à répéter pour chaque entretien. Il est nécessaire de préparer le matériel à analyser. Retranscrire de manière dactylographiée les entretiens, numéroter les lignes, avec une mise en page laissant de l'espace pour des annotations [64].

Nous avons retranscrit chaque entretien en utilisant l'enregistrement fait sur l'application dictaphone d'une tablette. Pour une meilleure lisibilité, le MK interviewé est noté comme « MKx » et l'interviewer est désigné comme « I » et ses questions sont en gras.

Lors de l'étape de préanalyse il est nécessaire de choisir les paramètres de codage du texte c'est-à-dire choisir comment découper le texte en « unités d'enregistrement » et comment énumérer ces unités [64].

Concernant l'unité d'enregistrement, nous avons choisi « le thème ». Contrairement au mot, le thème est le plus souvent utilisé comme unité d'enregistrement lors d'études examinant les motivations ainsi que les attitudes des personnes interrogées, ce qui correspond tout à fait notre objet d'étude [64]. Bernard Berelson a défini le thème comme : « *une phase, ou une phrase composée [...] sous laquelle un vaste ensemble de formulations singulières peuvent être affectées* » [65].

### **2.3. Choix du type d'analyse :**

A la suite de la retranscription, nous nous sommes livrés à un exercice de lecture flottante du corpus. Celle-ci nous a permis de sélectionner les types d'analyses à réaliser. Pour cette étude, nous avons choisi de réaliser une analyse catégorielle ainsi qu'une analyse fréquentielle. Cela nous permet d'appréhender le discours des MK de façon qualitative mais également d'en avoir un aperçu quantitatif [64].

#### **2.3.1. L'analyse catégorielle thématique :**

L'analyse catégorielle thématique consiste à regrouper les unités d'enregistrement par rubriques selon un critère préalablement appelé catégories. Pour cela, il est d'abord nécessaire de réaliser un inventaire des unités d'enregistrements pertinentes pour ensuite les répartir dans les catégories adéquates. Cette catégorisation ainsi constituée permet d'obtenir « *une représentation simplifiée des données brutes* » [64].

#### **2.3.2. L'analyse fréquentielle :**

L'analyse fréquentielle se base sur la fréquence d'apparition des thèmes, c'est donc une approche quantitative. Elle fournit des données descriptives chiffrées. La fréquence est choisie ici comme règle d'énumération. Ainsi nous partons du principe que plus une unité d'enregistrement est fréquemment retrouvée dans le discours, plus celle-ci a de l'importance

pour le MK interrogé. C'est la règle d'énumération la plus communément utilisée puisqu'elle est simple d'interprétation [64].

Cette approche paraît plus fiable mais elle peut être parfois trop rigide, c'est pour cela que nous avons choisi de l'allier à une analyse de type catégorielle thématique, plus souple [64].

La partie suivante regroupe les résultats bruts de nos entretiens.

### **2.3.3. Analyse des biais du discours :**

Après la lecture flottante de notre corpus, il nous a paru pertinent d'ajouter cet outil à notre arsenal d'analyse, notamment pour analyser les réponses des MK à la dernière question.

Nous avons utilisé le livre *Tout ce que vous n'avez jamais voulu savoir sur les thérapies manuelles* de Nicolas Pinsault et Richard Monvoisin [55], ainsi que des articles provenant du site du CORTECS [66]. Ils y décrivent les différents « *écueils rhétoriques* » fréquemment retrouvés dans le discours de certaines personnes qu'ils appellent des « *contradicteurs* », individus qui défendent des théories non prouvées.

Dans la partie suivante, nous exposons les résultats obtenus grâce à cette méthodologie de recherche.

## Résultats :

Le recrutement des MK pour nos interviews a été particulièrement difficile. Nous avons essayé plus d'une quarantaine de refus. Quatre MK et une ex-MK ont finalement répondu positivement à notre demande d'interview, en voici le contenu.

### 3.1. Premier entretien :

La retranscription du premier entretien est disponible en Annexe II.

#### 3.1.1. Informations générales :

Le premier MK interrogé est un homme, diplômé en ostéopathie depuis 2005. Il pratique des actes de kinésithérapies et des séances d'ostéopathie, en cabinet libéral. Son ostéopathie est fonctionnelle donc elle inclut l'ostéopathie viscérale et crânienne.

#### 3.1.2. Analyse fréquentielle et thématique :

La répartition des occurrences relevées dans le discours du MK1 est représentée par la figure suivante :

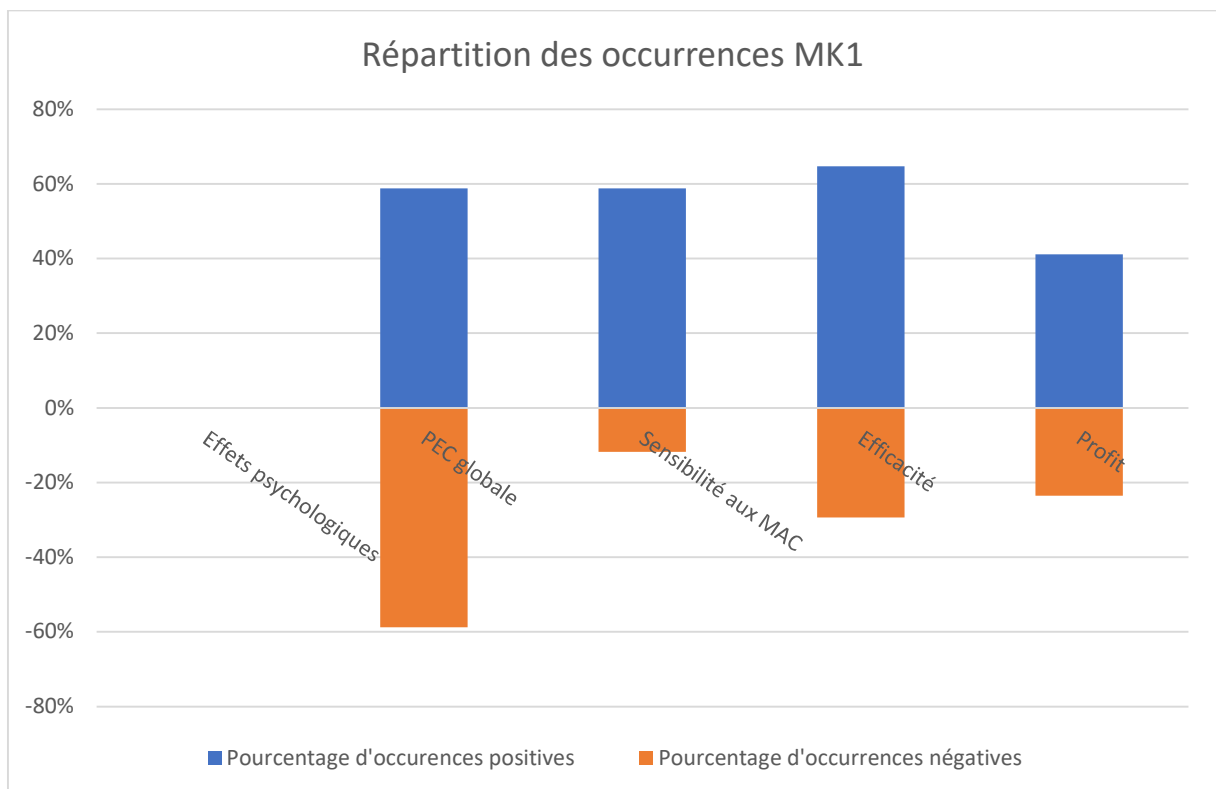


Figure 2 - Répartition des occurrences de l'entretien n°1

Sur cet histogramme, une catégorie est surreprésentée, celle de la « *Prise en charge globale* ». Dans cette catégorie, les occurrences positives et négatives sont réparties de façon égale. Les occurrences positives correspondent à la description faite de l'ostéopathie par le MK1. Les occurrences négatives, sont en référence à la prise en charge en masso-kinésithérapie.

L'« *Efficacité* » arrive en seconde position, dans le discours du MK1. Les occurrences positives représentent la prise en charge en ostéopathie. En effet le MK1 nous dit « *l'ostéopathie ça m'a permis d'être efficace* » (lignes 102-103).

Au début de l'entretien, le MK1 mentionne à plusieurs reprises « *le milieu du sport de haut niveau* » (ligne 29), milieu dans lequel il a exercé. A cette occasion, il détaille les influences qui l'ont poussé à se former à l'ostéopathie. Les patients et ses collègues MK-ostéopathes ont exercé une influence sur ses motivations à se former. Ces influences sont regroupées dans la catégorie « *Sensibilité aux MAC* ».

Le « *Profit* », qu'il soit pécunier ou autre, est l'avant dernière catégorie. Le plus souvent, le MK1 mentionne le développement de sa « *perception tactile* » (l 51) grâce à l'ostéopathie.

La catégorie des « *Effets psychologiques* » n'a pas été abordée lors de l'entretien.

En Annexe III se trouve le tableau de synthèse d'analyse.

### **3.1.3. Analyse des biais dans le discours :**

Dans ce premier entretien, plusieurs points ont retenu notre attention.

L'analogie entre le fonctionnement du corps humain et celui d'une ceinture de sécurité, nous a paru assez réductrice. A partir de la ligne 78 et jusqu'à la 83, le MK1 nous dit « *c'est le système de la ceinture de sécurité. Si elle est verrouillée, si le cliquet est enclenché et que vous voulez retrouver sa mobilité, il faut d'abord repartir dans l'autre sens, dans le sens où elle veut bien aller. Faut pas essayer de tirer sur la sécurité. Et bah en fait, c'est exactement pareil. Ce que moi je ressens, et ce que ressentent les gens qui pratiquent le fonctionnel, c'est déjà d'accompagner le corps dans sa facilité et à ce moment-là on arrive à faire que le corps accepte de relâcher certaines réactions de tension.* ».

Une deuxième analogie réductrice a été relevée à la ligne 125. Le MK1 semble réduire la kinésithérapie à l'utilisation d'appareils de physiothérapie. Il nous dit « *Moi j'utilise beaucoup plus de techniques d'ostéo que de kiné. Moi j'ai aucun appareil de physio, j'ai rien du tout, je fais tout manuellement, quoi. J'ai même pas de quoi utiliser euh, du froid, euh, du chaud,*

voilà. ». Par la suite, il nous parle de « *renforcement musculaire* » et de « *rééducations proprioceptives* ». Toutefois ce rapprochement entre l'ostéopathie et les techniques manuelles, en opposition avec la kinésithérapie et la physiothérapie, est particulièrement présent dans le discours de ce MK.

Dans sa réponse à notre dernière question, le MK1 utilise un procédé de généralisation abusive, notamment lorsqu'il nous parle de la déshumanisation des consultations médicales : « *on ne les ausculte plus, on leur demande juste de faire des examens et les médecins reçoivent les résultats et on leur dit « le diagnostic c'est ça ».* » (l 142-143).

### 3.2. Deuxième entretien :

La retranscription du deuxième entretien est disponible en Annexe IV.

#### 3.2.1. Informations générales :

Le deuxième MK interrogé est une femme, qui a été kinésithérapeute durant une quinzaine d'années, et qui s'est tournée vers la microkinésithérapie il y a deux ans.

#### 3.2.2. Analyse fréquentielle et thématique :

La répartition des occurrences relevées dans le discours du MK2 est représentée par l'histogramme ci-dessous :

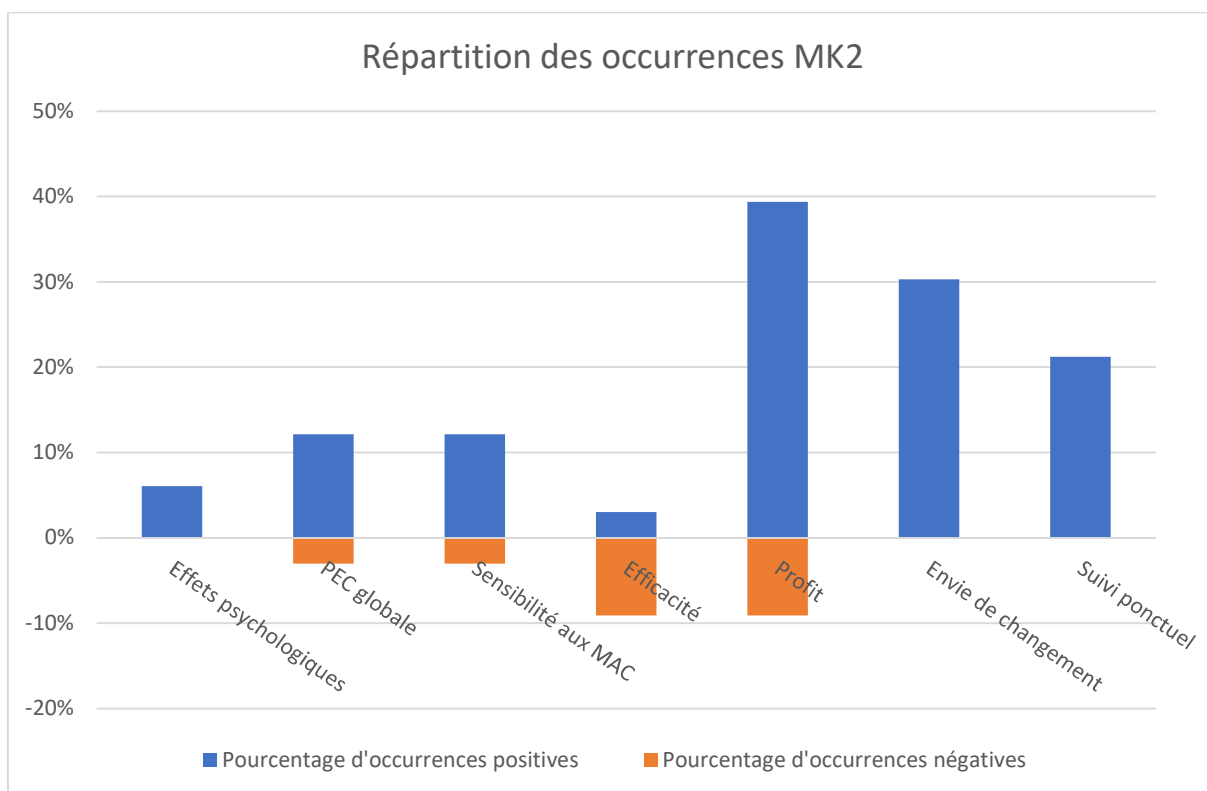


Figure 3 - Répartition des occurrences de l'entretien n°2

L'histogramme ci-dessus montre que la catégorie du « *Profit* » est dominante dans ce deuxième entretien. Les occurrences positives sont largement majoritaires. Elles représentent, pour la vaste majorité, un gain de compétences. Le MK2 affirme de façon récurrente que la microkinésithérapie lui a permis d'avoir « *un champ de compétences assez large* » (lignes 27-28).

La deuxième catégorie la plus représentée est celle d' « *Envie de changement* ». Cette catégorie a été ajoutée à notre grille d'analyse, puisqu'elle n'en faisait pas partie et qu'elle représente une large partie des occurrences.

Une autre catégorie a été ajoutée *a posteriori*, celle du « *Suivi ponctuel* ». En effet, il nous a paru évident que ce point était important pour le MK2. A plusieurs reprises, elle a mentionné la différence en termes de suivi entre la kinésithérapie et la microkinésithérapie. Par exemple, à la ligne 32, le MK2 dit : « *on fait généralement deux séances, espacées d'environ trois semaines, un mois chacune, et euh... on est bon* ».

Les catégories de « *Prise en charge globale* » et de « *Sensibilité aux MAC* » sont représentées de façon égale à 10%.

Le MK2 est très mitigée lorsqu'il s'agit d'« *Efficacité* ». Dans cette catégorie, il y a une majorité d'occurrences négatives. Le MK2 a une vision très nuancée sur ce point : « *y'a aucune technique qui est magique, ne nous mentons pas* » (ligne 114).

Le MK2 est la seule à avoir mentionné la catégorie « *Effets psychologiques* » à 6% des occurrences. La microkinésithérapie peut, selon elle, « *aider au niveau moral, angosse* » (lignes 35-36).

Le tableau de synthèse d'analyse est disponible en Annexe V.

### 3.2.3. Analyse des biais dans le discours :

A la lecture de la retranscription de cet entretien, nous avons relevé plusieurs points intéressants.

Le MK2 mentionne qu'il n'y a « *aucune technique qui est magique* » lorsqu'il est question de l'efficacité des techniques (l. 114). Cet argument est une défense intéressante puisque le MK énonce une phrase que personne ne peut contredire. En effet, il n'existe pas de technique magique, mais cela ne répond à la question de l'efficacité de la microkinésithérapie.



Pour répondre à notre dernière question sur le paradoxe entre une kinésithérapie de plus en plus tournée vers la science et un attrait croissant des MK pour les MAC, le MK2 avance que « *on ne peut pas tout prouver* » (l 144-145). En effet, selon le MK2 « *on ne maîtrise pas tout* » (l 134-145). Pour justifier cela, elle évoque des « *entités non connues* » comme les « *énergies* » et d'autres entités encore plus floues : « *on est plein de choses* » (l 141) [55].

### 3.3. Troisième entretien :

La retranscription du troisième entretien est disponible en Annexe VI.

#### 3.3.1. Informations générales :

Le MK3 est une femme, qui a obtenu son D.E de masso-kinésithérapie depuis une dizaine d'années. Elle exerce en tant que MK ainsi qu'en tant qu'ostéopathe. Cependant, elle exerce ses deux professions au sein de deux lieux distincts. L'ostéopathie qu'elle pratique est structurale, mais aussi crânienne et viscérale.

#### 3.3.2. Analyse fréquentielle et thématique :

L'histogramme présenté ci-dessous illustre la répartition des occurrences relevées dans le discours du MK3 :

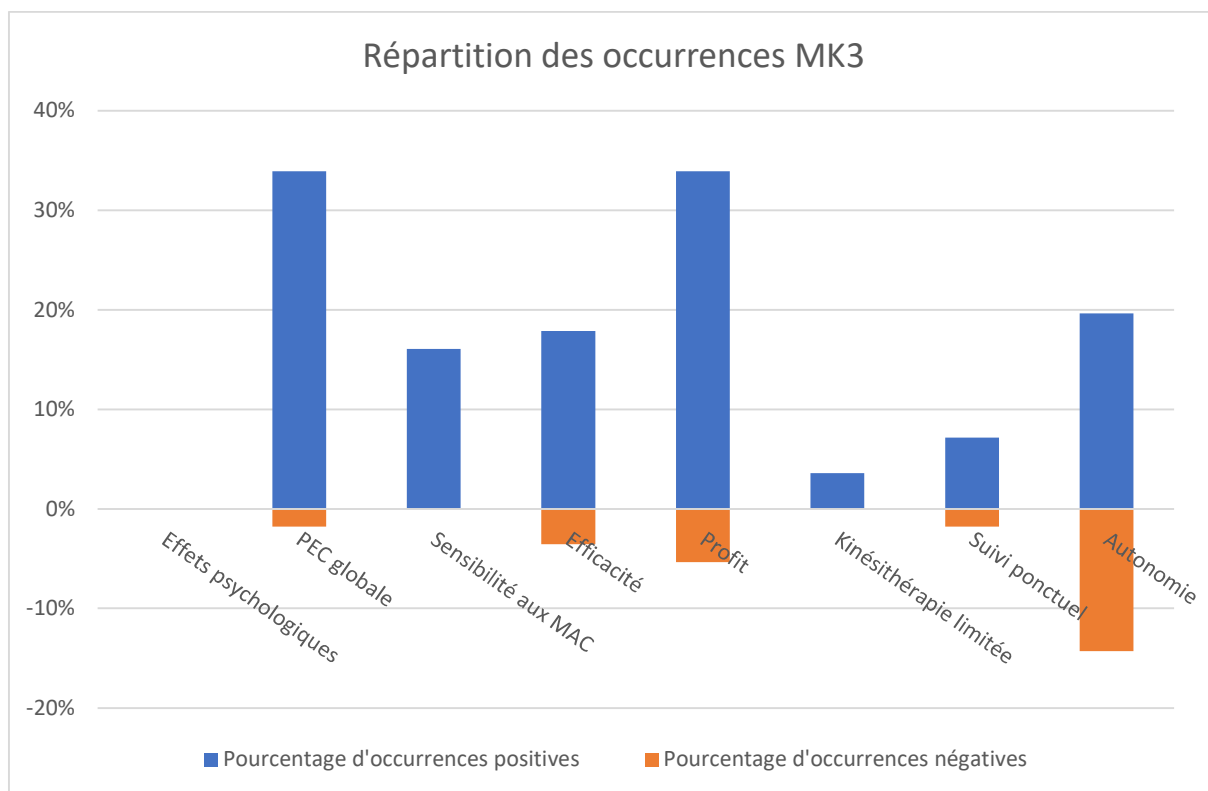


Figure 4 - Répartition des occurrences de l'entretien n°3

Comme pour l'entretien précédent, la catégorie sur-représentée est celle du « *Profit* ». Pour le MK3, ce profit s'apparente surtout à un gain de compétences dans l'utilisation de nouvelles techniques. Le MK3 parle énormément « *d'outils* » (lignes 57, 59,92, 93 et 102).

Avec 35% d'occurrences, la « *Prise en charge globale* » arrive en deuxième position. Le MK3 explique que son attrait pour la globalité a toujours été présent. Elle s'est d'abord formée en « *Busquet* » (lignes 11 et 229) et ensuite elle a voulu aller « *chercher quelque chose d'encore plus global* » avec l'ostéopathie (l 230).

Nous avons ajouté une nouvelle catégorie à notre grille d'analyse, celle de l' « *Autonomie* », puisque que ce thème est particulièrement récurrent dans cet entretien. Cette catégorie regroupe de nombreuses occurrences concernant l'intervention de l'ostéopathe en première intention, « *y'a pas besoin d'ordo* » (l 109). Le MK3 exprime également son envie d'être maître du choix de ses techniques : « *Chercher, en fait, euh... par où je vais pouvoir commencer mon traitement.* » (l 130).

A propos de l' « *Efficacité* », le MK3 nuance ses propos à propos des résultats qui seraient plus rapides en ostéopathie qu'en kinésithérapie. Elle nous dit « *ça dépend, parfois oui, parfois non* » (l 108). Toutefois, elle s'accorde à dire qu'en ostéopathie, il y a « *des techniques qui marchent très bien* » (l 112).

La « *Sensibilité aux MAC* » est présente à 17% dans le discours du MK3. Elle qualifie les séances qu'elle a faites en tant que patiente comme une « *porte ouverte* » (l 21 et 22) à son intérêt professionnel pour l'ostéopathie. Ses patients étaient également « *très demandeurs* » de séances d'ostéopathie (l 27).

Le thème du « *Suivi ponctuel* », relevé dans l'entretien précédent, fait son apparition dans celui-ci également. Le MK3 met l'accent sur le fait que ce n'est « *pas du tout le même suivi* » qu'en kinésithérapie (l 38-39).

Un nouveau thème, relevé pour la première fois dans cet entretien, a été relevé. C'est celui de la « *Kinésithérapie limitée* ». Ce thème est présent de façon mineure dans cet entretien. Le MK3 affirme qu'il lui « *manquait encore des clés* » avant de se former en ostéopathie (l 12).

La catégorie des « *Effets psychologiques* » n'a pas été abordée dans cet entretien.

Le tableau de synthèse d'analyse est disponible en Annexe VII.

### 3.3.3. Analyse des biais dans le discours :

Aucun biais n'a été relevé dans le discours du MK3.

### 3.4. Quatrième entretien :

La retranscription du quatrième entretien est disponible en Annexe VIII.

#### 3.4.1. Informations générales :

Le quatrième MK interrogé est MKDE libéral depuis une trentaine d'années. Il a obtenu son diplôme d'ostéopathie en 2010. Il pratique beaucoup d'ostéopathie crânienne et viscérale. Il est également professeur de yoga.

#### 3.4.2. Analyse fréquentielle et thématique :

L'histogramme présenté ci-dessous illustre la répartition des occurrences relevées dans le discours du quatrième MK interrogé :

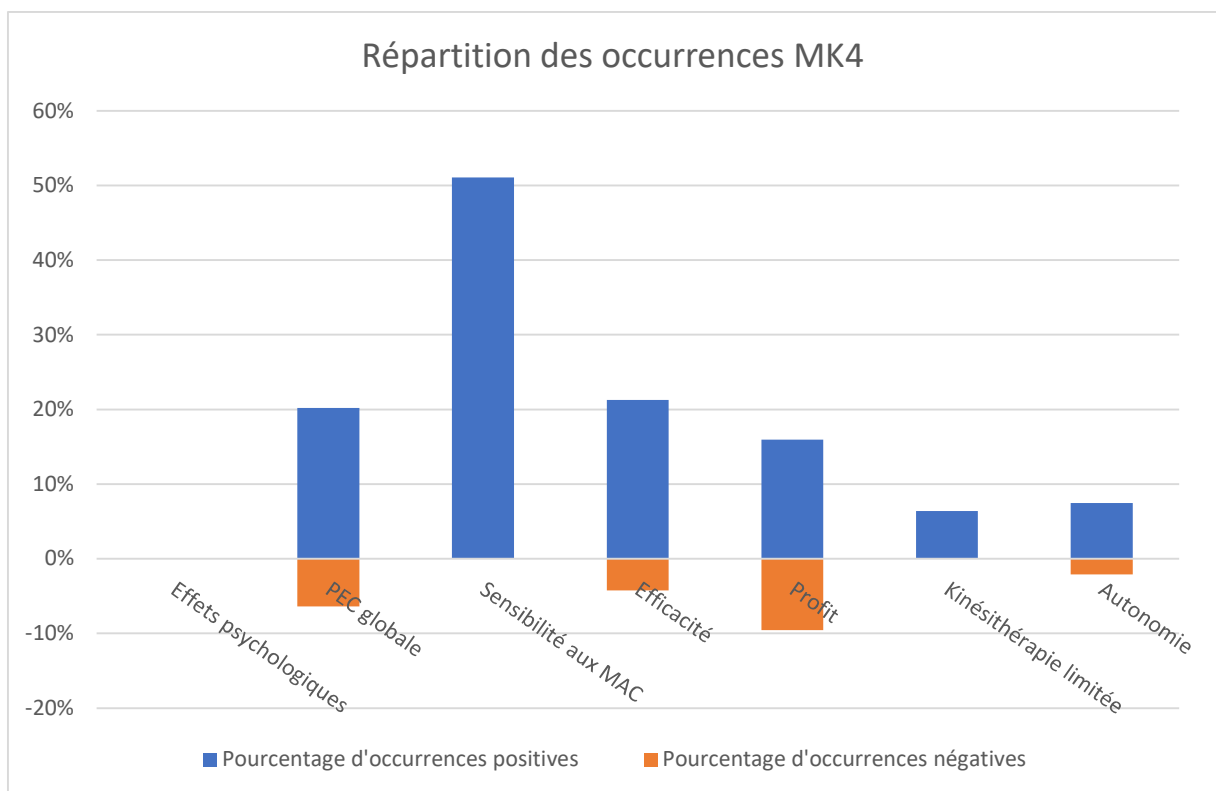


Figure 5 - Répartition des occurrences de l'entretien n°4

A la lecture de cette retranscription, il paraît évident que les deux éléments majeurs du discours du MK4 sont sa spiritualité et son parcours de vie. C'est pour cela que la catégorie « *Sensibilité aux MAC* » est celle qui est la plus représentée. Il nous dit qu'il a consulté un « *guérisseur* » (1.

48 et 50) ainsi qu'une « radiesthésiste » (l. 62). La spiritualité est très présente dans son discours, à plusieurs reprises il parle d' « énergie » (l. 98, 150, 158, 162), de « corps énergétiques » (l. 75 et 101) et de « Dieu » (l. 68, 69, 139).

Trois catégories occupent la deuxième place, avec 26% d'occurrences, ce sont « *La prise en charge globale* », l' « *Efficacité* » et le « *Profit* ».

La catégorie ajoutée *a posteriori* de l' « *Autonomie* » est représentée à 10% dans le discours du MK4. Au début de l'interview, notamment, le besoin d'indépendance du MK4 est très présent. Il nous dit : « *je suis autonome et je n'ai aucun compte à rendre vis-à-vis des médecins* » (l. 23). Il ajoute plus loin « *je ne voulais pas être dépendant des médecins* » (l. 24-25).

Enfin, avec 6% des occurrences, nous avons retrouvé la catégorie « *Kinésithérapie limitée* ». Le MK4 nous dit : « *Alors pourquoi la kinésithérapie est limitée ? la kinésithérapie est limitée, on peut pas dire le contraire* » (l. 120-121).

La catégorie des « *Effets psychologiques* » n'a pas été abordée dans cet entretien.

Le tableau de synthèse d'analyse est disponible en Annexe IX.

### **3.4.3. Analyse des biais dans le discours :**

Dans le quatrième entretien, certains points ont retenu notre attention.

Le MK4 nous parle d'une radiesthésiste qu'il a consulté. Pour appuyer la renommée de celle-ci, il utilise un argument d'autorité : « *j'ai suivi une alimentation drastique avec une radiesthésiste, qui avait soigné différents Présidents de la République.* » (l. 62-63). Avoir soigné plusieurs Présidents de la République justifierait de la légitimité de cette radiesthésiste.

Nous avons relevé une tendance à l'utilisation d'un raisonnement hâtif. C'est le cas aux lignes 152-153 : « *par effet de chaîne, une tension par exemple au trapèze, peut générer une entorse de cheville à répétition* ».

Nous avons relevé l'utilisation d'un sophisme appelé « *le syndrome Galilée* ». Cela consiste à attirer la sympathie de son interlocuteur en se disant « *persécuté et incompris* » comme Galilée à son époque [55]. Le MK4 se compare à Vodder et nous dit : « *Prenez Monsieur Vodder, à son époque il a dit « Y'a des canaux lymphatiques, des glandes, etc », les médecins ils disaient « vous êtes complètement taré, vous êtes malade, vous êtes un fou, on va vous enfermer à l'asile », presque, j'exagère. Et maintenant, on sait, qu'il y a des canaux, on a pu les visualiser, y'a des canaux lymphatiques, y'a des canaux lymphatiques, y'a tout ça. Donc on voit bien que*

*l'individu à un temps t, a une visibilité scientifique en fonction de ce qui existe au niveau de la science actuellement, mais c'est pas pour ça que le reste n'existe pas. » (1 256 à 262).*

Enfin, nous avons relevé l'utilisation d'un sophisme du pragmatisme, dans le discours du MK4. Ce sophisme consiste à « *subordonner la question de la vérité d'une thèse à celle de ses conséquences pratiques* » [55]. Les lignes 265 à 267 en sont un parfait exemple : « *Pourquoi ils ont interdit la fasciathérapie en disant « oui mais ça c'est pas prouvé »... mais de quel droit ils interdisent quelque chose qui n'est pas prouvé alors que ça marche !* ». Ici, le fait que la fasciathérapie donne de bons résultats, est posé comme preuve irréfutable de son efficacité

### **3.5. Cinquième entretien :**

La retranscription du cinquième entretien est disponible en Annexe X.

#### **3.5.1. Informations générales :**

Le dernier MK interrogé est une femme. Diplômée en masso-kinésithérapie depuis 2000, elle exerce en cabinet libéral. Elle pratique des séances d'ostéopathie surtout orientées sur du viscéral et du crânien.

#### **3.5.2. Analyse fréquentielle et thématique :**

La répartition des occurrences relevées dans le discours du MK5 est représentée ci-dessous :

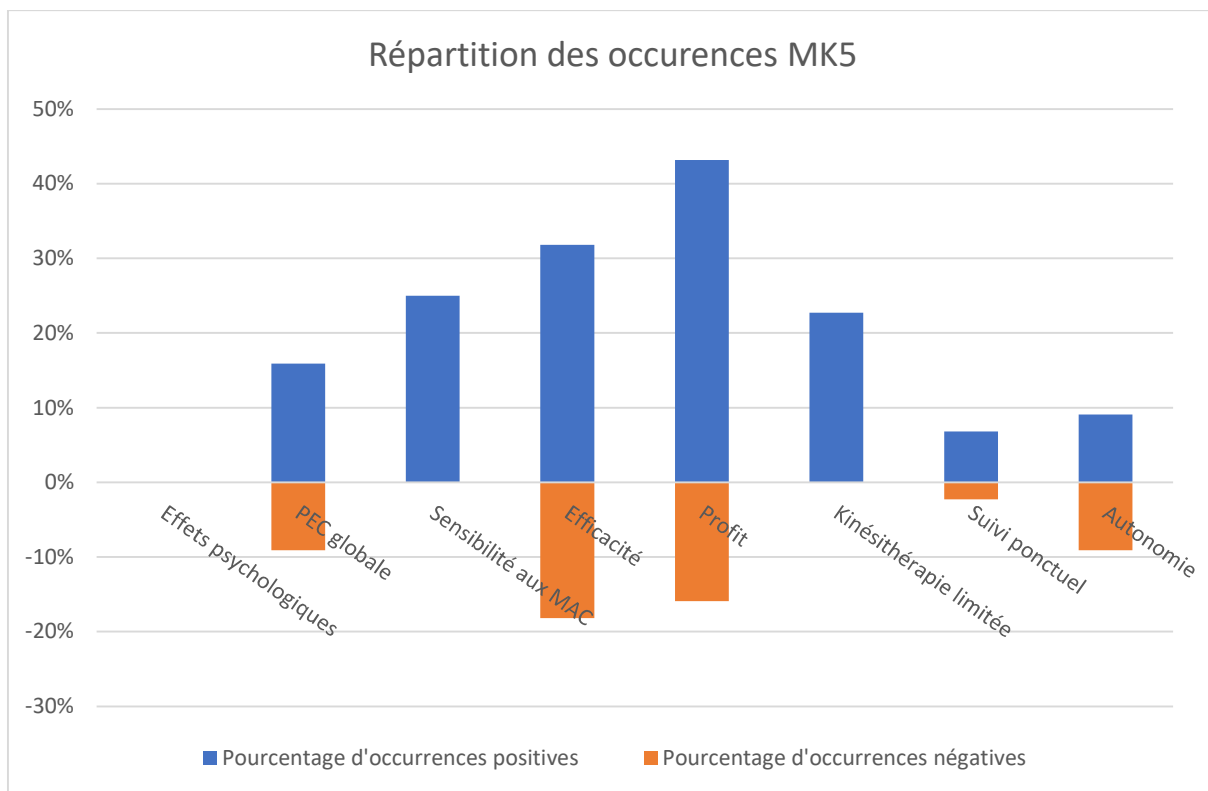


Figure 6 - Répartition des occurrences de l'entretien n°5

Le « *Profit* » est la catégorie la plus présente dans le discours du MK5. Le MK5 parle d'un gain de compétences dans un « *champ d'action très large* » grâce à l'ostéopathie (1.55). Le profit est également financier, l'ostéopathe, nous dit-elle, « *c'est mieux payé* » (1.114).

A la deuxième place, nous avons la catégorie de l'« *Efficacité* ». 32% sont des occurrences positives relatives à l'efficacité de l'ostéopathie. Les 18% d'occurrences négatives sont relevées lorsqu'elle parle des traitements de kinésithérapie.

Concernant le thème de la « *Prise en charge globale* », il arrive en deuxième position avec celui de la « *Sensibilité aux MAC* » qui représentent, chacun, 25% des occurrences. L'influence particulièrement importante du MK ostéopathe qu'elle a connu en arrivant sur la Côte d'Azur est frappante dans son discours. Elle nous dit : « *il m'a vraiment pris sous son aile. Ça a été comme un mentor pour moi.* » (1 41-42).

Le MK5 mentionne à 22% le thème de la « *Kinésithérapie limitée* ». Elle évoque un sentiment de routine : « *j'adore être kiné hein, mais une cheville, un genou, PTG, PTH et t'as fait le tour* » (1.50). Le champ de la kinésithérapie semble trop restreint pour le MK5 : « *le viscéral non plus, on n'apprend pas en kiné* » (1.93).

L'« *Autonomie* » est présente à 18% dans le discours du MK5 avec une proportion égale d'occurrences positives et négatives. Les occurrences positives représentent le sentiment de liberté qu'a le MK5 en étant ostéopathe « *je me sens plus libre* » (1.183). Alors que les occurrences négatives sont le reflet de l'impression de soumission à la prescription médicale que ressent le MK5 en tant que MK : « *Déjà, le généraliste, souvent, il te met la liste de tout ce que tu DOIS faire.* » (1.128-129).

Le « *Suivi ponctuel* », catégorie ajoutée *a posteriori*, apparaît également dans cette retranscription, mais de façon minoritaire. Dans cette interview, il est clair que cela constitue un réel avantage, pour le MK5. Elle nous dit : « *Se trainer des patients pendant trente ou quarante séances... c'est pas... bon c'est pas la joie* » (1.85-86).

La catégorie des « *Effets psychologiques* » n'a pas été abordées dans cet entretien.

Le tableau de synthèse d'analyse est disponible en Annexe XI.

### **3.5.3. Analyse des biais dans le discours :**

Dans cette dernière interview, nous avons relevé deux sophismes intéressants.

Le MK5 fait une généralisation abusive au sujet du manque d'efficacité de la kinésithérapie en disant : « *En kiné, y'a toujours un moment où t'es bloquée* » (1.67). L'utilisation du mot « *toujours* » est un abus de langage [55].

Le sophisme du pragmatisme est aussi retrouvé dans cet entretien, dans la phrase : « *se priver de techniques, dites non prouvées, alors qu'on sait, je dis bien, ALORS QU'ON SAIT que ça soulage les patients ... je dis NON !* » (1.203 à 205). Le MK5 prétend que l'efficacité est prouvée puisque ces techniques fonctionnent dans le sens où elles sont bénéfiques pour les patients [55].

### **3.6. Dans l'ensemble :**

Nous vous présentons, dans cette partie, la somme des résultats de tous les entretiens.

L'histogramme suivant présente les fréquences des catégories, dans l'ensemble du corpus.

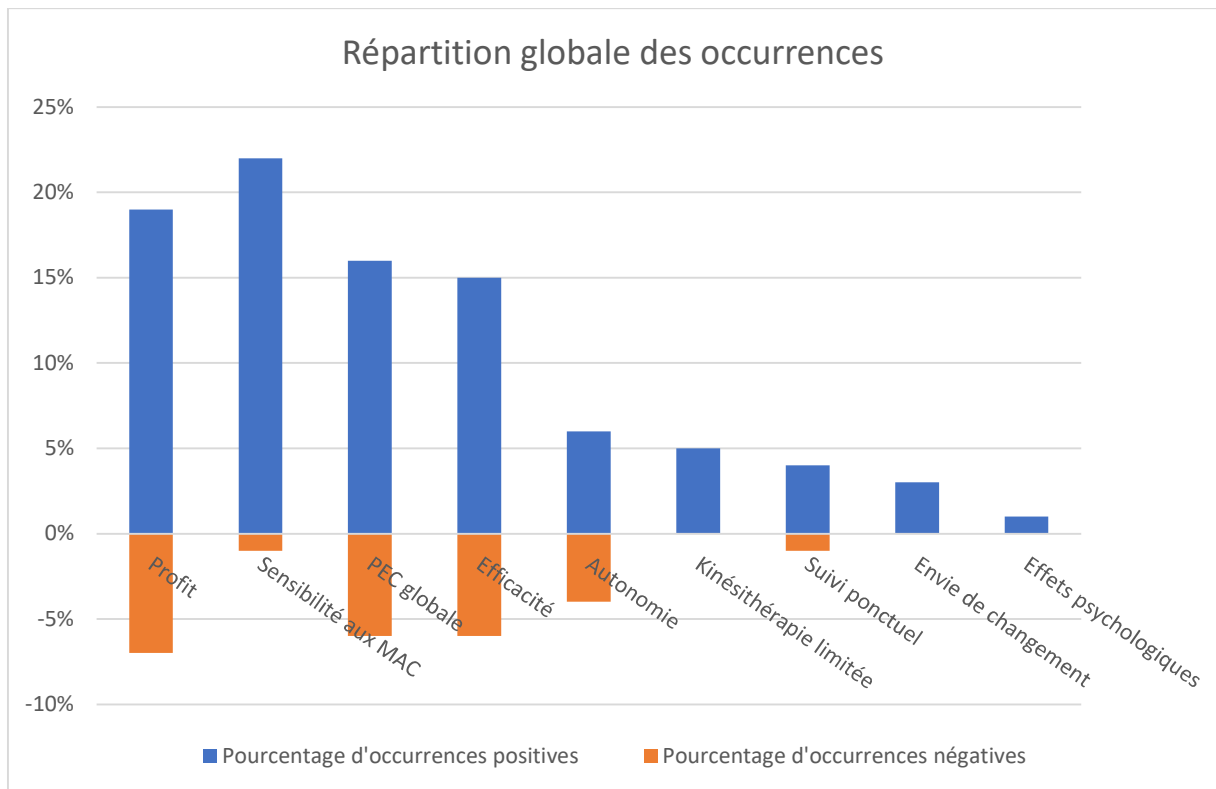


Figure 7 - Répartition globale des occurrences

La catégorie prédominante est celle du « *Profit* » avec plus d'un quart des occurrences (26%).

La catégorie de la « *Sensibilité aux MAC* » et celle de la « *Prise en charge globale* » représentent respectivement 23% et 22% des occurrences totales.

L'« *Efficacité* » représente également 21% des occurrences.

L'« *Autonomie* » regroupe près de 10% des occurrences, pourcentage important pour une catégorie ajoutée *a posteriori*.

Les catégories minoritaires sont celle de la « *Kinésithérapie limitée* » (5%), le « *Suivi ponctuel* » (5%), l'« *Envie de changement* » (3%) et les « *Effets psychologiques* » (1%).

Dans notre dernière partie, nous présentons nos résultats en les rapprochant des données de la littérature. Nous exposons également les limites de notre méthodologie. Enfin, nous concluons notre recherche et proposons des perspectives pour de futurs projets de recherche.



## 4. Discussions :

### 4.1. Synthèse de l'analyse

Sur l'histogramme précédent (Figure n°7), nous retrouvons 26% des occurrences dédiées à la thématique du « *Profit* ». Pour la majorité des MK ce profit se traduit en termes d'apport de connaissances. Le MK1 nous parle de « *développement de [sa] perception tactile* » (MK1-l 51). Le MK2 répète à plusieurs reprises, que la microkinésithérapie a un champ d'action beaucoup plus large que la kinésithérapie. Elle nous cite notamment l'utilisation de la microkinésithérapie pour les « *troubles du sommeil* » ainsi que dans le cas de « *troubles de l'apprentissage* » (MK2-l 26). Le MK5 dit la même chose à propos de l'ostéopathie, quand elle nous dit que l'ostéopathie a un « *champ d'action qui est beaucoup plus large que celui de la kiné* » (MK5-l 49). Tout comme le MK3 qui nous parle de « *sphères complètement différentes* » (MK3-l 51). Le MK3 accentue l'apport de « *nouvelles techniques* » et d'autres « *outils* » grâce à sa formation en ostéopathie (MK3-l 14 et 57).

L'aspect financier est peu présent dans les entretiens. Toutefois, les MK1, MK4 et MK5 s'accordent à dire que les honoraires de kinésithérapie sont faibles et que l'ostéopathie est plus rentable. Le fait que l'ostéopathie ne soit pas remboursée comme la masso-kinésithérapie, est vue comme un « *frein à la consommation* » par le MK3 (MK3-l 143). Alors que pour le MK4, le remboursement restreint de l'ostéopathie « *sauve l'ostéopathe* » (MK4-l 242). Le MK5 rejoint le MK4 sur ce point-là. Elle corrèle également le tarif de l'ostéopathie à une certaine forme de sélection de la patientèle. En effet, d'après le MK5, la patientèle en ostéopathie exprime plus facilement sa « *gratitude* » et cette patientèle est plus en adéquation avec une hygiène de vie saine (MK5-l 174). Elle ajoute également qu'en tant que MK, elle a l'impression de devoir se « *justifier de [ses] compétences* », ce qu'elle trouve « *dégradant* » (MK5-l 132 et 134).

Concernant la « *Sensibilité aux MAC* » des MK interrogés, deux groupes s'opposent. Il y a ceux dont l'influence personnelle est à l'origine de leur attrait pour les MAC, et ceux dont c'est l'influence professionnelle qui a pesé dans la balance.

Le MK2 comme le MK4 ont été sensibilisés aux MAC *via* leur vie personnelle. Le MK2 s'y est intéressée par le biais d'une amie qui s'intéressait à la microkinésithérapie. Son intérêt s'est renforcé lors qu'elle est allée consulter plusieurs microkinésithérapeutes (MK2-l 10 à 18). Quant au MK4, son parcours de vie a exercé une influence majeure sur son intérêt pour les MAC. Il a commencé à consulter un « *guérisseur* » puis une « *radiesthésiste* » pour guérir d'une

pathologie grave diagnostiquée jeune. Il a, par la suite, développé sa spiritualité qui est très présente dans son discours (MK4- 1 48 et 62).

Les MK numéro 1, 3 et 5, ont été influencés par leur entourage professionnel. Pour le MK1, c'est le monde du sport de haut niveau « *demandeur de résultats* » (MK1-1 90) qui l'a influencé. Il y a aussi l'influence d'un collègue kinésithérapeute ostéopathe qui a beaucoup compté (MK1-1 94). C'est également le cas pour le MK5, qui a été influencée par un kinésithérapeute ostéopathe qu'elle remplaçait en début de carrière. Elle le qualifie d'ailleurs de « *mentor* » (MK5-1 42). L'influence des patients est majeure chez le MK3, mais également chez le MK1 et le MK5.

La catégorie « *Prise en charge globale* » est retrouvée dans tous les entretiens. Certains étaient déjà sensibilisés à la globalité en tant que MK, comme les MK numéro 2 et 3 qui se sont formées à la méthode Busquet avant de se former, respectivement, à la microkinésithérapie et à l'ostéopathie (MK2-1 42 ; MK3-1 11). Les autres MK n'ont pas mentionné de formation de ce type, toutefois, ils s'accordent à dire qu'une prise en charge doit être globale et personnalisée, ce que l'ostéopathie leur a permis.

L'« *Efficacité* » est la dernière catégorie déterminée *a priori* mentionnées par tous les MK. Ici aussi, deux groupes s'opposent.

Nous avons les MK numéro 1, 4 et 5 qui sont catégoriques, l'ostéopathie est plus efficace que la kinésithérapie.

Les MK 2 et 3 sont plus nuancées sur la question. Le MK2 attribue de l'efficacité à la masso-kinésithérapie notamment pour l'entretien de la « *mobilité* » (MK2-1 35). Le MK3 nous dit, elle, qu'il y a des bénéfices en ostéopathie qu'elle ne peut pas avoir en kinésithérapie, et inversement (MK3-1 82).

La catégorie ajoutée *a posteriori* la plus citée est celle de l'« *Autonomie* ». Les MK numéro 3, 4 et 5 s'accordent sur le fait qu'ils sont plus libres de choisir leurs techniques en ostéopathie qu'en kinésithérapie. Ils ne sont pas, non plus, limités quant à la durée de leurs séances. Globalement, ces trois MK se sentent limités par la prescription médicale, qui restreint leur prise en charge. Le MK3 l'exprime quand elle dit se sentir « *bridée par la prescription médicale* » (MK3-1 193). Le MK5 se plaint du lien de subordination entre le MK et le médecin (MK5-1 153).

Le MK4 a un besoin criant de liberté, qui passe notamment par la liberté de fixation de ses honoraires, il le répète à de nombreuses reprises.

Dans le discours du MK n°4, une position de « *rébellion* » contre la médecine conventionnelle se ressent. Les lignes 200 à 203, en sont un parfait exemple : « *la médecine, c'est une secte. C'est une secte officielle mais c'est une secte. Ils ne le savent pas forcément, mais c'est une secte, c'est pas forcément de la mauvaise intention mais c'est une secte. Secte dans le sens où ils maintiennent les gens dans la maladie, ils maintiennent les gens dans la dépendance* » (MK4-1 200 à 203).

Tous les MK, sauf le MK1, s'accordent sur le fait que la « *Kinésithérapie est limitée* », mais pour différentes raisons. Pour les MK 2 et 3, elle est limitée dans son champ d'action et dans ses techniques. Alors que pour le MK5, la kinésithérapie est très routinière. Le MK4 considère que la kinésithérapie est limitée « *parce qu'elle ne connaît pas le fonctionnement énergétique du corps humain.* » (MK4-1 121-122).

Les MK 2, 3 et 5 ont accentué la différence de suivi entre l'ostéopathie ou la microkinésithérapie et la kinésithérapie. Cette catégorie de « *Suivi ponctuel* » a donc été ajoutée à notre grille d'analyse. Pour ces MK, avoir des séances tous les six mois voire un an, semble être un réel avantage. Le MK5 illustre parfaitement ce besoin d'un *turnover*, dans les lignes qui suivent : « *Se trainer des patients pendant trente ou quarante séances... c'est pas... bon c'est pas la joie* » (MK5-1 85-86).

Seule le MK2 a mentionné les catégories « *Envie de changement* » et « *Effets psychologiques* ».

#### **4.2. Réponses à la dernière question d'ordre déontologique**

Les réponses données à notre dernière question ont été analysées séparément des autres réponses, puisque cette question n'a pas été construite avec nos catégories *a priori*. Il s'agissait de questionner les MK sur des notions de déontologie.

Pour rappel, notre dernière question était formulée de la façon suivante : « *Depuis la réforme des études de MK de 2015, la masso-kinésithérapie se tourne de plus en plus vers l'Evidence Based Practice, c'est-à-dire la pratique basée sur les faits scientifiques. Or, les effets des médecines alternatives ou complémentaires ne sont que très peu éprouvés par les études. Comment expliqueriez-vous ce paradoxe ?* ».

Nous avons remarqué de nombreuses similarités dans les réponses formulées par les MK.

Les MK numéro 2, 3, 4 et 5 s'accordent à dire qu' « *on ne peut pas non plus tout prouver* » (MK2- 1 140). Le MK5 donne comme exemple la « *perception* », si fine qu'elle serait impossible à mesurer. Le MK4, lui, explique cela en disant : « *l'individu à un temps t, a une visibilité scientifique en fonction de ce qui existe au niveau de la science actuellement, mais c'est pas pour ça que le reste n'existe pas.* ». Donc, d'après le MK4, les connaissances scientifiques ne permettent pas encore de comprendre certains phénomènes.

Cependant, les MK2, 3 et 4 soulignent l'importance de la science à l'école. Pour le MK2 et le MK3, des bases scientifiques sont nécessaires pour harmoniser les informations délivrées lors de la formation initiale, et donc harmoniser les prises en charge. Pour le MK5, les études scientifiques sont primordiales pour prouver l'innocuité des techniques pour le patient. En revanche, à partir du moment où des bienfaits sont ressentis par les patients, en pratique, il n'est pas nécessaire de chercher à prouver scientifiquement l'efficacité des techniques.

Une fois diplômés, les MK 2, 3 et 4 préconisent une ouverture vers d'autres domaines. Le MK4 appuie sur l'importance de « *rester ouvert* » et de ne pas condamner « *les choses qui marchent cliniquement, mais qui ne sont pas prouvées scientifiquement* » (MK4-1 253-255). Pour le MK4 et le MK5, la priorité reste les bénéfices apportés au patient. Ils trouvent que la science peut parfois limiter le choix des techniques. Pour le MK5, c'est une réelle problématique éthique que d'interdire l'utilisation de techniques non éprouvées scientifiquement alors que des bienfaits sont observés sur les patients.

Le MK1 a proposé une tout autre réponse à notre dernière question. Il constate que l'utilisation massive de l'imagerie et des appareils de physiothérapie sont néfastes pour les patients. Il déplore un manque de communication entre les professionnels de santé et leurs patients, ainsi que des prises en charge qui ne sont pas adaptées à chaque patient. Une déshumanisation des consultations en médecine conventionnelle serait, selon lui, corrélée avec un attrait croissant pour les MAC. Les lignes 154 à 162 reflètent sa vision de la prise en charge en kinésithérapie actuellement : « *je vois que les retours sont pas terribles ; c'est que des gens sont gérés, ils sont mis sous des appareils, c'est quasiment plus personnalisé. En fait les kinés ne savent plus faire un interrogatoire, ils ne savent plus faire un bilan, ils lisent une ordonnance et après tout le monde a, à peu près, le même traitement. Sauf que les électrodes, on ne les met pas au même endroit, mais y'a que ça qui change ! C'est à mon avis, un énorme piège qui a été tendu par l'industrie des appareils de physio, en collaboration, bien sûre, avec les logiciels qu'utilisent les médecins pour faire les prescriptions. Et du coup, bah voilà, les kinés se transforment en*

*espèce de salariés des appareils de physiothérapie. Ils mettent en place des traitements qui ont été préprogrammés par des boîtes qui font de la physio et voilà. »* (MK1-1 154 à 162).

Globalement, les MK ne sont pas opposés à l'évaluation des techniques par des études cliniques mais ils priorisent les effets observés sur les patients aux preuves scientifiques. Plusieurs MK ont soulevé qu'en kinésithérapie, dans les recommandations de la HAS, de nombreuses techniques ont de faibles niveaux de preuves. L'exemple de la kinésithérapie, les conforte dans leur raisonnement.

Nous allons maintenant comparer nos résultats avec les résultats de notre revue de la littérature.

#### **4.3. Mise en relation entre les résultats et la littérature**

Notre revue de la littérature donne comme principale raison d'utilisation des MAC par les professionnels de santé, leurs effets psychologiques comme la relaxation [15][38- 42] . Or, un seul MK, le MK2, a cité cet argument lors de nos entretiens. Le faible taux de mention de cette catégorie « *Effets psychologiques* » semble s'expliquer. En effet, dans notre revue de la littérature, nous n'avons pas fait la distinction entre les MAC utilisées. Or, il est aisé d'admettre que certaines MAC sont plus relaxantes que d'autres.

Nos entretiens ont été réalisés sur une majorité de MK ostéopathes. L'ostéopathie n'est pas réputée comme la MAC la plus relaxante. Donc il fait sens, selon nous, que seul le MK microkinésithérapeute ait fait mention de cette catégorie. Si nous avions interrogé des MK formés en hypnose ou en méditation, il est possible qu'ils auraient mentionné les « *Effets psychologiques* » massivement.

Mise à part cette catégorie, nos résultats sont en adéquation avec les données de la littérature.

La formation en MAC permet la « *gratification* » de nouvelles connaissances [47]. L'apprentissage de nouvelles techniques, notamment en ostéopathie, a été mentionné par les MK interrogés. Leur formation leur a permis, également, d'élargir leur champ de compétences, leur permettant de prendre en charge de nouvelles pathologies comme « *les troubles du sommeil* » ou encore « *les troubles de l'apprentissage* ». De nombreux MK admettent s'être sentis limités en kinésithérapie. Ils considèrent que la masso-kinésithérapie a un champ d'action restreint, qu'elle peut devenir routinière et perdre de son intérêt.

Les MK s'accordent à dire que leur formation en MAC a développé voire éveillé leur intérêt pour une prise en charge du patient dans sa globalité [15].

L'influence des patients, très demandeurs d'ostéopathie pour le MK1 et le MK3 est évidente [36] [43]. Il n'y a pas seulement l'influence des patients qui a compté. L'entourage personnel, le parcours de vie ainsi que le milieu professionnel ont eu comme conséquence d'attiser la curiosité des MK pour les MAC.

Les MK sont partagés au sujet de l'efficacité des MAC. L'opinion des MK 2 et 3 est plus mitigée qu'au sein de la littérature [36]. D'autres MK, plus catégoriques, considèrent l'ostéopathie comme indiscutablement plus efficace que la kinésithérapie, notamment dans le traitement de la lombalgie.

Sur le plan financier, les avis sont partagés [47]. D'un côté, les honoraires en ostéopathie et en microkinésithérapie sont plus élevés que ceux perçus en kinésithérapie. Cependant, pour le MK3, la majoration des tarifs complexifie la constitution d'une patientèle et freine la « *consommation* » des soins. Le remboursement des actes de kinésithérapie assure au MK une patientèle fidèle. Le MK4, lui, exprime un point de vue totalement différent quand il dit que le non-remboursement des séances d'ostéopathie « *sauve l'ostéopathie* » (MK4- 1 242). En effet, le MK4 corrèle le remboursement des soins par la Sécurité Social, à une diminution de la qualité des soins. Nous avons ici deux discours ambivalents qui expriment tout à fait clairement la complexité de cette situation.

Les MK nous ont parlé d'un changement de patientèle, avec des caractéristiques radicalement différentes. Toutefois, ils n'ont pas mentionné leur désir d'attirer plus de patients grâce à leur formation en MAC [47]. Le principal bénéfice observé à propos de la patientèle, est un changement de patientèle avec des patients plus impliqués, bienveillants et attentifs aux soins portés par le MK. Certains MK avouent que cela est bien plus agréable de travailler avec ce type de patients.

La recherche de l'autonomie est un argument particulièrement présent dans le discours des MK. Ils souhaitent endosser plus de responsabilités et se désolidariser de la prescription médicale qu'ils qualifient de contraignante. L'intervention en première intention en ostéopathie rend le MK libre de l'élaboration de son plan de traitement et du choix de ses techniques. Le lien de subordination qui lie le MK et le médecin prescripteur, semble être la cause de cette envie de liberté. Il semblerait que les MK-ostéopathes se considèrent dans une position égalitaire à celle du médecin.

Les MK corrélaient également cette autonomie, à une liberté de fixer le temps nécessaire pour une séance, et le tarif correspondant. Cette thématique n'a pas été retrouvée dans notre revue de la littérature.

L'importance d'une prise en charge courte, avec un suivi ponctuel sur le long terme est aussi un argument que nous n'avions pas relevé dans la littérature. Les MK ont souligné les bénéfices d'un renouvellement permanent de la patientèle en ostéopathie, notamment. Les prises en charges en kinésithérapie peuvent se faire sur vingt, trente ou quarante séances et donc s'étaler sur plusieurs mois. Or en ostéopathie, comme en microkinésithérapie, le patient consulte son praticien une voire deux fois consécutives, pour après revenir seulement six mois voire un an plus tard. Cette formule, semble être particulièrement salubre pour le praticien. Puisque le patient consulte son ostéopathe, deux ou trois fois par an seulement, alors dès qu'il fait une séance, elle a un réel bénéfice pour lui. Cette prise en charge que nous pourrions qualifier d'épisodique, semble être un argument important pour les MK.

Dans l'ensemble, nos résultats se recoupent avec les données de la littérature. Il nous est apparu que la catégorie des « *Effets Psychologiques* » est très dépendante du type de MAC pratiquée par les MK. De nouvelles thématiques particulièrement intéressantes ont émergé de nos entretiens, comme le besoin d'autonomie, ainsi que les avantages d'une prise en charge courte et d'un suivi ponctuel.

#### **4.4. Limites de la méthode**

##### **4.4.1. La littérature**

Pour cette recherche nous avons réalisé une revue de la littérature. Lors de celle-ci, nous avons été confrontés à plusieurs défis. La littérature était, au début, particulièrement muette. L'utilisation des MAC en Europe est peu référencée, en France, encore moins... Nous avons donc élargi nos recherches en incluant des articles internationaux. Ces articles nous ont permis de construire un cadre catégoriel *a priori* plus étoffé. Cependant, le statut de la masso-kinésithérapie n'est pas homogène en Europe. C'est également le cas pour les Etats Unis, où la prise en charge de la kinésithérapie est totalement différente de celle en France. Ces différences majeures, en termes d'organisation et de remboursement des soins, sont à noter.

En effet, pour ce travail de recherche nous avons utilisé de la littérature internationale dans des entretiens destinés à des MK français. Nous avons fait ce choix car c'était la seule option qui nous permettait d'obtenir un cadre théorique pour nos interviews.

#### **4.4.2. La constitution de l'échantillon**

Nous n'avons trouvé aucun registre officiel, référençant les MK du département avec leurs formations supplémentaires, ce qui a rendu la constitution de notre liste de MK à contacter, difficile.

Malgré nos critères d'inclusions ouverts aux MK exerçant en salariat, contacter des hôpitaux et des structures de rééducation nous a paru particulièrement complexe. Nous nous sommes donc cantonnés à des MK exerçant en libéral, plus simples à contacter.

Nous avons réalisé cinq entretiens. Nous aurions pu en réaliser plus, mais nous avons fait face à une vague colossale de refus de la part des MK. Sur une cinquantaine de MK contactés, seulement cinq ont accepté de nous recevoir. Beaucoup ont évoqué un manque de temps, et d'autres ont exprimé une grande méfiance vis-à-vis de nos questions. Malgré le temps consacré aux explications de notre projet de recherche, les MK réticents n'ont pas souhaité répondre à nos questions. Cela a diminué nettement notre échantillon de MK à interroger.

Pour le recrutement des MK, nous avons décidé, dès le début, de ne pas nous focaliser sur un seul type de MAC. Nous pensions qu'avoir la vision de MK formés à différentes MAC serait un atout pour notre recherche. Toutefois, nous ne nous attendions pas à avoir un taux de refus aussi élevé. Nous nous sommes donc retrouvés avec cinq MK disponibles dont quatre ostéopathes et un microkinésithérapeute. Nous n'avons pas pris en compte cette hétérogénéité de statuts avant la réalisation de nos entretiens.

La composition de notre échantillon constitue donc une limite majeure de notre méthodologie.

#### **4.4.3. Les entretiens**

Les interviews ont été réalisées par le même interviewer. Nous avons testé notre grille d'entretiens auprès de MK que nous connaissions afin que l'interviewer puisse s'entraîner à poser les questions et formuler des relances. Le rôle de l'interviewer est primordial puisque qu'il se doit d'écouter le MK interrogé, tout en gardant à l'esprit les objectifs de la recherche. Il se doit de repérer les informations pertinentes pour, par la suite, demander au MK de reformuler ou d'approfondir ses propos [61]. Cet aspect de l'entretien est particulièrement complexe, surtout lorsque l'interviewer n'y est pas habitué.

Une relance a été presque impossible à formuler par l'interviewer. Lorsque l'interviewer pose la dernière question, il était prévu qu'il fasse mention du code de déontologie des MK. L'interviewer s'est, plus d'une fois, censuré et n'a pas utilisé la relance suivante : « *Dans le*



*code de déontologie des MK, l'article R.4321-85 indique que le MK ne peut pas proposer à ses patients une technique insuffisamment éprouvée, pensez-vous que cela s'applique ici ?* ». En effet, l'interviewer trouvait cette relance semblait « agressive » même si elle était formulée avec bienveillance. Nous avons donc pris le parti de mentionner cette relance simplement lorsque nous étions en présence d'un MK ouvert au débat. Nous ne voulions pas froisser le MK et le fermer définitivement à la discussion...

#### **4.4.4. La retranscription et l'analyse**

La retranscription des entretiens, a été une étape particulièrement frustrante. En effet, malgré l'effort de l'interviewer à chercher à expliciter un maximum les propos des MK, nous nous sommes souvent trouvés déçus de certaines relances. Il est évidemment plus simple, *a posteriori*, de relever les points importants à approfondir. Dans de nombreux cas, notamment dans les premières interviews, il est évident que l'interviewer n'a pas questionné assez le MK pour lui permettre de développer au mieux ses idées.

Ce dernier point est symptomatique d'une problématique du positionnement de l'interviewer par rapport au MK qu'il interroge. En effet, la personne qui a réalisé les interviews est une étudiante en dernière année de masso-kinésithérapie. Ce rapport d'étudiante à MK en activité a été perturbant pour l'interviewer.

L'analyse de contenu est une étape qualifiée de « *laborieuse* » par Osgood [64]. Elle a été particulièrement fastidieuse, notamment lorsque nous avons décidé d'ajouter de nouvelles catégories *a posteriori*. Certaines ont été pertinentes, comme celle de l'« *Autonomie* » qui a émergé dans plusieurs entretiens. D'autres, comme l'« *Envie de changement* » n'était pas adaptée, et n'a été retrouvée que dans l'entretien du MK2. Si nous prenons du recul, la catégorie « *Kinésithérapie Limitée* » n'est peut-être pas pertinente. Il aurait été possible d'inclure les occurrences de cette catégorie dans la catégorie « *Profit* » en tant qu'occurrences négatives... La catégorisation semble, à première vue, être un processus qui ne nécessite pas énormément de réflexion. En réalité, selon nous, c'est l'étape la plus complexe et la plus chronophage de la méthodologie par entretiens.

L'analyse des propos des MK était un exercice tout nouveau pour nous. Nous ne voulions pas sur-analyser les idées développées par les MK, nous rendant coupable de déformer les propos des MK. Mais, il était nécessaire de faire des conjectures basées sur la compréhension que nous avions du discours. Cet équilibre a été difficile à trouver.

L'explicitation des arguments développés par les MK en réponse à notre dernière question, nous a également posé problème. La plupart des MK ont adopté des artifices pour ne pas se prononcer et rester flou. Nous avons relevé une utilisation accrue de réponses « *préfabriquées* » comme l'argument du « *on ne peut pas tout prouver* ». Ils se sont parfois simplement contentés d'être vagues et d'éluder la question rapidement. Ces astuces, utilisées afin d'éviter de répondre à la question, n'ont pas été relevées au moment de l'entretien. Parfois, l'interviewer n'a pas remarqué que le MK esquivait la question. Dans la majeure partie du temps, l'interviewer n'a pas relevé ces subterfuges de peur de susciter une réaction de rejet de la part du MK.

Il est clair que notre méthodologie est loin d'être parfaite. Toutefois, il s'agissait d'une première pour nous. Se plier aux règles de l'exercice et devoir se positionner en tant que chercheur en face de MKDE fut une expérience tant professionnellement que personnellement, très enrichissante.

Notre travail de recherche n'est pas dénué de limites. La constitution de notre échantillon de MK disponibles pour nos interviews a été une étape particulièrement complexe. Et la conduite d'un entretien n'est pas une chose aisée. Malgré tout, nos résultats nous permettent de conclure sur certains points.

#### **4.5. Conclusion**

L'objectif de ce mémoire était de déterminer les raisons motivant les MK à inclure les MAC dans leur pratique de professionnel de santé. Nous avons tenté de donner un éclairage de ce phénomène grâce à cinq entretiens réalisés auprès de MKDE libéraux pratiquant, pour quatre d'entre eux, l'ostéopathie, et la microkinésithérapie, pour le cinquième.

L'analyse a révélé que les MK se sentaient limités, non seulement dans leur pratique de la kinésithérapie, mais également dans leurs résultats. A travers leur formation en MAC, les MK sont allés chercher ce qu'ils pensaient manquer en kinésithérapie. Se former aux MAC, a permis aux MK d'acquérir de nouvelles compétences. Certains MK ont pu améliorer leur toucher. Pour d'autres, il était nécessaire d'étoffer leur arsenal thérapeutique avec de nouvelles techniques.

La formation continue répond aux désirs des MK de développer de nouveaux acquis. Alors pourquoi ces MK ne se sont-ils pas tournés vers des formations en masso-kinésithérapie, plutôt qu'en MAC ?

Une partie de la réponse se trouve, probablement, dans le point suivant. Nous avons constaté, lors de nos entretiens, que les MK avaient été fortement influencés par leur entourage. Pour

beaucoup de MK ostéopathes, leurs patients étaient demandeurs de séances d'ostéopathie. Ils ont également été influencés par leurs collègues, MK-ostéopathes avant eux. La sphère privée est aussi vectrice d'influence. Un MK a été sensibilisé jeune aux MAC après l'annonce d'un diagnostic d'une pathologie incurable. Lors de cette épreuve, il s'est tourné vers les MAC, pour essayer de trouver ce qui le soulagerait. Il n'est pas hasardeux de corréliser cet intérêt et cette utilisation personnelle des MAC, à son engouement à s'y former en tant que MK, quelques années après.

Les nouvelles techniques acquises, *via* la formation en MAC, ont la particularité de promouvoir une prise en charge du patient dans sa globalité. Cet élément a été énormément relevé par les MK, qui se sentait restreints. Les MK mentionnaient la prescription médicale, comme cause majeure d'une prise en charge sectorielle du patient en kinésithérapie. En effet, pour un patient lombalgique, certains MK nous ont expliqués, que la prescription ne mentionnait que les lombaires et pas la totalité du dos, alors qu'il est parfois nécessaire de traiter les cervicales pour soigner la lombalgie.

Les limitations de prise en charge observées par les MK ont fait émerger une envie d'indépendance et d'autonomie en regard des médecins prescripteurs. L'ostéopathie, comme le microkinésithérapeute, intervient en première intention, et n'est pas une profession prescrite. Donc, il n'est pas soumis à l'autorité du médecin. Se délivrer du lien de subordination qui règne entre MK et médecin, était une envie très présente dans le discours des MK. Les MK interrogés, affirmaient un désir de s'émanciper, de prendre leurs responsabilités afin d'être maître du choix du traitement à mettre en place.

Le sujet de l'efficacité est moins consensuel. Globalement, il ne nous a pas semblé que l'efficacité soit un argument de poids, quant au choix de la formation des MK. Certains MK nous ont assuré être certains que l'ostéopathie était plus efficace que la kinésithérapie, mais les avis sont partagés. Il semblerait que les MK se soient aperçu *a posteriori* de l'efficacité de l'ostéopathie et de la microkinésithérapie.

Le suivi en ostéopathie ou en microkinésithérapie n'est pas le même. En kinésithérapie, certains patients peuvent venir consulter un MK pour une pathologie qui nécessite trente voire quarante séances, notamment dans le domaine de l'orthopédie. Alors qu'en ostéopathie et en microkinésithérapie, le patient peut venir deux fois en séance, pour ne revenir qu'un an après. Ce paramètre, qui n'avait pas été identifié lors de notre revue de la littérature, est apparu dans

le discours de plusieurs MK. Une prise en charge courte, avec un suivi sur le long terme, semble être plus agréable pour ces MK, qu'une prise en charge qui dure dans le temps.

Une question se pose. Est-ce un élément qu'ils avaient pris en compte avant de se lancer dans leur formation ? Ou alors, est-ce un bénéfice observé après coup ? Notre étude n'a pas permis d'amener une réponse à ce questionnement.

#### **4.6. Perspectives**

Nous croyons sincèrement que cette thématique de recherche mérite une attention particulière de la part des professionnels de santé et des étudiants, qui produisent des travaux de recherche. Ce sujet est particulièrement actuel et il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude de grande envergure questionnant les MK français ou les professionnels de santé en général, quant aux motivations qui les ont poussés à se former en MAC.

Nous avons commis l'erreur de ne pas nous focaliser sur un seul type de MAC. Il serait approprié de reprendre le *design* de ce mémoire et de l'appliquer à un échantillon plus important de MK uniquement ostéopathes, par exemple.

Il n'était pas possible pour nous de réaliser un questionnaire différentiel théorisé. En effet, nous ne disposons pas d'un cadre théorique consensuel. A l'avenir, il pourrait être pertinent d'utiliser les résultats de notre recherche et de les utiliser pour l'élaboration des questions d'un QDT.

Possible, il serait intéressant de proposer un questionnaire de « satisfaction » relevant les avantages et les inconvénients du métier de MK. Dans un deuxième temps, nous pourrions recevoir les MK en entretien, les questionner sur leur envie de formation aux MAC, en se basant sur leurs réponses au questionnaire de satisfaction. L'idée générale, réside dans l'importance de mettre en comparaison leur pratique de la kinésithérapie et leur pratique des MAC et de faire émerger les points négatifs et positifs de chacune d'elles.

Il serait également intéressant, d'aller interroger les MK exerçant en tant que salariés, notamment à l'hôpital. Il est possible que leurs motivations soient totalement différentes, de celles des MK libéraux.

## **Bibliographie :**

- [1] Décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019 modifiant le décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques. 2019.
- [2] Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la recherche et de l'innovation. Arrêté du 6 décembre 2019 portant nomination au Conseil national des universités pour les disciplines de santé. 2019.
- [3] Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. La création d'une section sciences de la rééducation et de la réadaptation au CNU, avancée majeure pour la kinésithérapie. Ordre Masseurs-Kinésithérapeutes 2019.
- [4] Direction Générale de la Santé. Les pratiques de soins non conventionnelles. Ministère Solidar Santé 2017. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles> (accessed October 18, 2020).
- [5] Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Référentiel de la profession de Masseur-Kinésithérapeute 2012.
- [6] Journal officiel de la République française n° 0102 du 01/05/1946 1946:64.
- [7] Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. Arrêté du 2 Septembre 2015 2015:134.
- [8] Article 71 de la LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002.
- [9] Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Code de déontologie de la Profession de Masseur-Kinésithérapeute. 3e édition. Paris: 2015.
- [10] CNOMK CN de l'Ordre des M-K, Matthieu P. Guide d'information et de prévention contre les dérives thérapeutiques 2016:17.
- [11] Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Avis du Conseil National de l'Ordre du 22 juin 2012 relatif à la "Fasciathérapie." 2012.
- [12] Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Avis du Conseil National de l'Ordre du 20 et 21 mars 2013 relatif à la "microkinésithérapie." 2013.
- [13] Avis du Conseil National de l'Ordre du 24 mars 2016 relatif à "L'ostéopathie crânienne." 2016.
- [14] CAMbrella. Cambrella reports - European research network. EuroCAM 2012. <https://cam-europe.eu/library-cam/cambrella-research-reports/> (accessed November 18, 2020).

- [15] Hagestuen R, Wichmann R, Johnson M. Parkinson's Disease Symptom Management: An Interdisciplinary Approach. *Handb. Park. Dis.*, CRC Press; 2003, p. 560–73. <https://doi.org/10.1201/9780203912164-29>.
- [16] Brugnoli MP, Pesce G, Pasin E, Basile MF, Tamburin S, Polati E. The role of clinical hypnosis and self-hypnosis to relief pain and anxiety in severe chronic diseases in palliative care: a 2-year long-term follow-up of treatment in a nonrandomized clinical trial. *Ann Palliat Med* 2018;7:17–31. <https://doi.org/10.21037/apm.2017.10.03>.
- [17] Posadzki P, Watson LK, Alotaibi A, Ernst E. Prevalence of use of complementary and alternative medicine (CAM) by patients/consumers in the UK: systematic review of surveys. *Clin Med* 2013;13:126–31. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.13-2-126>.
- [18] Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes). Rapport d'activité Miviludes 2016 et premier semestre de 2017 2017.
- [19] Organisation mondiale de la Santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2013.
- [20] Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF). Fiche pratique : Médecines non conventionnelles. 2019.
- [21] Fønnebo V, Kristiansen TT, Falkenberg T, Hegyi G, Hök J, di Sarsina PR, et al. Legal status and regulation of CAM in Europe 2012:30.
- [22] Article L5311-1 - Code de la santé publique - Légifrance. n.d.
- [23] Arrêté du 3 février 2009 portant création d'un groupe d'appui technique sur les pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique. 2009.
- [24] Salmon F. Formation Médicale Continue : Diplômes Universitaires. Univ Côte Azur n.d. <https://medecine.univ-cotedazur.fr/formation-medicale-continue/diplomes-universitaires> (accessed October 10, 2021).
- [25] Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Avis du Conseil National de l'Ordre du 22 mars 2017 modifiant l'avis du 25 juin 2015 qui a modifié l'avis du 22 juin 2012 et relatif aux diplômes, titres et spécificités. 2017.
- [26] Diplômes d'université (LMD), diplômes universitaires (DU) et diplômes inter universitaires (DIU) examinés et reconnus par le Conseil National. 2018.
- [27] Regnaud J-P, Guay V, Marsal C. Evidence based practice ou la pratique basée sur les preuves en rééducation. *Kinésithérapie Rev* 2009;9:55–61. [https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(09\)70037-3](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(09)70037-3).
- [28] Aristote. *Ethique à Nicomaque*. Hatier. Paris: n.d.
- [29] Nietzsche F. *Ainsi parlait Zarathoustra*. Librairie Générale Française (LGF). Paris: 1972.

- [30] Kant E. *Fondements de la Métaphysique des Mœurs*. Ellipses. Paris: 1785.
- [31] Emmanuel Kant, Constant B. *Le droit de mentir. Mille Et Une Nuits*. Paris: 2003.
- [32] Bentham J. *Traité de législation civile et pénale*. Dalloz. Paris: 2010.
- [33] Mill JS. *Autobiographie*. Aubier. Paris: 1993.
- [34] Mill JS. *L'utilitarisme*. Flammarion. Paris: 2018.
- [35] Delafontaine A. *Réussir la démarche de recherche universitaire en kinésithérapie et thérapie manuelle*. Elsevier Masson; 2019.
- [36] Hughes CM, Quinn F, Baxter GD. Complementary and alternative medicine: Perception and use by physiotherapists in the management of low back pain. *Complement Ther Med* 2011;19:149–54. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2011.03.003>.
- [37] SFETD (Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur). *Le livre blanc de la douleur 2017* 2017.
- [38] Anbar RD. Adding Hypnosis to the Therapeutic Toolbox of Pediatric Respiratory Care. *Pediatr Asthma Allergy Immunol* 2009;22:209–14. <https://doi.org/10.1089/pai.2009.0025>.
- [39] Giannakou I, Gaskell L. A qualitative systematic review of the views, experiences and perceptions of Pilates-trained physiotherapists and their patients. *Musculoskeletal Care* 2021;19:67–83. <https://doi.org/10.1002/msc.1511>.
- [40] Lebeugle A. *Etats des lieux du recours personnel et professionnel aux médecines alternatives et complémentaires, chez les professionnels de santé : étude quantitative transversale auprès des généralistes*. Université Grenoble Alpes : Faculté de médecine, 2020.
- [41] Bontoux D, Couturier D, Menkès C-J. *LES THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES*. 2013.
- [42] Sawni A, Breuner C. Clinical Hypnosis, an Effective Mind–Body Modality for Adolescents with Behavioral and Physical Complaints. *Children* 2017;4:19. <https://doi.org/10.3390/children4040019>.
- [43] Greene P. *Cultural constructions of illness : the client and practitioner perspectives of traditional Chinese medicine*. Perth Western Australia. School of Social Sciences Faculty of Media, Society and Culture, 2010.
- [44] Ostermaier A. *How German general practitioners justify their provision of complementary and alternative medicine – a qualitative study* 2020:8.
- [45] Bartley CI. *Complementary Alternative Medicine: Awareness and Perceptions of Health Care Providers Who Provide Systemic Lupus Care*. College of Health Sciences, 2015.

- [46] Ijaz N, Welsh S, Boon H. A mixed-methods survey of physiotherapists who practice acupuncture and dry needling in Ontario, Canada: practice characteristics, motivations, and professional outcomes. *BMC Complement Med Ther* 2021;21:264. <https://doi.org/10.1186/s12906-021-03440-w>.
- [47] Brissonnet J. *Les pseudo-médecines*. book-e-book. Paris: 2003.
- [48] Schoenberger NE, Matheis RJ, Shiflett SC, Cotter AC. Opinions and Practices of Medical Rehabilitation Professionals Regarding Prayer and Meditation. *J Altern Complement Med* 2002;8:59–69. <https://doi.org/10.1089/107555302753507186>.
- [49] Shorofi SA, Arbon P. Complementary and alternative medicine (CAM) among Australian hospital-based nurses: knowledge, attitude, personal and professional use, reasons for use, CAM referrals, and socio-demographic predictors of CAM users. *Complement Ther Clin Pract* 2017;27:37–45. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.03.001>.
- [50] Eardley S, Bishop FL, Prescott P, Cardini F, Brinkhaus B, Santos-Rey K, et al. A Systematic Literature Review of Complementary and Alternative Medicine Prevalence in EU. *Complement Med Res* 2012;19:18–28. <https://doi.org/10.1159/000342708>.
- [51] Monnais L. Médecines alternatives, du continent nord-américain à l'Asie orientale: Entre exclusion réitérée et pluralisme incorporé. *médecine/sciences* 2017;33:183–7. <https://doi.org/10.1051/medsci/20173302014>.
- [52] Guillaud A, Allenet B, Pinsault N. Does dissatisfaction with physicians lead patients to alternative practitioners? *Complement Ther Clin Pract* 2020;39:101109. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101109>.
- [53] Lin V, Canaway R, Carter B, Manderson L. Room for improvement: complementary therapy users and the Australian health system. *Health Expect* 2015;18:1451–62. <https://doi.org/10.1111/hex.12125>.
- [54] Lazarus A, Delahaye G. Médecines complémentaires et alternatives : une concurrence à l'assaut de la médecine de preuves? *Trib Santé* 2007;n° 15:79. <https://doi.org/10.3917/seve.015.0079>.
- [55] Pinsault N, Monvoisin R. *Tout ce que vous n'avez jamais voulu savoir sur les thérapies manuelles*. Presses Universitaires de Grenoble (PUG). 2019.
- [56] Van Staden A, Joubert G. Interest in and Willingness to Use Complementary, Alternative and Traditional Medicine among Academic and Administrative University Staff in Bloemfontein, South Africa. *Afr J Tradit Complement Altern Med* 2014;11:61. <https://doi.org/10.4314/ajtcam.v11i5.10>.



- [57] Guillaud A, Darbois N, Allenet B, Pinsault N. Predictive factors of complementary and alternative medicine use in the general population in Europe: A systematic review. *Complement Ther Med* 2019;42:347–54. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2018.12.014>.
- [58] Murthy V, Sibbritt D, Adams J, Broom A, Kirby E, Refshauge KM. Self-prescribed complementary and alternative medicine use for back pain amongst a range of care options: Results from a nationally representative sample of 1310 women aged 60–65 years. *Complement Ther Med* 2014;22:133–40. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2013.11.013>.
- [59] Murthy V, Sibbritt D, Adams J, Broom A, Kirby E, Refshauge KM. Consultations with complementary and alternative medicine practitioners amongst wider care options for back pain: a study of a nationally representative sample of 1,310 Australian women aged 60–65 years. *Clin Rheumatol* 2014;33:253–62. <https://doi.org/10.1007/s10067-013-2357-5>.
- [60] De Singly F. *Le questionnaire*. 3e édition. Paris: Armand Colin; 2012.
- [61] Blanchet A, Gotman A. *L'entretien*. 2e édition. Armand Colin; 2015.
- [62] Fenneteau H. *Enquête : entretien et questionnaire*. 3e édition. Dunod; 2015.
- [63] Louise Barriball K, While A. Collecting data using a semi-structured interview: a discussion paper. *J Adv Nurs* 1994;19:328–35. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01088.x>.
- [64] Bardin L. *L'analyse de contenu*. 2e ed. Paris: Presses Universitaires de France; 2013.
- [65] Berelson B. *Content analysis in communication research*. Hafner Publ. Co. New York: 1971.
- [66] Le Cortecs – Collectif de Recherche Transdisciplinaire Esprit Critique & Sciences n.d. <https://cortecs.org/> (accessed December 2, 2021).

## Annexe I : Fiche d'informations et de recueil de consentement

### Fiche d'informations & Autorisation :

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ autorise l'enregistrement de mon entretien par Madame Marine DJOUZI, étudiante en EMK5 à l'IFMK Niçois 15 boulevard Général Louis DELFINO 06300 Nice, dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Mes informations resteront anonymes, et l'enregistrement ne servira qu'à la simple retranscription de mes dires.

- Année d'obtention du diplôme :
- École de formation :
- Diplômes et formations supplémentaires :

Fait le :

À :

Signature du Masseur-kinésithérapeute précédée de la mention « Lu et approuvé : bon pour accord » :

Signature de l'étudiante :

DJOUZI Marine EMK5

## **Annexe II : Retranscription de l'entretien avec le MK n° 1**

1 **I : Tout d'abord, je tiens à vous remercier pour le temps que vous m'accordez.**

2 MK1 : Je vous en prie, avec plaisir

3 **I : C'est gentil ! Afin de vérifier que les critères d'inclusion sont bien remplis, pouvez-vous**  
4 **me confirmer que vous êtes MK diplômé d'Etat, encore en activité et que vous êtes formé**  
5 **à l'ostéopathie ?**

6 MK1 : Oui.

7 **I : Très bien. D'abord, comment vous est venue l'idée de vous intéresser à l'ostéopathie ?**

8 MK1 : En fait, parce que moi j'ai, quand j'étais kin... quand j'étais étudiant en kiné, j'étais  
9 aussi athlète de haut niveau. Et quand j'ai été diplômé, j'ai été directement intégré dans les  
10 équipes de France olympiques en tant que kiné. Et là j'ai rencontré, dans les autres disciplines,  
11 des gens qui avaient déjà cette double formation. Donc voilà, ils m'ont donné des conseils. Et  
12 surtout quand j'ai commencé à pratiquer la kiné, je me suis rendu compte qu'il y avait des  
13 domaines dans lesquels je plafonnais en fait. Je voyais qu'il y avait des choses à faire mais  
14 j'avais pas l'impression d'être très efficace. Voilà. Moi y'a un conseil que j'ai vraiment respecté  
15 c'est, on m'avait dit qu'il fallait d'abord pratiquer la kiné, plusieurs années, pour se poser les  
16 questions. Parce qu'ensuite quand on allait attaquer cette formation en ostéopathie, du coup, on  
17 allait trouver ces réponses. Et ça allait être beaucoup plus constructif que d'enchaîner  
18 directement les études d'ostéopathie après la kiné. Et, je trouve que ça a été un très bon conseil.  
19 Voilà.

20 **I : D'accord, et est-ce que vous, avant de vous former à l'ostéopathie, vous aviez fait des**  
21 **séances d'ostéopathie pour votre usage personnel ?**

22 MK1 : Non, je n'avais jamais été traité en ostéopathie. Je suis arrivé à faire des études de kiné  
23 parce que, comme j'étais sportif, je suis allé faire de la kiné, j'avais trouvé que c'était très  
24 intéressant, c'était quelque chose de voilà, donc c'est comme ça que j'ai commencé. Mais  
25 l'ostéopathie, j'avoue que je ne connaissais pas du tout et que j'avais jamais été traité en  
26 ostéopathie avant de commencer mes études. Bizarrement.

27 **I : Et, quand vous étiez simplement kiné, est-ce que vos patients étaient demandeurs**  
28 **d'ostéopathie ?**

29 MK1: Oui, oui, surtout dans le milieu du sport de haut niveau. En fait c'était très dérangeant,  
30 parce que moi je les suivais, mais ils avaient quand même besoin d'aller voir d'autres personnes.  
31 Pour des choses que moi je n'arrivais pas à résoudre. Et j'avoue que mon égo en a pris un petit  
32 coup, et que ça m'a un peu motivé à faire de l'ostéopathie, voilà.

33 **I : D'accord. Maintenant j'aimerais savoir, dans quelles situations utilisez-vous**  
34 **l'ostéopathie ?**

35 MK1: Alors moi je l'utilise surtout pour des problèmes aigus. Donc ce sont des gens qui peuvent  
36 venir en première intention, quand ils me connaissent déjà. Ou alors, euh, ils peuvent venir, on  
37 va dire, envoyés par leur médecin qui a déjà fait un premier diagnostic. Et ensuite j'interviens  
38 moi, pour essayer de modifier des terrains, c'est-à-dire des gens qui ont des pathologies  
39 chroniques ou récurrentes et qui essaient de trouver des solutions pour arriver à à modifier, à  
40 modifier cette récurrence. Voilà, donc c'est un peu deux façons, deux façons de travailler, et  
41 voilà.

42 **I : D'accord, donc vous réalisez des séances, uniquement d'ostéopathie ou...**

43 MK1: Non, moi en fait j'ai à la fois des séances de kiné et à la fois des séances d'ostéopathie.  
44 Et ça ça peut être sur le même patient. Je peux inclure une séance d'ostéopathie au milieu d'un  
45 traitement de kiné.

46 **I : D'accord.**

47 MK1: Je reçois aussi des gens en ostéopathie, en première intention, voilà.

48 **I : Ok. D'accord, je vois. Pouvez-vous me dire, quels ont été les apports de l'ostéopathie à**  
49 **votre prise en charge de MK ?**

50 MK1: Alors, il y a vraiment quelque chose qui a été, euh, super intéressant pour moi, c'est que  
51 ça m'a demandé à moi, de développer ma perception tactile. Et ça j'ai trouvé ça génial. Surtout  
52 que j'ai eu la chance, un peu par hasard, de choisir une école, qui enseignait l'ostéopathie  
53 fonctionnelle. C'est-à-dire, il y a deux extrêmes, l'ostéopathie fonctionnelle et l'ostéopathie  
54 structurelle. Et nous c'était vraiment, ce qu'on a appris, c'est des techniques où vraiment on  
55 n'appliquait comme force que ce que le corps acceptait de recevoir. C'est-à-dire, on ne fait pas  
56 des techniques où on met en tension et d'un coup on va pousser, on va faire un *thrust* . C'est  
57 vraiment quelque chose où il fallait vraiment sentir et contrôler la technique du début jusqu'à  
58 la fin. Voilà. Et en fait, en développant, en fait j'ai trouvé ça extraordinaire, parce que plus je  
59 développais ma perception manuelle, tactile, plus je découvrais comme le corps réagissait et

60 c'était comme si je découvrais un nouveau monde. Il y avait les bases d'anatomie, mais il y  
61 avait aussi la façon dont le corps réagissait et ça, vraiment, ça a été vraiment génial. Voilà.  
62 Après, ce que ça m'a apporté, c'est de l'efficacité aussi. C'est-à-dire que là, avoir des patients  
63 qu'on arrive à soulager en une, deux, trois séances, c'est incroyablement gratifiant. Voilà.

64 **I : D'accord, et du coup, vous diriez qu'il y a des effets de l'ostéopathie, que l'on ne peut**  
65 **pas avoir en kiné ?**

66 MK1: Oui, ça j'en suis sûr. En fait il y a certaines choses... En fait voilà, en kiné, c'est sûr moi  
67 je me souviens, qu'on me disais tout le temps de ne jamais passer par-dessus la douleur. De ne  
68 pas être douloureux pour le patient. Et en fait, je me rendais compte avec tous les autres dans  
69 la promo, qu'on entendait ça, on l'écrivait, quand on nous demandait, voilà, dans un devoir, on  
70 écrivait qu'il fallait être infradouloureux. Mais, en fait on ne savait pas vraiment ce que ça  
71 voulait dire. Et en fait, on a l'impression que si on pousse pas, si on fait pas mal, il ne se passe  
72 rien. Et c'est la grosse différence avec ce que je vous disais tout à l'heure, c'est qu'à partir du  
73 moment où on arrive à ressentir ce qu'il se passe dans le corps, on comprend qu'il ne faut pas  
74 être douloureux. Parce qu'on voit comment le corps réagit à la douleur et du coup, on voit que  
75 le corps installe des sécurités qui font qu'on n'arrive pas à libérer certains tissus, en fait.

76 **I : D'accord, je comprends... Donc on lève une certaine résistance au corps quand on ...**

77 MK1 : En fait moi, quand j'explique ça à des patients, pour résumer à l'extrême, je leur dis,  
78 c'est le système de la ceinture de sécurité. Si elle est verrouillée, si le cliquet est enclenché et  
79 que vous voulez retrouver sa mobilité, il faut d'abord repartir dans l'autre sens, dans le sens où  
80 elle veut bien aller. Faut pas essayer de tirer sur la sécurité. Et bah en fait, c'est exactement  
81 pareil. Ce que moi je ressens, et ce que ressentent les gens qui pratiquent le fonctionnel, c'est  
82 déjà d'accompagner le corps dans sa facilité et à ce moment-là on arrive à faire que le corps  
83 accepte de relâcher certaines réactions de tension. Voilà.

84 **I : D'accord, donc euh... Vous m'avez dit que l'ostéopathie, ça vous aidé à améliorer votre**  
85 **perception tactile, est-ce que, en dehors des effets d'efficacité pour les patients, est-ce que**  
86 **vous avez observé d'autres bénéfices en tant que professionnel de santé ?**

87 MK1: Euh ...

88 **I : Même au niveau, organisationnel, le changement de patientèle ...**

89 MK1: Ah oui, bah ça c'est sûr ! Là c'est sûr, parce que moi j'ai eu la chance, déjà d'intégrer le  
90 sport de haut niveau du coup qui était demandeur de résultats. C'était pas ... Malheureusement

91 dans les cabinets on a aussi des gens qui viennent parce que c'est du *cocooning*, il faut les  
92 prendre en charge, ils ont besoin qu'on les écoute etc ... Dans le milieu du sport, il y a de la  
93 psychologie mais il y a aussi une demande de résultats. Et... après j'ai eu la chance d'intégrer  
94 un cabinet où il y avait un kiné ostéopathe qui était très performant. Et j'ai compris, qu'il était  
95 vraiment en permanence en recherche d'efficacité. Ce que je n'avais pas vu encore dans les  
96 cabinets où j'avais fait des remplacements etc où les gens géraient beaucoup les planning etc  
97 mais l'obsession c'était pas vraiment de ... de soigner les gens. Donc à partir du moment où  
98 moi j'ai été motivé, de me dire que j'avais déjà quelqu'un à côté de moi qui était performant,  
99 ça m'a poussé à l'être aussi. Et d'un coup c'est vraiment devenu une motivation, il fallait que  
100 j'arrive à soigner les gens, à les soulager. Et ça en fait c'est une incroyable motivation parce  
101 que du coup, on fait des recherches, on fait... on essaie de comprendre ce qu'il se passe sur  
102 plusieurs patients etc... voilà, ça c'était vraiment une motivation incroyable. Et l'ostéopathie,  
103 ça m'a permis, d'être efficace, de répondre à ce besoin. Voilà.

104 **I : Du coup, est-ce que vous diriez, que le fait d'être ostéopathe, ça vous a permis de**  
105 **toucher une patientèle différente ?**

106 MK1: Euh... je pense que ça a touché au début, plus maintenant parce que je pense que ça s'est  
107 bien démocratisé. Mais au début, ça touchait des gens qui, qui se posaient plus de questions sur  
108 leur santé, qui ne subissaient pas que ce que leur médecin leur disaient. Ils étaient quand même  
109 en recherche ... Parce que c'était pas quelque chose de très très répandu, et c'était pas du tout  
110 conseillé par les médecins. La majorité des médecins ne voulait pas que les gens aillent voir  
111 des ostéopathes. Donc c'était déjà, des gens qui étaient dans un état d'esprit particulier, donc  
112 c'était très agréable parce qu'ils étaient à l'écoute et qu'on pouvait leur expliquer les choses.  
113 Maintenant, c'est différent parce qu'il y a tellement d'ostéopathes partout que les gens ... ça  
114 devient normal, donc que euh voilà. Au début c'était super motivant pour ça... Donc oui au  
115 début, il y a eu une patientèle, moi j'ai fini mes études d'ostéo en 2005, et au début j'avais une  
116 patientèle qui était vraiment, très très euh pointue en fait. Des sportifs de haut niveau mais aussi  
117 des gens qui souvent pratiquaient déjà des médecines alternatives, qui faisaient même du yoga,  
118 de la sophro' des choses comme ça, voilà.

119 **I : Et donc de nos jours, vous dites que ce n'est plus le cas ?**

120 MK1: C'est... y'en a encore, certains. Mais la majorité, ils vont chez l'ostéo comme si ils  
121 allaient chez le kiné avant, quoi. Généralement, ils viennent quand ils ont un symptôme. Et

122 après certains, quand ça va, ils ont l'idée de venir en prévention. C'est rare de voir des gens,  
123 alors qu'ils n'ont jamais rien eu, qui viennent comme ça.

124 **I : Et euh...**

125 MK1: Moi j'utilise beaucoup plus de techniques d'ostéo que de kiné. Moi j'ai aucun appareil  
126 de physio, j'ai rien du tout, je fais tout manuellement, quoi. J'ai même pas de quoi utiliser euh,  
127 du froid, euh, du chaud, voilà. J'ai rien du tout, j'ai juste ma table et c'est tout. Donc je fais des  
128 techniques de renforcement musculaire, de euh, je conseille sur des rééducations  
129 proprioceptives, des choses comme ça. Mais, euh, la majorité du temps j'utilise quand même  
130 de l'ostéo. Voilà.

131 **I : Dernière question, depuis la réforme des études de MK de 2015, la masso-**  
132 **kinésithérapie se tourne de plus en plus vers l'*Evidence Based Practice*, c'est-à-dire la**  
133 **pratique basée sur les faits scientifiques. Et on voit de plus en plus de kinés se former à**  
134 **des médecines alternatives ou complémentaires. Or, les effets de ces techniques ne sont**  
135 **que très peu éprouvés par les études. Est-ce que vous trouvez ça paradoxal ? et si oui,**  
136 **comment expliqueriez-vous ce paradoxe ?**

137 MK1: Bah pas du tout, je ne trouve pas ça paradoxal. En fait je trouve que le problème à l'heure  
138 actuelle c'est que, c'est vrai pour la kiné mais c'est vrai aussi pour, je trouve, la médecine aussi  
139 ... C'est qu'on fait des diagnostics sur des résultats d'examens. C'est des diagnostics qui sont  
140 faits sur du chiffré etc, alors que bon, il y a quand même d'autres choses à observer que des  
141 chiffres. Et ça c'est, c'est d'ailleurs ce qu'arrive à exprimer la majorité des patients... euh... ils  
142 sentent bien qu'il y a un problème, on ne les ausculte plus, on leur demande juste de faire des  
143 examens et les médecins reçoivent les résultats et on leur dit « le diagnostic c'est ça ». Euh,  
144 bah, on voit aussi le cas des téléconsultations qui sont arrivées avec le covid mais qui finalement  
145 se généralisent pour des trucs euh voilà... Euh, moi je vois, j'ai des patients que je reçois pour  
146 la première fois, qui arrivent, et la première chose qu'ils font c'est de poser leurs résultats sur  
147 le bureau et puis ils me disent : « bah voilà, j'ai ça ». Voilà, en fait, ils ne me parlent même pas  
148 de leurs symptômes, ils me parlent juste des résultats de leurs examens. Voilà, donc là à mon  
149 avis il y a un souci. Et je pense qu'une partie de la population, y'a qu'à voir l'attrait pour le  
150 yoga et pour toutes ces techniques-là, les gens se rendent compte qu'il y a autres choses que ça,  
151 considérant l'être humain. Et je trouve que si la kiné va que dans le sens du factuel etc, des  
152 résultats d'examens, ça va mal se terminer. Déjà, moi je trouve ça navrant la façon dont les  
153 cabinets, moi j'ai fait beaucoup de remplacements en début de mon activité, et je vois que le

154 problème s'accroît, et je vois que les retours sont pas terribles ; c'est que des gens sont gérés,  
155 ils sont mis sous des appareils, c'est quasiment plus personnalisé. En fait les kinés ne savent plus  
156 faire un interrogatoire, ils ne savent plus faire un bilan, ils lisent une ordonnance et après tout  
157 le monde a, à peu près, le même traitement. Sauf que les électrodes, on ne les met pas au même  
158 endroit, mais y'a que ça qui change ! C'est à mon avis, un énorme piège qui a été tendu par  
159 l'industrie des appareils de physio, en collaboration, bien sûr, avec les logiciels qu'utilisent les  
160 médecins pour faire les prescriptions. Et du coup, bah voilà, les kinés se transforment en espèce  
161 de salariés des appareils de physiothérapie. Ils mettent en place des traitements qui ont été  
162 préprogrammés par des boîtes qui font de la physio et voilà. Dans les cabinets, on a une  
163 succession de postes où on branche les gens à des appareils et c'est assez... enfin moi je pense  
164 que ça, ça va poser problème.

165 **I : Du coup vous, vous n'étiez pas du tout dans cette optique de prise en charge, et**  
166 **l'ostéopathie vous a permis de prendre le patient dans sa globalité ?**

167 MK1: Exactement, c'est complètement l'opposé, en fait. En tout cas, moi la façon dont je  
168 travaille, c'est tout à fait l'opposé. Alors c'est vrai que, quand y'a des gens qui me voient  
169 travailler, ils ont l'impression que j'utilise les mêmes outils, parce que c'est vrai, je ne réinvente  
170 pas toutes les techniques. Mais quand on sent ce qu'il se passe dans le corps des patients, on ne  
171 met pas au même endroit la pression, la contre pression, on ne met pas la même pression parce  
172 que justement on sent ce qu'il se passe. Du coup, euh, chaque traitement est individualisé. Et je  
173 vois moi, beaucoup de patients qui reviennent... ici on a beaucoup de gens qui ont ici une  
174 résidence secondaire et donc qui se font traiter le reste de l'année à d'autres endroits dans des  
175 cabinets traditionnels en kiné euh ... les retours sont pas très souvent élogieux. Ah bah ils en  
176 ont marre qu'on les mette dans un box et qu'on revienne vingt minutes après, on change  
177 l'appareil, on les masse deux minutes et après c'est terminé quoi. Donc euh, ça, ça existait déjà  
178 quand j'étais en début d'activité mais je vois que ça a augmenté, ça a augmenté, le problème...  
179 Donc après il se pose la question du temps que l'on a à accorder à un patient. C'est-à-dire  
180 qu'avec les honoraires qui ne sont pas réévalués à leur juste valeur, on est obligé de prendre  
181 plusieurs patients en même temps et c'est qui fait chuter la qualité des traitements en kiné. Et  
182 ça c'est... c'est ... c'est pas bon du tout, quoi. Mais bon, c'est pareil, on est pris au piège de ce  
183 système aussi. Et je pense qu'à l'heure actuelle, si je ne me trompe pas, quand on signe une  
184 convention avec la CPAM on s'engage à prendre qu'un seul patient par demi-heure, donc je  
185 pense qu'il doit y avoir quatre-vingt-dix-neuf pourcent des kinés en France qui doivent être  
186 dans l'illégalité ! Donc tout le monde, ne dit rien, car tout le monde sait qu'il est dans l'illégalité,



187 donc le système... bah on n'a plus rien à dire et on doit juste obéir à ce que la caisse nous dit et  
188 puis voilà, les kinés ne disent rien. Chacun travaille dans son coin, en espérant qu'il ne soit pas  
189 attrapé.

190 **I : En fait, d'après ce que vous dites, c'est comme un cercle vicieux. Les honoraires de**  
191 **kiné ne sont pas revalorisés donc les kinés se contentent du minimum et puisqu'on se**  
192 **contente du minimum, on n'est pas revalorisé ...**

193 MK1: Exactement ! et du coup la qualité des soins n'est pas bonne, parce que pour garder un  
194 cabinet comme ça, comme le mien, bon j'ai de la chance d'avoir beaucoup d'espace, mais tout  
195 seul, c'est pas possible normalement. En ayant un patient par demi-heure, c'est juste pas  
196 possible. Donc ça veut dire que dans un cabinet comme ça euh... normalement y'a trois ou  
197 quatre kinés, entre ceux qui sont à domicile etc... donc à la limite après les patients sont les uns  
198 sur les autres, ça pose aussi de sacrés problèmes aussi hein... Moi je vois, quelqu'un euh... j'ai  
199 des collègues qui ont des cabinets où presque les gens se voient, ça pose des problèmes parce  
200 que du coup les patients sont pas forcément détendus. Ils ont des gens à côté d'eux, ils sont en  
201 sous-vêtements parfois... et même pour la confidentialité et le secret professionnel... C'est  
202 super gênant, voilà, et puis pour l'hygiène aussi. Parce que quand vous faites tourner un cabinet  
203 avec trois, quatre kinés qui font tourner des patients là-dedans, pour garder un bon niveau  
204 d'hygiène... c'est quelque chose ! Voilà, je pense vous avoir tout dit !

205 **I : Ecoutez, merci beaucoup, si vous n'avez plus rien à ajouter, je peux couper**  
206 **l'enregistrement.**

207 MK1: bah écoute, je pense que c'est bon... En tout cas je trouve ton sujet intéressant et après  
208 si tu décides de te former en ostéopathie, ce qui est intéressant c'est d'avoir déjà une patientèle  
209 en kiné parce que immédiatement, quand tu fais ta formation derrière, tu peux tout de suite  
210 commencer à proposer ça à tes patients déjà. Et du coup quand tu retournes au séminaire  
211 suivant, t'as des questions, tu vois ? C'est super important, c'est comme ça que tu ne perds rien.

212 **I : Et vous c'est ce que vous aviez fait, d'implémenter petit à petit des techniques d'ostéo ?**

213 MK1: exactement, oui, moi j'étais Outre-mer, j'étais à St Barth' quand j'ai commencé, donc la  
214 seule école qui me permettait de me former, j'ai eu de la chance, elle permettait de pas faire des  
215 weekend de formation mais de faire plusieurs mois, répétés en fait. Donc euh, je rentrais, je me  
216 formais pendant un mois, je repartais et après j'avais six mois voire un an pour tout  
217 expérimenter. Voilà, donc ça, ça a été super pour moi.

218 **I : Ok, d'accord... Et quels ont été les retours de la patientèle quand vous avez commencé**  
219 **à implémenter justement les techniques que vous aviez apprises en formation ?**

220 MK1 : Bah directement, très rapidement ça a été de super retours, c'est très très rapide. Après  
221 ça dépend des techniques que tu vas utiliser. Si tu te formes au structurel, le problème c'est  
222 qu'il y a beaucoup de jeunes ostéopathes qui s'arrêtent au structurel parce que t'as pas besoin  
223 d'avoir une perception très fine. Tu vas appliquer des techniques où tu vas faire des *thrust*  
224 toujours dans le même sens et ils ne font pas l'effort de chercher à sentir ce qu'il se passe. Voilà,  
225 c'est ce qui va vraiment différencier les quatre-vingts pourcent des ostéopathes qui font du  
226 structurel, des vingt autres pourcent qui ont vraiment cherché à sentir ce qu'il se passait... Et  
227 quand tu reçois quelqu'un qui a déjà eu des séances de chiro ou d'ostéo faite avec des techniques  
228 structurelles et qui n'a pas dosé correctement, ça se sent tout de suite, parce que le patient met  
229 en place des systèmes de défense en fait, donc c'est long parce qu'il faut les remettre en  
230 confiance etc. C'est même de l'ordre du réflexe, il faut y aller tout doucement, et ça se sent tout  
231 de suite ! Moi de toute façon, je ne force pas sur quelqu'un qui se défend ... Juste pour  
232 l'anecdote, il m'est arrivé deux fois d'avoir des patients, sur ma table, si j'avais forcé, ils  
233 auraient... un était mort et l'autre était paraplégique... Un, c'est un médecin qui m'envoie un  
234 patient avec une douleur cervicale et qui comprenait pas ce qu'il se passait... Si j'avais fait la  
235 moindre manipulation en force sur les cervicales, je finissais de lui déchirer la carotide. Il avait  
236 la carotide qui était en train de se déchirer, donc il mourrait sur l'instant. Après le deuxième,  
237 c'était un jeune, il avait une douleur thoracique, autour de la huitième dorsale à peu près, et  
238 pareil j'aurais utilisé des techniques pour passer en force... en fait il avait une tumeur sur une  
239 vertèbre, et là où elle était placée, la tumeur aurait éclaté, et la moelle épinière y passait donc  
240 euh... c'est pour dire que des techniques de *thrust* faites sur de la douleur, c'est un gros risque.  
241 Même si c'est un patient envoyé par un médecin. Parce que je veux dire, moi, quelqu'un ...  
242 mes patients auraient su qu'un patient était mort sur ma table, j'aurais eu beau dire « oui mais  
243 c'est pas de ma faute, c'est un médecin qui me l'a envoyé », le problème était le même. Tu peux  
244 fermer ton cabinet et aller t'installer à plusieurs centaines de kilomètres.

245 **I : C'est sûr... Et donc c'était par rapport à l'interrogatoire et aux signes qu'ils vous ont**  
246 **rapporté que vous avez suspecté quelque chose ...**

247 MK1 : Moi j'ai pas diagnostiqué, je l'ai su après, dans les deux cas, c'est les médecins qui  
248 m'ont appelé en me disant carrément « euh, bah vous avez eu du bol, vous avez bien fait de pas  
249 forcer parce que là y'avait un problème grave ». Les deux fois, c'est les médecins qui m'ont

250 appelé. En fait c'est simplement que moi j'ai respecté la douleur du patient, c'est-à-dire que j'ai  
251 commencé à me mettre en position pour faire les techniques, et quand j'ai commencé à travailler  
252 sur les tissus etc j'ai vu qu'il y avait quelque chose de pas normal. Voilà, il y a une défense, en  
253 fait, qui s'installe, et j'ai pas insisté. Voilà. Juste pour dire qu'il faut prendre le temps de se  
254 former au niveau de la perception et en plus c'est beaucoup plus intéressant que de faire des  
255 *thrust* toute la journée dès qu'on voit une lombalgie. Après c'est vrai que moi j'ai des patients  
256 qui viennent et qui me disent « c'est normal que ça n'ait pas craqué ? » parce qu'on les a  
257 conditionnés en leur disant pour que ça marche 'faut que ça craque ... Et c'est en leur montrant  
258 que ça marche sans faire craquer qu'on arrive à les déconditionner... Voilà.

259 **I : Merci beaucoup, encore une fois, pour le temps que vous m'avez accordé.**

### Annexe III : Tableau de synthèse d'analyse de l'entretien n°1

Entretien N°1				
Catégories	Exemple de citations	Références (n° de lignes)	Fréquences d'apparition	Observations diverses
Catégories identifiées a priori				
Effets psychologiques	-	-	0%	Catégorie non mentionnée
Prise en charge globale du patient	<p>« quand on sent ce qu'il se passe dans le corps des patients, on ne met pas au même endroit la pression »</p> <p>« chaque traitement est individualisé »</p> <p>« les kinés se transforment en espèce de salariés des appareils de physiothérapie »</p>	<p>lignes 170-171</p> <p>ligne 172</p> <p>ligne 160-161</p>	34%	
Sensibilité aux MAC	<p>« j'ai rencontré, dans les autres disciplines, des gens qui avaient déjà cette double formation »</p> <p>« j'ai eu la chance, déjà d'intégrer le sport de haut niveau du coup qui était demandeur de résultats »</p> <p>« j'ai eu la chance d'intégrer un cabinet où il y avait un kiné ostéopathe qui était très performant »</p>	<p>ligne 11</p> <p>lignes 89-90</p> <p>lignes 93-94</p>	20%	Influence du milieu sportif et professionnel très importante.
Efficacité	<p>« j'avais pas l'impression d'être très efficace »</p> <p>« avoir des patients qu'on arrive à soulager en une, deux, trois séances »</p> <p>« il fallait que j'arrive à soigner les gens, à les soulager »</p>	<p>ligne 14</p> <p>lignes 62-63</p> <p>lignes 99-100</p>	27%	En tant que MK, il se sentait limité en termes d'efficacité.

Profit	<p><i>« c'est incroyablement gratifiant »</i></p> <p><i>« En ayant un patient par demi-heure, c'est juste pas possible »</i></p> <p><i>« se former au niveau de la perception »</i></p>	<p>ligne 63</p> <p>lignes 195-196</p> <p>lignes 253-254</p>	19%	Le profit est financier, mais l'ostéopathie lui a permis d'acquérir des nouvelles compétences.
Nouvelles catégories mentionnées dans l'entretien				
-	-	-	-	-

#### **Annexe IV : Retranscription de l'entretien avec le MK n° 2**

1 **I : Tout d'abord, je tiens à vous remercier pour le temps que vous m'accordez.**

2 MK2 : Avec plaisir !

3 **I : Afin de vérifier que les critères d'inclusion sont bien remplis, pouvez-vous me**  
4 **confirmer que vous avez été masseur-kinésithérapeute et que vous êtes formée à la**  
5 **microkinésithérapie ?**

6 MK2 : Tout à fait, tout à fait j'ai été kiné jusqu'à y'a un an et demi et je suis maintenant  
7 microkiné.

8 **I : Ok, super. Du coup, est-ce que vous pourriez me dire pour quelles raisons vous êtes-**  
9 **vous intéressez à la microkiné ?**

10 MK2 : Alors euh, j'ai une de mes amies qui m'en parle depuis qu'on est diplômées donc depuis  
11 une quinzaine d'années. Et euh, ça ne me parlait pas spécialement. Je trouvais ça intéressant  
12 mais voilà, c'était un peu moins cartésien que ce que je ne le suis. Et puis, petit à petit, l'envie  
13 de faire autre chose, d'élargir un peu le champ de compétences... la kiné est un beau métier  
14 mais euh... on est limité dans certains trucs et j'avais envie de faire autre chose.

15 **I : D'accord... d'accord... est-ce que vous aviez fait, vous, des séances de microkiné pour**  
16 **vous, avant de vous former ?**

17 MK2 : Tout à fait, oui, j'ai fait deux séances avant de me former... avec deux praticiens  
18 différents.

19 **I : ... avec deux praticiens différents ... et ça a eu du coup, quel effet sur votre envie de**  
20 **vous former, ça la déclenché, ou ça a renforcé une envie qui était déjà là ?**

21 MK2 : Alors la première... Après la première séance, ça m'a posé plus d'interrogations, j'ai été  
22 surprise. Et la deuxième avec l'autre praticien a renforcé l'envie de me former.

23 **I : D'accord. Est-ce que vous pourriez me dire... euh... chez un patient, dans quelles**  
24 **situations vous êtes amenée à utiliser la microkiné ?**

25 MK2 : Ça touche un peu différents types de pathologies, tant sur des douleurs musculaires que  
26 sur des maux de têtes, des troubles du sommeil, des troubles de l'apprentissage, la digestion...  
27 de tout ça... Après ça dépend de la problématique mais en tout cas ça a un champ d'action qui  
28 est assez large.

29 **I : D'accord. Et pour des pathologies musculosquelettiques par exemple, est-ce que c'est**  
30 **plutôt sur du chronique essentiellement ou on peut agir en aigu ?**

31 MK2 : On peut agir en aigu, après c'est l'avantage de cette technique, c'est ce que j'aime bien.  
32 On peut agir... on fait généralement deux séances, espacées d'environ trois semaines, un mois  
33 chacune, et euh... on est bon. Après pour des pathologies chroniques, c'est possible aussi... ça  
34 peut aider, ça ne soigne pas une pathologie chronique genre Parkinson, ça ne va pas soigner ça.  
35 La kiné est plus efficace, on va dire, sur la mobilité au quotidien etc. Mais ça peut aider au  
36 niveau moral, angoisse, tout ça. Et donc à raison de ... ça dépend du patient, et du bien être  
37 qu'il en ressort, je sais pas, on peut dire tous les quatre, six mois, ça entretient un petit peu.

38 **I : Je vois. Et lorsque vous étiez simplement kiné, ce qui est pas mal déjà évidemment, est-**  
39 **ce que vos patients ils étaient demandeurs d'une prise en charge un peu plus globale, ou**  
40 **c'est simplement votre envie personnelle qui vous a amené à la microkiné ?**

41 MK2 : Alors, demande des patients par rapport à la microkiné, non parce que c'est peu connu.  
42 La méthode globale ils l'avaient déjà parce que je faisais du Busquet, donc ils avaient déjà une  
43 prise en charge globale, je pense. Il faudrait leur demander à eux, mais je pense qu'ils étaient  
44 plutôt contents de la prise en charge en globalité. C'est plus moi, j'avais l'impression qu'il me  
45 manquait quelque chose, voilà. Mais parce que ça fait quinze ans que je suis kiné et que j'adore  
46 mon métier et qu'il faut chercher autre chose. Il y a beaucoup d'amis de ma génération qui  
47 cherchent d'autres formations pour aller chercher un peu plus loin ou différemment.

48 **I : Je comprends... pourriez-vous me dire quels ont été les apports de la microkiné à votre**  
49 **façon de prendre en charge les patients ?**

50 MK2 : Bah alors après, c'est particulièrement différent, parce que j'ai vendu mon cabinet de  
51 kiné pour me consacrer à la microkiné. Donc forcément ma prise en charge est différente parce  
52 que ce sont des gens que je ne vois plus euh... une fois par semaine. Je les vois une fois,  
53 potentiellement je les vois encore une fois après et c'est tout. Après j'ai des nouvelles, y'en a  
54 qui rappellent un an après mais euh voilà... Donc la prise en charge est radicalement différente,  
55 vraiment rien à voir. Et après c'est pas tout à fait les mêmes patients non plus, parce que  
56 forcément c'est pas pris en charge par la Sécurité Sociale donc ça crée aussi un changement de  
57 de patientèle. Et de toute façon je les réoriente vers de la kiné aussi parce que la microkiné ne  
58 fait pas tout et il faut quand même se rééduquer et la kiné est tout de même importante.

59 **I : Vous m'avez parlé du changement de patientèle, est-ce que vous pourriez développer**  
60 **un peu sur ce point ? En quoi elle a changé ...**

61 MK2 : Alors essentiellement, alors non pas essentiellement, mais la prise en charge  
62 financièrement ça change. Il y a des Mutuelles qui remboursent mais pas toutes, donc forcément  
63 ça fait un tout. Après euh... et après non, j'avais des anciens patients qui viennent parce que  
64 j'en avais parlé au cabinet. Ça a plus changé au niveau... effectivement ceux ceux qui euh...  
65 ça va être mal formulé, vous enregistrez, je fais attention, euh... comment on va dire ça ... Ceux  
66 qui veulent aller chercher un peu plus loin... voilà. Par rapport à des ... parce qu'après ça ne  
67 parle pas à tout le monde la microkiné... En fait, je pense qu'on a besoin d'autre chose, je ne  
68 pourrais pas parler à la place des autres kinés mais... ouais, on a besoin d'autre chose. C'est un  
69 beau métier la kiné, mais à un moment donné tu tournes un peu en rond, t'as les mêmes patients  
70 qui reviennent... Moi ce qui me m'énervait, on va dire ça comme ça, c'est les gens qui venaient  
71 parce que c'est facile, c'est gratuit, vous me faites un massage une fois par semaine. Et en fait,  
72 ce raisonnement-là était un peu fatiguant à la longue et encore je pense que le cabinet était fait  
73 ... ça évitait déjà une bonne partie de ces patients-là qui venaient parce que c'est gratuit. Le  
74 truc du « je ne fais pas d'effort, je ne m'occupe pas de moi mais je viens me faire masser » c'est  
75 ... Et c'est pour ça que je trouve que ... j'ai une amie qui se spécialise en micro-nutrition voilà...

76 **I : D'accord, et donc selon vous, il y a des bénéfices qu'on a en microkiné qu'on ne peut**  
77 **pas avoir en kiné ? ou des bénéfices différents ?**

78 MK2 : Alors je pense qu'on a des bénéfices qu'on ne peut pas avoir en kiné. Alors on peut  
79 travailler sur d'autres choses, c'est ça qui est intéressant aussi. C'était ça aussi qui était un peu  
80 le but d'avoir une autre formation, c'était d'avoir quelque chose qu'on ne pouvait pas avoir en  
81 kiné. Euh... ça peut avoir un champ d'action qui est plus large que la kiné. Après ça reste  
82 complémentaire ... voilà c'est pas ... Au téléphone tu m'as dit les thérapies alternatives ...

83 **I : Oui, la dénomination qui est utilisée c'est « médecines alternatives et complémentaires**  
84 **» ...**

85 MK2 : Oui c'est plutôt complémentaire. Parce qu'alternatif ça a toujours un côté péjoratif. Alors  
86 que le côté complémentaire est important, tout s'intrique ... Donc oui ce sont des effets  
87 totalement différents sur un champ d'action beaucoup plus large.

88 **I : Je comprends... je comprends... et au niveau de votre organisation en tant que**  
89 **professionnel est-ce que vous avez eu des changements ?**



90 MK2 : Je voulais aussi effectivement changer... alors le cabinet... j'avais envie de changement,  
91 essentiellement. Et l'organisation alors.. ça a été un peu tout en même temps parce que j'ai  
92 ouvert ici juste après le confinement et trois mois après j'étais enceinte et en arrêt, parce que le  
93 début de la grossesse a été un peu... voilà. Donc en organisation pour l'instant je ne suis pas la  
94 plus organisée justement. Et euh, j'ai repris depuis septembre et la patientèle se développe mais  
95 je ne suis pas occupée H24 tous les jours. Ça se développe petit à petit, c'est long parce que  
96 c'est peu connu, faut que ça se fasse petit à petit.

97 **I : Je rebondis sur quelque chose que vous m'avez dit ... il y a des patients que vous aviez**  
98 **en kiné qui sont venus vous voir en microkiné c'est ça ?**

99 MK2 : Oui.

100 **I : Et ils vous ont fait un retour de cette séance ?**

101 MK2 : Bah généralement euh... alors attends... bah non, généralement ça va plutôt bien ! Après  
102 faudrait leur poser la question à eux, ça serait plus euh objectif. Voilà, y'en a quelques un qui  
103 reviennent une fois par an ou quoi. Y'en a qui ... en partant j'avais dit que j'ouvrais de la  
104 microkiné donc ils s'étaient renseignés et qui m'appellent maintenant et voilà. Après ma façon  
105 de faire en tant que micro... on fait une séance par exemple aujourd'hui et je rappelle les gens,  
106 moi, trois semaines après pour voir comment ils vont. Pour voir comment ça a été après la  
107 séance, tout ça. Et en fonction de ce qu'ils disent, on refixe un deuxième rendez-vous, voilà.  
108 Donc généralement j'ai un retour au bout de trois semaines quand je les appelle. Voilà. Soit, ils  
109 trouvent qu'ils vont mieux et on est bon, soit une deuxième séance est nécessaire, soit ils ont  
110 pas forcément senti d'effets ou quoi et ils ne reviennent pas, c'est assez variable.

111 **I : Et ceux qui reviennent un an après, c'est pour de l'entretien ou essentiellement parce**  
112 **que y'a des douleurs qui sont revenues ?**

113 MK2 : J'ai un peu les deux... mais souvent c'est parce que y'a des douleurs qui reviennent...  
114 parce que y'a aucune technique qui est magique, ne nous mentons pas, et euh... même si tous  
115 les formateurs voudraient dire que leur méthode est miraculeuse... je veux dire, si on ne  
116 s'entretient pas euh ça ne marche pas. Donc en microkiné c'est pareil, ça ne sauve pas le monde  
117 non plus...

118 **I : Et dernière question... depuis 2015 il y a eu la réforme des études de kiné et la masso-**  
119 **kinésithérapie en générale se tourne de plus en plus vers l'*Evidence Based Practice*, donc**  
120 **la pratique basée sur les faits scientifiques. Et on voit de plus en plus de kinés se former à**

121 **des médecines alternatives ou complémentaires. Or, les effets de ces techniques ne sont**  
122 **que très peu éprouvés par les études. Est-ce que vous trouvez ça paradoxal ?**

123 MK2 : Non je ne trouve pas ça paradoxal, parce que je trouve que quand on apprend un métier,  
124 il faut l'apprendre de manière cartésienne, logique etc pour après pouvoir ... Notre formateur  
125 en Busquet, donc quelque chose qui est ... 'fin une formation qui est quand même ... 'fin c'est  
126 de la kiné, c'est connu, reconnu, voilà. Donc, il nous disait : « il faut d'abord apprendre à  
127 colorier sans dépasser pour après aller faire de l'art abstrait ». Et en fait là c'est un peu le même  
128 principe, je trouve ça très bien que la kiné devienne plus scientifique... Moi à l'époque ça  
129 m'avait choquée parce que ... moi j'ai fait mes études en Belgique donc y'a longtemps. Et je  
130 suis arrivée à Nice et j'ai travaillé à l'hôpital. Et les stagiaires en dernière année de kiné, me  
131 disaient qu'en fonction de là où ils avaient fait leur stage, s'ils avaient fait leur stage à l'Archet  
132 ou à Pasteur, ils n'avaient pas la même formation... C'était très choquant. Donc je trouve ça  
133 très bien que la kiné à l'école devienne beaucoup plus scientifique, cartésienne, universitaire,  
134 c'est... pour moi que c'est important. Et je pense par contre qu'il faut garder en tête qu'on ne  
135 maîtrise pas tout et qu'il y a d'autres choses que ça. Et que le ... euh... par exemple la microkiné  
136 elle travaille sur le rythme vital et c'est ceux sur quoi les ostéos aussi travaillent pour le viscéral  
137 et c'est le truc qui nous met en opposition avec l'Ordre parce que c'est le truc qui n'est pas  
138 prouvé scientifiquement ... Et euh... Après si on doit tout prouver scientifiquement,  
139 effectivement y'a pleins de choses qu'on ne fait pas, même en kiné ... Je dis pas... moi je sais  
140 pas... je ne m'y connais pas assez mais on ne peut pas non plus tout prouver. On est plein  
141 d'énergie, on est plein de choses et la tête et le corps sont liés et voilà. Après c'est très bien que  
142 les études soient universitaires et que les kinés soient cartésiens et pratico-pratiques et qu'ils  
143 arrivent à avoir une bonne prise en charge. Et après chacun se développe, voilà... Y'a beaucoup  
144 d'hypnose qui se développe aussi, la gestion de la douleur... voilà c'est aussi intéressant... Ce  
145 qui se passe même en kiné respi avec la brochiolite etc, pour moi ça a un intérêt, mais après  
146 c'est pareil, ça dépend comment c'est pratiqué. Les kinés qui font de la kiné respi en mettant  
147 une sonde dans le nez du bébé, on n'a pas besoin d'eux. Par contre pour apprendre aux parents  
148 au quotidien comment gérer un enfant en début de rhino pour éviter que ça tourne en  
149 bronchiolite, là le kiné est intéressant.

150 **I : Oui, effectivement...**

151 MK2 : Si on leur apprend pas aux parents bah ils ne connaissent pas, ils sont pas faits pour ça...  
152 Donc voilà, effectivement, c'est... le champ est vaste !

153 **I : Ecoutez, merci beaucoup, si vous n'avez plus rien à ajouter, je peux couper**  
154 **l'enregistrement.**

155 MK2 : Parfait, c'était rapide !

## Annexe V : Tableau de synthèse d'analyse de l'entretien n°2

Entretien N°2				
Catégories	Exemple de citations	Références (n° de lignes)	Fréquences d'apparition	Observations diverses
Catégories identifiées a priori				
Effets psychologiques	« ça peut aider au niveau moral, angoisse, tout ça »	lignes 35-36	4%	Seule MK à mentionner cette catégorie.
	« ça dépend du patient, et du bien-être qu'il en ressort »	lignes 36-37		
Prise en charge globale du patient	« la méthode globale ils l'avaient déjà parce que je faisais du Busquet »	ligne 42	10%	Le MK2 était déjà initiée à la globalité en kiné.
	« prise en charge globale »	ligne 43		
	« prise en charge en globalité »	ligne 44		
Sensibilité aux MAC	« j'ai une de mes amies qui m'en parle depuis qu'on est diplômées »	ligne 10	10%	Influence d'une amie et de son expérience personnelle en tant que patiente.
	« Après la première séance, ça m'a posée plus d'interrogations, j'ai été surprise. Et la deuxième avec l'autre praticien a renforcé l'envie de me former. »	lignes 21-22		
Efficacité	« la kiné est plus efficace, on va dire, sur la mobilité au quotidien »	ligne 35	8%	
	« y'a aucune technique qui est magique, ne nous mentons pas »	ligne 114		
	« même si tous les formateurs voudraient dire que leur méthode est miraculeuse... »	lignes 114-115		
Profit	« l'envie de faire autre chose, d'élargir un peu le champ de compétences »	lignes 12-13	33%	Le fait « d'élargir le champ de compétences »

	<p>« ça a un champ d'action qui est assez large »</p> <p>« on peut travailler sur d'autres choses »</p>	<p>lignes 27-28</p> <p>lignes 78-79</p>		est très important pour le MK2
Nouvelles catégories mentionnées dans l'entretien				
Envie de changement	<p>« Et puis, petit à petit, l'envie de faire autre chose »</p> <p>« Mais parce que ça fait quinze ans que je suis kiné et que j'adore mon métier et qu'il faut chercher autre chose »</p> <p>« C'est un beau métier la kiné, mais à un moment donné tu tournes un peu en rond »</p>	<p>lignes 12-13</p> <p>lignes 45-46</p> <p>lignes 68-69</p>	20%	Nouvelle catégorie
Suivi ponctuel	<p>« on fait généralement deux séances, espacées d'environ trois semaines, un mois chacune, et euh... on est bon »</p> <p>« je sais pas, on peut dire tous les quatre, six mois, ça entretient un petit peu »</p> <p>« Donc forcément ma prise en charge est différente parce que ce sont des gens que je ne vois plus euh... une fois par semaine. Je les vois une fois, potentiellement je les vois encore une fois après et c'est tout. »</p>	<p>lignes 32-33</p> <p>ligne 37</p> <p>lignes 51-53</p>	14%	Nouvelle catégorie

## **Annexe VI : Retranscription de l'entretien avec le MK n° 3**

1 **I : Tout d'abord, je tiens à vous remercier pour le temps que vous m'accordez.**

2 MK3 : Avec plaisir !

3 **I : Afin de vérifier que les critères d'inclusion sont bien remplis, pouvez-vous me**  
4 **confirmer que vous êtes MK diplômé d'Etat, encore en activité et que vous êtes formée à**  
5 **l'ostéopathie ?**

6 MK3 : Oui.

7 **I : Donc première question, pourquoi vous êtes-vous intéressée à l'ostéopathie dans un**  
8 **premier temps ?**

9 MK3 : Euh... ça faisait quelques années que je pratiquais en kiné, j'ai fait des formations qui  
10 prônaient un peu la globalité de l'être humain et c'est ce qui me manquait un peu dans la kiné  
11 classique. Donc je suis d'abord partie sur du Busquet qui m'a beaucoup intéressé et il me  
12 manquait encore des clés et comme je suis quelqu'un qui est très curieuse et qui aime découvrir  
13 pleins de choses, je trouve que tout est complémentaire. Donc je suis partie en ostéo pour  
14 appréhender cet aspect global, des nouvelles techniques, une autre vision et euh... et avec une  
15 autre façon de penser. Carrément.

16 **I : D'accord, et est-ce qu'avant de vous former en ostéopathie, vous aviez fait des séances**  
17 **pour votre usage personnel ?**

18 MK3 : Oui, oui, j'ai toujours été chez l'ostéo... même avant d'être kiné.

19 **I : D'accord, et vous pensez que cet usage personnel... il a pu avoir un impact sur cette**  
20 **envie de vous y former ?**

21 MK3 : Ouais... Je pense qu'il y a toujours un lien. C'est déjà une porte ouverte. Après euh...  
22 je dirais oui et non. Oui, parce que c'est une porte ouverte. Et non, parce qu'en fait on n'a  
23 aucune idée vraiment de ce qu'il y a dans la tête de l'ostéo quand on va se faire traiter en tant  
24 que patient mais ... mais du coup voilà...

25 **I : Et avant de vous former à l'ostéopathie, vos patients étaient-ils demandeurs de ce type**  
26 **de prise en charge ?**

27 MK3 : Oui, oui très demandeurs... Y'en a qui allaient voir l'ostéo avant et après ils venaient en  
28 kiné parce qu'il restait des choses à faire dans la longévité. Y'en avait au contraire, qui venaient

29 en kiné et après que j'étais amenée ou moi, ou le médecin à les diriger en ostéopathie et y'en a  
30 qui n'avaient jamais fait de d'ostéo de leur vie. On a un peu tout type de patient, ouais... Et  
31 contre toute attente, je ne m'y attendais pas, mais y'a eu des patients, que je connaissais en kiné,  
32 et qui sont venus me voir en ostéo. Je m'y attendais pas, parce que c'est pas la même approche  
33 mais oui, y'en a eu.

34 **I : Et quels ont été leur feedback ?**

35 MK3 : Alors, oui, alors, du coup j'ai dû leur euh... c'est compliqué parce que quand on a la  
36 double casquette c'est difficile de pas reproduire ce qui leur plaisait en kiné. Donc du coup il  
37 faut repartir de zéro, bien expliquer avant, mais une fois que c'est compris et que c'est clair, ils  
38 étaient plutôt satisfaits. Ils ont bien compris que c'était différent, que c'était pas du tout le même  
39 suivi et tout donc je pense qu'ils ont bien compris et qu'ils ont vu l'avantage des deux  
40 professions.

41 **I : Ok, cool. Maintenant, j'aimerais savoir dans quelles situations vous utilisez**  
42 **l'ostéopathie ?**

43 MK3 : Euh...C'est-à-dire ?

44 **I : Euh... pour quels types de patients ? en aigu ? en chronique ?**

45 MK3 : Euh... J'utilise de l'ostéopathie quand euh... On peut avoir de tout, de l'aigu, du  
46 chronique. Il peut venir pour ... Souvent quand c'est des gens qui ne connaissent pas trop, ils  
47 viennent pour de l'aigu, c'est ce qu'on a le plus. Et ensuite, en découvrant, en discutant avec  
48 eux, ils se rendent compte en fait, qu'il y avait des pathologies chroniques sur lesquelles on  
49 peut agir. Et là je peux les revoir dans un contexte chronique. Y'en a qui connaissent très bien  
50 l'ostéopathie depuis toujours et donc là ils viennent pour des choses chroniques et là je sais où  
51 c'est que je dois travailler, tout ça. Ça peut être des sphères complètement différentes, que ce  
52 soit des maux de tête, du viscéral, ça peut être parce qu'il y a un diagnostic médical ou parce  
53 que c'est un bilan. Ça peut être pour pleins de choses différentes.

54 **I : D'accord, j'ai interviewé différents ostéopathes auparavant, pouvez-vous me décrire**  
55 **l'ostéopathie que vous pratiquez ?**

56 MK3 : Alors nous, dans notre école, on a eu la chance de tout apprendre. C'est-à-dire qu'ils ont  
57 essayé de nous donner le plus d'outils possibles et sur toutes les sphères possibles. Donc y'a  
58 des écoles qui font que du structurel, et y'a aussi des écoles qui font beaucoup de crânien et de  
59 viscéral. Ça dépend beaucoup du domaine et des techniques, donc on a tous les outils. Après

60 chaque individu est différent, moi je me sers du structurel, donc du *thrust* etc, si vraiment le  
61 patient est en demande déjà, parce qu'il y a vraiment une phobie par rapport à ça. Donc je  
62 m'assure déjà que le patient est bien d'accord pour le faire ; et si jamais le corps est en demande  
63 et qu'il n'y a pas de contre-indication. Mais c'est vrai que c'est pas... de prime abord je ne  
64 travaille pas en structurel, parce que y'a pleins de contre-indications, j'ai des personnes âgées,  
65 des bébés... donc c'est impossible de travailler que comme ça. Mais non... moi j'essaie  
66 d'utiliser tout ce que j'ai appris.

67 **I : C'est vrai, qu'il y a des patients qui sont hyper demandeurs de *thrusts*.**

68 MK3 : Oui ! Ah bah, y'en a qui arrivent et qui me disent : « je veux que du structurel ». Donc  
69 là, tu essaies de travailler beaucoup en ... ça s'appelle des techniques directes. Ils aiment ça, le  
70 corps répond plutôt bien parce qu'ils ont l'habitude et ils sont bien détendus donc ... Après y'a  
71 des choses qu'on peut *thruster* et y'a des choses qu'on ne peut pas, même sur des patients qui  
72 ont l'habitude. Donc c'est à faire avec parcimonie. Y'en a qui ont besoin d'entendre le « crac »  
73 et y'en a où il faut surtout pas, et il faudra faire attention parce qu'ils détestent ça. Donc euh...  
74 si la personne... moi je lui demande, je lui dis « moi là, il va falloir que j'utilise une technique  
75 en *thrust* est-ce que vous êtes d'accord », il me dit « oui » ou « non » hein. Et si de prime abord,  
76 c'est quelqu'un qui aime que le structurel, je vais essayer de lui faire plaisir mais en faisant  
77 aussi ce qui est judicieux... Parce que desfois c'est pas forcément le cas... Mais c'est vrai qu'il  
78 y en a, qui sont spécialisés en ... bah les chiros, les chiros, ils font beaucoup... les chiros et puis  
79 y'a des écoles où ils apprennent que ça...

80 **I : Je vois, et donc diriez-vous qu'il y a des bénéfiques en ostéo qu'on ne peut pas avoir en**  
81 **...**

82 MK3 : Oui mais dans les deux cas.

83 **I : ... en kiné...**

84 MK3 : Y'a des bénéfiques en ostéo que je ne pourrais pas avoir en kiné et des bénéfiques en kiné  
85 que je ne pourrais pas avoir en ostéo. Donc souvent, en ostéopathie je conduis les patients en  
86 leur disant « bon, écoutez, j'ai fait ce que j'ai pu, on a réaxé un peu le corps, on a travaillé sur  
87 ponctuellement... voilà, sur ce que vous avez. Mais comme il y a un terrain chronique il faut  
88 que vous repartiez chez le kiné pour qu'il travaille ça, ça et ça. ». Donc dans les deux sens...

89 **I : Et par exemple dans une pathologie qu'on peut traiter en kiné et en ostéo... genre une**  
90 **lombalgie, est-ce qu'il y a des effets en ostéo qu'on n'aurait pas en kiné ?**



91 MK3 : A court terme ou à long terme ? parce que c'est pas pareil ... En kiné... tu... ça dépend  
92 comment travaille le kiné, c'est toujours pareil y'a énormément d'outils, s'il fait que du  
93 massage, euh bien sûre y'a d'autres outils en ostéo qui vont pouvoir aller plus loin. S'il fait déjà  
94 des massages avec des étirements... euh... il faut voir si c'est global, si c'est limité à la zone  
95 de lumbago. Si le lumbago, il vient du lumbago, il va pouvoir aller très loin, si le lumbago, il  
96 vient d'un problème de cervicales, bah potentiellement il va être embêté dans sa récupération  
97 et donc il va falloir aller un peu plus loin. Faire du global, en kiné je parle hein. Donc après ça  
98 dépend, ensuite il peut utiliser de la physiothérapie, donc ça aussi et puis y'a beaucoup de  
99 patients qui s'autotraitent aussi donc il faut voir ce que le patient fait à la maison aussi. Donc  
100 après, ça dépend, c'est évidemment complémentaire, mais parfois y'a pas besoin d'aller voir le  
101 kiné ... tout le temps... C'est des techniques différentes, le kiné comme l'ostéo a plusieurs  
102 outils différents, y'a des lombalgies qui passent avec un massage parce que la contracture va se  
103 détendre. Et y'en a d'autre qui vont s'améliorer avec de l'électrothérapie et du chaud parce  
104 qu'on peut pas le toucher... et qu'ensuite ça va couper la boucle motrice et que ça va ... ça  
105 dépend des techniques... je t'ai répondu ou pas ?

106 **I : Oui, oui, parfait ! J'ai deux ostéopathes qui m'ont dit qu'ils s'étaient tournés vers**  
107 **l'ostéo pour soulager plus vite leurs patients... est-ce que vous êtes d'accord avec ça ?**

108 MK3 : Ouais, y'a des... y'a des... ça dépend, parfois oui, parfois non. Ouais, c'est pour ça aussi  
109 qu'en ostéo on a beaucoup d'aigu en ostéo parce que déjà y'a pas besoin d'ordo. Donc le temps  
110 qu'il aille chez son médecin, demander l'ordonnance, aller chez le kiné faire deux trois séances  
111 pour qu'il arrive à le soulager... Parfois en ostéo, il y va directement, il a mal le matin en se  
112 réveillant, l'après-midi il va chez l'ostéo, y'a des techniques qui marchent très bien et il peut  
113 être soulagé sur le moment. J'en ai beaucoup des comme ça, qui me disent « non, non, non,  
114 non, j'ai pas le temps, je travaille beaucoup, j'ai pas le temps d'aller chez le médecin et chez le  
115 kiné une fois par semaine donc je viens vous voir, je viens une ou deux fois et ça ira mieux ».  
116 On a ce phénomène là aussi, mais attention c'est pas tout le monde. C'est pas pareil, ça dépend  
117 quelle patho.

118 **I : D'accord, je vois, je vois. Et hormis les bénéfices apportés aux patients, est-ce que vous,**  
119 **en tant que professionnel de santé, l'ostéopathie vous a apporté d'autres bénéfices ?**

120 MK3 : Ouais y'a... enfin, là c'est professionnel et personnel. En fait, on a une autre vision...  
121 une autre façon de penser... une autre vision des choses et du coup ça m'a apportée déjà dans  
122 ma façon de me comporter, dans ma façon de ... bah on explique, on n'est plus en deuxième

123 intention, quand on est kiné, on se cache un peu derrière l'ordonnance et on est sur une zone.  
124 Donc on suit un peu ce que dit le médecin et on se cache aussi un peu derrière. En ostéo, on ne  
125 peut pas, on est obligé de faire un diagnostic ostéo, un diagnostic d'exclusion d'abord, pour  
126 voir si on peut s'occuper du patient ou pas et ensuite il faut complètement se reposer sur nos  
127 connaissances, nos ressentis, nos acquis. Et surtout, il faut être capable de diriger vers le  
128 médecin, le kiné, si y'a quelque chose de voilà... Et ça, pour moi, c'est super parce que du coup  
129 on a ... c'est un peu le Sherlock Holmes du corps humain, et c'est vraiment ça qui me plaisait.  
130 Chercher, en fait, euh... par où je vais pouvoir commencer mon traitement. Il vient pour un  
131 lumbago mais du coup est-ce que je vais vraiment commencer par les lombaires ou est-ce que  
132 je peux commencer par un genou, un bassin, une épaule. Donc ça c'est hyper hyper gratifiant  
133 pour nous et oui effectivement, ce truc de pouvoir soulager plus vite... on va pas se le cacher,  
134 c'est très gratifiant aussi ! Et personnel aussi, parce qu'on a une vision de penser, de s'alimenter,  
135 de voir l'environnement, d'avoir une façon de faire à la maison qui est différente, avec ses  
136 enfants, avec son conjoint, tout ça. Ca nous ouvre l'esprit sur un tas de choses c'est hyper  
137 intéressant.

138 **I : Et en termes d'organisation, vos journées d'ostéo ressemblent-elles à vos journées de**  
139 **kiné ?**

140 MK3 : Non, en ostéo, c'est très long de développer une patientèle, moi je suis à \* en centre-  
141 ville, on est nombreux, je suis une femme, c'est pas remboursé. Donc les gens ils vont plus  
142 facilement voir le kiné parce que y'a un côté gratuit entre guillemets euh... chez l'ostéo, il faut  
143 payer... les mutuelles ne remboursent pas toutes... donc y'a aussi un frein à la consommation.  
144 Et ensuite c'est qu'une fois, donc il faut être vraiment très efficace parce qu'on fidélise ou non  
145 le patient sur une seule voire deux séances... Mais vraiment la première séance elle est hyper  
146 importante. Donc c'est vrai qu'on ne travaille pas du tout de la même façon. Le temps imparti  
147 pour chaque patient, il est très différent. Moi je travaillais en kiné, un patient par demi-heure,  
148 ce qui est déjà énorme mais c'est ce qui doit être fait. Et en ostéo, c'est trois quart d'heure, une  
149 heure par séance, interrogatoire tout compris. Donc effectivement, on ne travaille pas du tout de  
150 la même façon. Et comme on travaille sur des aspects un peu... on réfléchit peut-être un peu  
151 plus sur la pathologie, donc du coup ça fatigue aussi un peu plus. Quand j'ai vu trois patients  
152 en kiné, c'est plus reposant que quand j'ai vu trois patients en ostéo, je suis vraiment lessivée.  
153 On donne beaucoup d'énergie quand on est en ostéo. Donc voilà, c'est différent, c'est pas les  
154 mêmes journées.

155 **I : Et est-ce que vous diriez que votre patientèle elle a évolué ?**

156 MK3 : C'est carrément différent ! A part les quelques patients qui m'ont suivie en ostéo, ça n'a  
157 rien à voir. La patientèle a rien à voir avec ma patientèle de kiné.

158 **I : Quelles sont les différences majeures entre ces deux types de patientèles ?**

159 MK3 : Les différences ? En kiné on a une patientèle qui est beaucoup plus fidèle puisque les  
160 séances elles se font sur plusieurs semaines, sur plusieurs mois parfois. En ostéo c'est de la  
161 fidélité sur le long terme on va dire, le patient va venir une fois par an pendant dix ans, mais du  
162 coup je l'aurais vu que dix fois. Mais par contre... ça déjà c'est différent. Quand on ... quand  
163 on ... j'ai perdu le fils... tu peux me répéter la question ?

164 **I : Pas de souci, alors je vous demandais quelles étaient les différences majeures entre  
165 votre patientèle d'ostéo et de kiné.**

166 MK3 : Ah oui. La patientèle en kiné est beaucoup... en ostéo, elle est beaucoup plus exigeante,  
167 elle veut du résultat tout de suite. En kiné, ils savent que ça va prendre plus de temps, suivant  
168 pourquoi ils viennent. Donc ça c'est un peu différent. On a une espèce de laxisme aussi en kiné,  
169 de par le fait que ça soit gratuit, en tout cas pas payant, des patients qui ont tendance à pas être  
170 très ponctuels, à ne pas dire quand ils ne viennent pas... voilà on a ce phénomène-là, beaucoup  
171 plus parce qu'ils ne payent pas. Et du coup s'ils ratent une séance, bah c'est pas grave. On n'a  
172 moins ça en ostéo, ils sont un peu plus sérieux en ostéo, donc ça aussi c'est très différent. Euh...  
173 en kiné, on des gens qui ont, on va pas dire des douleurs moins graves mais qui vont venir plus  
174 facilement quand ils ont mal. En ostéo, on a vraiment des gens qui attendent un maximum de  
175 temps et qui arrivent avec des douleurs très importantes où là ils peuvent vraiment plus tenir.  
176 C'est surtout des gens qui sont très très très actifs et qui ont pas beaucoup de temps au niveau  
177 de leur travail, ou de leur vie de famille. En kiné, c'est des gens qui prennent plus le temps,  
178 déjà. En kiné c'est plus des arrêts de travail, de retraités, des gens qui peuvent se libérer du  
179 temps.

180 **I : Et donc si je comprends bien, vous avez l'air de dire que les patients en kiné sont peut-  
181 être moins observants ?**

182 MK3 : Qu'ils soient moins observants... moi je suis un peu psychorigide, j'aime bien qu'on  
183 soit bien à l'heure et tout ça ... bon c'est vrai que c'est un manque de respect mais bon, après  
184 c'est pas tant ça. Les deux me plaisent toujours mais y'a ce côté en kiné où on n'avait moins de  
185 liberté pour choisir ce qu'on devait faire et sur quelles zones on devait travailler. Ça c'était un

186 peu dur pour moi car j'étais cantonnée à une zone, et du coup là ça m'ouvre d'autres portes.  
187 Mais je sépare bien mes deux professions, quand je fais de la kiné, je fais de la kiné, et quand  
188 je fais de l'ostéo, je fais de l'ostéo. Mais j'ai continué à faire mes deux casquettes parce que  
189 déjà j'aime bien faire comme ça mais aussi parce que les deux m'intéressent toujours. Je ne  
190 travaille pas dans le même cabinet et avec les mêmes professions.

191 **I : Je rebondis sur ce que vous venez de dire, en kiné, vous vous sentiez bridée par la**  
192 **prescription ?**

193 MK3 : Oui, oui, bridée par l'ordonnance, par le caractère des patients, par ce système qui est  
194 un peu trop fermé et pas assez libre. Ça fait des années que les médecins ne doivent plus mettre  
195 le nombre de séances à réaliser, mais ils le font toujours. Y'en a qui détaillent la séance, genre  
196 sur un lumbago ils te mettent physio, massage ... Et puis même pour un lumbago, ils te mettent  
197 lumbago, donc en vrai, t'as pas trop le droit d'aller voir les cervicales etc. Le pire c'est quand  
198 il y a marqué « massage exclusivement » et que toi tu veux faire un étirement et que le patient  
199 te dit « mais y'a marqué que massage sur l'ordonnance ». On est hyper frustré, parce qu'on sait  
200 que ce qui lui ferait du bien à cette dame c'est peut-être de l'étirer, de travailler sur d'autres  
201 structures mais non elle, elle veut que des massages. Elle a vu ça sur l'ordonnance ou elle a  
202 demandé au médecin d'écrire ça, parfois c'est comme ça que ça se passe... Oui effectivement,  
203 c'est un peu... la ... la bride ...

204 **I : Ok, dernière question, depuis la réforme des études de MK de 2015, la masso-**  
205 **kinésithérapie se tourne de plus en plus vers l'*Evidence Based Practice*, c'est-à-dire la**  
206 **pratique basée sur les faits scientifiques. Et on voit de plus en plus de kinés se former à**  
207 **des médecines alternatives ou complémentaires. Or, les effets de ces techniques ne sont**  
208 **que très peu éprouvés par les études. Est-ce que vous trouvez ça paradoxal ? et si oui,**  
209 **comment expliqueriez-vous ce paradoxe ?**

210 MK3 : Bah... après dans tous les systèmes scolaires, ils sont obligés de mettre des lignes  
211 directrices parce que sinon ça part dans tous les sens. Alors moi je trouve ça super qu'on soit  
212 passé à cinq ans parce qu'on a une meilleure reconnaissance. C'est un peu paradoxal dans un  
213 certain sens mais d'un autre côté, c'est important d'avoir la théorie et après c'est bien de pouvoir  
214 faire en fonction de sa pratique. On a un métier où on est vachement libre, quand même, même  
215 je dis que par rapport à l'ostéo machin. Mais c'est quand même un métier qui est hyper libre,  
216 on peut faire du salariat ou du libéral, donc après à toi de voir... Donc finalement c'est  
217 paradoxal mais ils nous laissent quand même la liberté une fois qu'on est diplômé. Donc oui

218 c'est paradoxal mais c'est quand même bénéfique. C'est bien d'avoir eu ce contexte avant,  
219 comme ça te fait une vision des choses et après c'est à toi d'avoir ta propre vision des choses.  
220 Finalement je trouve pas que ça soit très dérangeant. Pourquoi ça choquerait qu'il y ait des  
221 kinésithérapeutes formés en ostéo alors qu'il y a des médecins qui sont ostéos aussi. La science  
222 c'est bien, mais c'est difficile de tout prouver, même en kiné. Quand on regarde les grades de  
223 recos HAS en kiné parfois c'est très faible... Donc ouais... C'est vrai que la science c'est  
224 important, pour améliorer et harmoniser les pratiques mais parfois ça peut limiter... C'est pas  
225 très consensuel ce que je dis, mais... voilà... Moi j'ai fait kiné pour comprendre le  
226 fonctionnement du corps humain, comprendre d'où ça vient la douleur, pourquoi on a mal ici,  
227 pourquoi on se tient mal. Y'a pleins de choses qui m'intéressaient, kiné bien sûre, mais l'ergo  
228 aussi, la podolo, donc ça m'a plu parce que la kiné c'était quelque chose quand même de globale.  
229 Ensuite Busquet c'était encore plus global et après bah ça m'a tellement plu que je suis allée  
230 chercher quelque chose d'encore plus global. Et peut-être un jour, Médecine Traditionnelle  
231 Chinoise, qui sait !

232 **I : Suite au prochain épisode !**

233 MK3 : Ouais c'est ça !

234 **I : Ecoutez, merci beaucoup, si vous n'avez plus rien à ajouter, je peux couper**  
235 **l'enregistrement.**

236 MK3 : Je pense que c'est pas mal, tu connais toute ma vie !

**Annexe VII : Tableau de synthèse d'analyse de l'entretien n°3 :**

Entretien N°3				
Catégories	Exemple de citations	Références (n° de lignes)	Fréquences d'apparition	Observations diverses
Catégories identifiées a priori				
Effets psychologiques	-	-	0%	Catégorie non mentionnée
Prise en charge globale du patient	<p><i>« j'ai fait des formations qui prônaient un peu la globalité de l'être humain »</i></p> <p><i>« Donc je suis partie en ostéo pour appréhender cet aspect global »</i></p> <p><i>« je suis allée chercher quelque chose d'encore plus global »</i></p>	<p>ligne 9</p> <p>lignes 13-14</p> <p>lignes 229-230</p>	29%	MK3 déjà intéressée par le global en kiné avec Busquet
Sensibilité aux MAC	<p><i>« Oui, oui, j'ai toujours été chez l'ostéo... même avant d'être kiné »</i></p> <p><i>« [Les patients étaient] très demandeurs... Y'en a qui aillaient voir l'ostéo avant »</i></p> <p><i>« le patient est en demande »</i></p>	<p>ligne 18</p> <p>ligne 27</p> <p>ligne 61</p>	13%	MK3 a déjà fait des séances d'ostéopathie. Ses patients étaient demandeurs ++
Efficacité	<p><i>« le corps répond plutôt bien parce qu'ils ont l'habitude »</i></p> <p><i>« Y'a des bénéfices en ostéo que je ne pourrais pas avoir en kiné et des bénéfices en kiné que je ne pourrais pas avoir en ostéo »</i></p> <p><i>« y'a des techniques qui marchent très bien et il peut être soulagé sur le moment. »</i></p>	<p>ligne 70</p> <p>lignes 84-85</p> <p>lignes 112-113</p>	17%	MK3 nuancée
Profit	<i>« Ca peut être des sphères complètement différentes, que ce soit</i>	lignes 51-52	31%	Gain de compétences ++

	<p><i>des maux de tête, du viscéral »</i></p> <p><i>« Alors nous, dans notre école, on a eu la chance de tout apprendre. C'est-à-dire qu'ils ont essayé de nous donner le plus d'outils possibles et sur toutes les sphères possibles »</i></p> <p><i>« ce truc de pouvoir soulager plus vite ... on va pas se le cacher, c'est très gratifiant aussi »</i></p>	<p>lignes 56-57</p> <p>lignes 133-134</p>		<p>MK3 met l'accent sur les nouveaux « outils » acquis.</p>
Nouvelles catégories mentionnées dans l'entretien				
Autonomie	<p><i>« on n'est plus en deuxième intention, quand on est kiné, on se cache un peu derrière l'ordonnance »</i></p> <p><i>« En ostéo, on peut pas, on est obligé de faire un diagnostic ostéo, un diagnostic d'exclusion d'abord [...] et ensuite il faut complètement se reposer sur nos connaissances, nos ressentis, nos acquis »</i></p> <p><i>« Il vient pour un lumbago mais du coup est-ce que je vais vraiment commencer par les lombaires ou est-ce que je peux commencer par un genou, un bassin, une épaule. Donc ça c'est hyper hyper gratifiant »</i></p>	<p>lignes 122-123</p> <p>lignes 124 à 127</p> <p>lignes 130 à 132</p>	27%	Nouvelle catégorie, la 2 <sup>e</sup> plus citée
Kinésithérapie limitée	<p><i>« c'est ce qui me manquait un peu dans la kiné classique »</i></p> <p><i>« il me manquait encore des clés »</i></p>	<p>lignes 10-11</p> <p>lignes 11-12</p>	3%	Mentionné aussi par le MK2

Suivi ponctuel	<p><i>« j'ai fait ce que j'ai pu, on a réaxé un peu le corps, on a travaillé ponctuellement »</i></p> <p><i>« En kiné [ ... ] les séances se font sur plusieurs semaines, sur plusieurs mois parfois. »</i></p> <p><i>« En ostéo c'est de la fidélité sur le long terme »</i></p>	lignes 86-87	7%	Mentionné aussi par le MK2
		lignes 159-160		
		lignes 160-161		



#### **Annexe VIII : Retranscription de l'entretien avec le MK n° 4**

1 **I : Bon tout d'abord, je tiens à vous remercier pour le temps que vous m'accordez, parce**  
2 **que j'ai eu beaucoup de mal à trouver des personnes ok pour cette interview. Pour vérifier**  
3 **que les critères d'inclusion sont bien remplis, pouvez-vous me confirmer que vous êtes**  
4 **MK diplômé d'Etat, encore en activité et que vous êtes formé à l'ostéopathie ?**

5 MK4 : Oui, je suis bien donc diplômé en kiné et un diplôme d'école, puisque c'est un D.O,  
6 d'ostéopathie.

7 **I : Ok, super. Donc la première question c'est : pour quelles raisons vous êtes-vous**  
8 **intéressé à l'ostéopathie dans un premier temps ?**

9 MK4 : Alors déjà avant de me former en kiné, je voulais être ostéopathe. Donc déjà y'avait une  
10 volonté de ce côté-là. Euh, je l'ai pas fait parce que ma vie personnelle a fait que ce n'était pas  
11 possible à ce moment-là. Donc j'ai fait mes études de kiné ... et puis ensuite au bout de pas mal  
12 d'année, quand même, j'avais mes deux filles. J'ai eu deux filles donc j'ai pas fait d'études à  
13 ce moment-là parce que c'était déjà compliqué à gérer. Et puis donc en ... j'ai eu mon diplôme  
14 en 2010 donc c'était cinq, six ans avant... donc ça devait être en deux-mille cinq, j'ai repris des  
15 études. Donc à mi-temps, en ostéopathie, au Collège Ostéopathie Européen à Paris, à Cergy-  
16 Pontoise, exactement. Et qu'est-ce qui m'a motivé dans l'ostéopathie c'est que bah... L'intérêt  
17 de l'ostéopathie c'est que vous pouvez tout soigner. Vous allez pas guérir, la nuance elle est là,  
18 mais vous pouvez tout soigner. Donc vous pouvez travailler sur la faux du cerveau, sur la glande  
19 pinéale, vous pouvez travailler sur l'hypophyse, vous pouvez tout travailler. Vous pouvez  
20 travailler dans le ventre, en kinésithérapie, y'a pas ce travail-là, voilà. Donc la kinésithérapie,  
21 c'est, c'est, c'est, c'est très beau, c'est super, j'aime bien. Mais ça reste limité en termes de  
22 possibilités. En plus, en tant qu'ostéopathe, je suis euh... un intervenant de première intention,  
23 donc je suis autonome et je n'ai aucun compte à rendre vis-à-vis des médecins. Et ça pour moi  
24 c'était important, je ne voulais pas être dépendant des médecins. Parce que c'est vrai qu'on  
25 nous fait des prescriptions, mais c'est vraiment... du grand n'importe quoi cette histoire. Donc  
26 euhm... après vous ferez ce que vous voulez de ce qui est enregistré, mais c'est ce que je pense,  
27 voilà. Moi je voulais être autonome... voilà, en plus en ostéopathie vous n'êtes pas verrouillé  
28 par les caisses, comme on l'est en kinésithérapie. En kinésithérapie, vous avez un prix affiché,  
29 il faut le respecter. Dépassement d'honoraires, on peut pas en faire ou c'est très très peu... voilà.  
30 Donc pour moi, c'est pas ce qu'on appelle une profession libérale. C'est une profession qui est  
31 super encadrée, voilà. Donc euh... pour moi l'ostéopathie, ça me laisse beaucoup plus de

32 liberté, je pratique les tarifs que je veux en fonction du travail que j'ai fait... Et puis ça permet  
33 d'aller beaucoup plus loin dans le soin. Voilà...

34 **I : D'accord, et avant de vous former à l'ostéopathie ...**

35 MK4 : Et en plus ça correspond à ma sensibilité. C'est-à-dire que ... en tant qu'ostéopathe, j'ai  
36 développé des capacités de lecture chez l'autre, qu'un kinésithérapeute lambda ne peut pas  
37 développer, c'est évident.

38 **I : Et du coup, avant de vous former en ostéopathie, est-ce que vous aviez fait des séances  
39 pour votre usage personnel ?**

40 MK4 : C'est une bonne question que vous me posez là ! Pah... je m'en souviens pas de ça...  
41 Si, j'ai du consulté, mais après j'ai pas le souvenir... Après j'étais déjà assez tourné vers les  
42 médecines douces, j'ai essayé l'acupuncture, j'ai essayé l'homéopathie, j'ai essayé ... J'ai un  
43 parcours de vie assez particulier... Je suis tombé malade quand j'ai commencé mes études de  
44 kiné, une maladie grave (*le MK ne souhaite pas que la pathologie soit citée dans la*  
45 *retranscription*) ... Donc y'avait des signes à la radio, qu'on commençait à voir... et moi j'ai  
46 dit « il n'en est pas question, je veux vivre ». C'était viscéral, je voulais vivre. Donc j'ai dit « je  
47 suis prêt à tout, à faire toutes les expériences possibles pour guérir ». Et donc j'avais commencé  
48 un travail en visualisation, ensuite j'ai rencontré un guérisseur par l'intermédiaire d'une  
49 patiente. Cette patiente... comment dire... y'avait trop de bons résultats par rapport à ce que  
50 j'avais fait ... c'était pas normal ! donc j'ai commencé à travailler avec ce guérisseur, c'est tout  
51 un travail qui amène vers euh... en tout cas qui m'a permis de découvrir tout cet espace intérieur  
52 qu'on peut avoir en soi. C'est-à-dire, toute cette dimension qu'on appellerait la conscience, le  
53 soi, les bouddhistes appellent ça le soi, moi j'appelle ça la conscience spirituelle. C'est ce que  
54 vous êtes vraiment, parce que y'a plusieurs couches chez l'individu. Vous avez le mental, les  
55 pensées, qui génèrent des émotions, tant que vous restez dans les émotions, vous restez dans ce  
56 qu'on appelle la personnalité secondaire. Mais en deçà, plus en profondeur, vous avez tout le  
57 domaine des sentiments, c'est ce qu'on appelle les sentiments, chez les bouddhistes, ou le Christ  
58 intérieur, chez les catholiques.

59 **I : Ok, donc vous aviez cette sensibilité...**

60 MK4 : Alors, j'avais pas cette sensibilité au départ, mais ma maladie m'a permis de découvrir  
61 tout cet univers. Et j'ai engagé un travail, qui se faisait dans des stages pendant deux ans.  
62 Parallèlement à ça, j'ai suivi une alimentation drastique avec une radiesthésiste, qui avait soigné

63 différents Présidents de la République. Et grâce à ce double travail j'ai pu entièrement guérir  
64 de ma maladie... radio à l'appui. Donc c'est possible, c'est possible. Et ensuite j'ai continué ce  
65 travail et je le continue toujours parce que pour moi c'est... c'est l'essence même de la vie.  
66 L'objectif, même si je travaille pour soulager la souffrance des gens et favoriser la guérison,  
67 j'ai pas la prétention de dire que je guéri les gens... Pour moi la guérison, elle ne peut s'opérer  
68 que par Dieu, alors ça, ils vont pas aimer les scientifiques, mais j'en ai rien à foutre, parce qu'ils  
69 se trompent complètement. La guérison, elle s'opère que par Dieu. Alors Dieu c'est quoi, ça  
70 peut être tout simplement votre soi. Si vous arrivez à remettre le patient en contact avec son soi,  
71 le soi va guérir la personne. C'est pas moi qui guérie les gens, c'est pas vrai, moi mon travail  
72 c'est de mettre en contact au mieux, libérer au maximum tout le système émotionnel... Parce  
73 que les gens sont malades essentiellement à cause de leurs pensées. C'est ce qu'on appelle le  
74 corps mental, qui est une vérité, dans le corps énergétique, le cocon lumineux vous avez  
75 plusieurs corps énergétiques, dont le corps mental, c'est les pensées. Ces pensées génèrent, dans  
76 le corps astral, des émotions, qui après vont descendre dans le corps éthérique... Et ensuite, et  
77 uniquement ensuite, ça va se graver dans le corps physique. Donc quand les gens ont vraiment  
78 des problèmes dans le corps physique, le problème il s'était déjà déclaré avant. Vous m'arrêtez  
79 si je parle trop hein...

80 **I : Non, non, mais c'est hyper intéressant, je vous en prie continuez !**

81 MK4 : Au moins c'est personnel, c'est du vécu.

82 **I : Du coup maintenant, j'aimerais savoir dans quelles situations vous utilisez**  
83 **l'ostéopathie plutôt que la kinésithérapie ?**

84 MK4 : Alors, euh, prenons des exemples concrets. Par exemple, une personne qui a euh... des  
85 problèmes de dos, des lombalgies ou des cervicalgies. On peut utiliser la kiné, on va travailler  
86 soit sur les cervicales, soit sur les lombaires, après, moi j'ai été aussi formé en Mézières. Donc  
87 là on peut travailler plus globalement, c'est plus intéressant. Alors on peut faire de la kiné, ça  
88 va fonctionner... en partie. Mais j'ai pu observer que dans la majorité des cas, ça vient d'un  
89 blocage au niveau de la zone du diaphragme ... donc c'est viscéral. C'est le foie, l'estomac, les  
90 reins, toutes ces choses-là. Et y'a beaucoup beaucoup d'informations, en ostéopathie on parle  
91 d'informations, ou de tensions, dans ces zones-là. Et si vous ne libérez pas ça, vous n'avez pas  
92 de bons résultats au niveau des cervicales et des lombaires. Donc quand est-ce que j'utilises que  
93 de la kiné, bah des gens qui viennent que pour de la kiné, bah je leur fais de la kiné, point barre.  
94 Mais je sais que j'aurais pas forcément autant de résultats, mais c'est pas grave, c'est leur choix.

95 Après moi je les informe que pour moi y'a autre chose et que ça serait intéressant de faire  
96 quelques séances d'ostéopathie. Après moi l'ostéopathie que je pratique, ce n'est pas de  
97 l'ostéopathie classique, c'est une ostéopathie tissulaire mais j'ai allié aussi ma formation de  
98 praticien de l'énergie dans l'ostéopathie. Ce qui fait que par le toucher, je peux soigner les gens  
99 sur le corps physique mais aussi sur les corps subtils. Et quand vous travailler sur les corps  
100 subtils, vous avez beaucoup plus de résultats, parce que le corps physique n'est que la résultante  
101 des corps énergétiques... et non l'inverse ! C'est ça que la médecin classique se trompe, c'est-  
102 à-dire que la médecine classique, elle estime qu'on soigne le corps ils ont tout faux. Ils ont tout  
103 faux parce que le corps il s'agite parce que y'a un corps énergétique... et tout part du corps  
104 énergétique. C'est pour ça que dans les hernies discales, les chirurgiens s'accordent à dire qu'ils  
105 ont soixante-dix pourcents de récurrence, quand ils enlèvent une hernie discale. Pourquoi, parce  
106 que la hernie elle est encore dans le corps éthérique, et si elle a pas été enlevée, le corps physique  
107 va rematérialiser la hernie. C'est mort... voilà. Donc quand est-ce que j'utilise la kiné, bah par  
108 exemple dans une entorse de cheville, on a besoin de la kiné. Tout le travail de proprioception,  
109 il est à faire, mais dans l'absolu, si on peut travailler en ostéopathie ... Parce qu'en ostéopathie,  
110 on travaille sur le MRT, le mouvement respiratoire tissulaire. Ce MRT, ça signe la capacité de  
111 microcirculation à un rythme très lent. Donc ce qui est intéressant, c'est qu'en ostéopathie, vous  
112 allez pouvoir multiplier par soixante le débit de la circulation, c'est bien plus efficace qu'un  
113 ultrason. Et du coup, vous allez permettre aux gens de cicatriser beaucoup plus vite. Donc  
114 l'idéal, c'est d'allier l'ostéopathie, en plus on a souvent beaucoup de tensions dans les  
115 membranes interosseuses. Donc en ostéopathie vous allez libérer les membranes osseuses, vous  
116 allez favoriser la guérison, ça va aller beaucoup plus vite. Et après vous allez travailler en kiné,  
117 avec des exercices. Donc c'est pas soit l'un, soit l'autre, dans certaines pathologies c'est bien  
118 d'avoir les deux. Voilà... Qu'est-ce que j'ai d'autres comme exemples à vous donner. Par  
119 exemple, les gens qui ont des problèmes de sommeil, bah on travaille en ostéopathie et les gens  
120 ils dorment super bien. Ventre et crâne. Alors pourquoi la kinésithérapie est limitée ? la  
121 kinésithérapie est limitée, on peut pas dire le contraire, parce qu'elle ne connaît pas le  
122 fonctionnement énergétique du corps humain. Et c'est pareil pour l'ostéopathie classique, en  
123 tout cas structurelle. Ils ne connaissent pas le fonctionnement du corps humain. C'est-à-dire  
124 qu'il faut comprendre qu'il y a deux zones clés, cette zone du diaphragme et le crâne. Pourquoi ?  
125 Parce que d'un point de vue énergétique, vous avez un chakra et de ce chakra sort sept rayons  
126 lumineux. Et ces sept rayons lumineux et vont aller alimenter les sept chakras principaux. Or  
127 chaque chakra est relié à une glande endocrine, donc les effets sur le corps, sont directs. Donc

128 si vous travaillez ici pour purifier et nettoyer, et si vous travailler ici... Pouah... déjà vous avez  
129 pleins de résultats. Alors qu'en kiné vous allez galérer, vous allez pas avancer et puis voilà...

130 **I : Donc en fait, vous diriez qu'en kiné on s'attarde plus sur les conséquences que sur les**  
131 **causes directes ?**

132 MK4 : Tout à fait, je confirme... Même si ça reste un beau métier et qu'on a de bons résultats  
133 quand même...

134 **I : Oui, oui évidemment.**

135 MK4 : Mais c'est pas les mains qui guérissent, c'est le cœur, si vous avez un bon cœur, vous  
136 guérez les gens. C'est pas la technique qui compte. Y'a des gens ils sont là « Ouais moi j'ai  
137 la meilleure technique, c'est super, je suis le plus fort ! ». Sauf que tôt ou tard ils tomberont sur  
138 des gens avec qui, ils n'ont pas de résultats, et c'est normal. C'est normal parce qu'on n'est pas  
139 Dieu. Mais en réalité, c'est pas la technique qui fait qu'on est un bon thérapeute, c'est le cœur.  
140 Donc développez vos qualités de cœur, et vous aurez pleins de monde qui viendra vous voir et  
141 vous aurez pleins de résultats. Et ça, malheureusement, la médecine classique, elle n'a pas  
142 compris ça.

143 **I : Oui effectivement... Et on en a déjà un peu parlé mais est-ce que vous pourriez me dire**  
144 **quels ont été les apports de vos formations à votre vie de professionnel de santé ?**

145 MK4 : L'ostéopathie m'a apporté une vision globale de l'individu et non pas une vision  
146 sectorielle. Parce que souvent quand on va voir un kiné « j'ai mal aux cervicales », le médecin  
147 il a marqué que cervicales, bah le kiné il touche que les cervicales. C'est mort, c'est mort. Donc  
148 c'est une vision qui est trop limitative. Pourquoi, pourquoi ? Alors ça c'est important, parce que  
149 votre corps c'est un ensemble d'élastique en fait, et dès que vous avez une tension... Une  
150 tension dans le corps, ça correspond à une information qui ne circule pas, à une énergie qui ne  
151 circule pas. Et très souvent à des émotions. Donc quand vous avez des tensions dans le corps,  
152 le tissu est retracts. Et cette tension, elle agit tout autour, et par effet de chaîne, une tension par  
153 exemple au trapèze, peut générer une entorse de cheville à répétition. Donc ça m'a permis  
154 d'avoir une vision beaucoup plus globale des choses. Et de ne plus travailler en kinésithérapie  
155 qu'un seul secteur, par des exercices essentiellement, parce que la kinésithérapie c'est ça. Et là  
156 déjà, on a de bien meilleurs résultats, déjà.

157 **I : Et donc vous euh...**

158 MK4 : Alors, pour continuer, y'a eu aussi ce travail de praticien de l'énergie, c'est un  
159 enseignement qui m'a permis d'appréhender le cocon lumineux qui entoure le corps physique.  
160 Ce cocon lumineux est composé d'un corps éthérique, d'un corps astral, un corps mental et un  
161 corps bouddhique. Et le fait de savoir toutes ces choses-là, de sentir euh... les chakras qui  
162 tournent euh... d'avoir ces connaissances sur les énergies, m'a permis de mieux comprendre le  
163 fonctionnement et les dysfonctionnements de l'individu. Et par la même, d'être plus efficient  
164 en kinésithérapie... sans même avoir à utiliser de l'ostéopathie, parce que ces connaissances  
165 me permettent d'avoir une lecture. En plus de ça, mon parcours personnel m'a permis de mieux  
166 me connaître et donc de mieux connaître l'autre. Et je suis arrivé à une période de ma vie, où je  
167 peux, simplement en posant mes mains au niveau du crâne, ou ailleurs, je peux avoir une lecture  
168 de ce qu'il se passe chez vous. Je peux savoir où sont les problèmes, au niveau du foie, au  
169 niveau du talon et tout. Et je peux même enclencher le mécanisme de la guérison... en tout cas  
170 du soulagement. Et le travail se fait dans le corps. Et je peux suivre, en étant juste avec les  
171 mains posées, ou même sans poser les mains, je peux suivre exactement où ça travaille chez  
172 vous, tac tac tac. Voilà, mais ça, ça dépasse encore l'ostéopathie, parce que ça c'est du à mon  
173 parcours personnel, si vous voulez. Voilà...

174 **I : Et est-ce que vous diriez que, bon j'imagine que oui mais je vous pose la question quand**  
175 **même. Est-ce que vous diriez que vos formations vous ont permis de toucher une**  
176 **patientèle différente ?**

177 MK4 : Alors euh... mes formations m'ont permis de toucher des gens différents. Au début  
178 c'était des gens très frustrés, très lourds, tabaciques, très malades finalement. Et maintenant, je  
179 touche euh, bien plus ouverte, déjà au niveau du cœur. Des gens qui sont moins malades, ou  
180 malades mais ayant du cœur. Enfin, quand même plus vous êtes ouvert au niveau du cœur, plus  
181 vous êtes rayonnant et plus vous êtes en bonne santé et riche aussi. Riche même financièrement,  
182 ça va avec, c'est relié, tout est relié. Donc la patientèle a vraiment énormément changé, et elle  
183 continue de changer. Alors, c'est lié à mes formations, mais c'est essentiellement lié à mon  
184 cœur. Plus les ouvertures se sont produites, et je compte bien continuer parce que c'est le  
185 chemin qui mène au vivant et ça pour moi c'est essentiel ; et plus les gens qui viennent me voir  
186 sont des gens moins lourds. Vous savez, on ne peut pas soigner tout le monde. Pourquoi ? Parce  
187 que la guérison, elle est toujours déclenchée par le patient. Alors ça, ça va vous choquer peut-  
188 être un petit peu... Mais déjà pour moi, le patient quand il est malade, c'est pas par hasard, c'est  
189 toujours lui qui a mis en place sa maladie. Toujours. Y'a pas d'exception pour moi. C'est lui  
190 qui l'a mise en place. Inconsciemment, mais c'est lui. Y'a deux types de patients, en gros, y'a

191 des patients qui viennent pour guérir et tout va bien. Et vous avez des patients, qui ne veulent  
192 pas guérir et ils vous disent « surtout ne changez rien à ma vie », donc ces gens-là, ils viennent  
193 pour entretenir leur maladie, parce qu'ils sont identifiés à leur maladie. Et le problème de notre  
194 médecine classique c'est qu'elle maintient les gens identifiés à leur maladie. Je m'explique, ils  
195 vont faire un examen, on leur donne un diagnostic, on leur « ah bah là c'est mort, votre  
196 maladie vous allez l'avoir jusqu'à la fin de votre vie, 'faut prendre des médicaments », et le  
197 patient il dit « J'AI cette maladie », il s'approprie ça. Le problème c'est que le médecin ne dit  
198 pas « peut-être que vous allez guérir », au moins il laisserait une possibilité, NON ! La  
199 médecine elle enferme, c'est pour ça que moi, je vais encore vous dire quelque chose qui va  
200 vous choquer... la médecine, c'est une secte. C'est une secte officielle mais c'est une secte. Ils  
201 ne le savent pas forcément, mais c'est une secte, c'est pas forcément de la mauvaise intention  
202 mais c'est une secte. Secte dans le sens où ils maintiennent les gens dans la maladie, ils  
203 maintiennent les gens dans la dépendance, comprenez. Vous avez pleins de médecins qui sont  
204 conscients de ça et qui font attention mais dans la grande majorité, les labos pharmaceutiques,  
205 eux, ils en ont rien à foutre ! Ce qui veut dire c'est faire du profit, on le voit bien avec les vaccins  
206 actuellement. Voilà... Franchement, avec ce que je vous donne, vous allez voir, ça va beaucoup  
207 cogiter dans votre tête. Alors j'ai pas forcément raison, mais je vous donne mon point de vue.

208 **I : Ecoutez, c'est parfait puisque c'est le but de cette interview. Et hormis les bénéfices**  
209 **apportés aux patients, est-ce que vous, en tant que professionnel de santé, l'ostéopathie**  
210 **vous a apporté d'autres bénéfices ?**

211 MK4 : Alors en termes de kinésithérapeutes, oui j'ai une certaine liberté même si y'a une  
212 prescription. Après c'est vrai que les patients ils ont beaucoup confiance en leur médecin, et  
213 c'est pas bon de trahir cette confiance parce qu'on créerait euh... c'est pas bon, même si on  
214 n'est pas d'accord, c'est pas bon de dire que le médecin est pas bon ... C'est même pas par  
215 rapport au côté déontologique, c'est par rapport au fait que si vous faites perdre la confiance du  
216 patient pour le médecin c'est jamais bon pour le processus thérapeutique. Euh... donc oui en  
217 kiné on a une certaine liberté mais bon, on va pas parler des contraintes mais ... seize euros la  
218 demi-heure bah c'est chaud quand même, d'accord. Ensuite en ostéo, j'ai encore plus de liberté,  
219 je fais ce que je veux, c'est moi qui détermine le temps pour travailler, le prix de la consultation.  
220 Euh... donc oui, l'ostéopathie me donne une immense liberté que je n'ai pas en kiné. Le  
221 problème du médecin c'est qu'il a un pouvoir, le pouvoir de la prescription... Les médecins, je  
222 ne sais pas si vous les savez, mais depuis les années deux mille ils ne doivent plus mettre sur  
223 l'ordonnance le nombre de séances, ni la région à traiter. C'est nous qui déterminons le nombre

224 de séances. Mais bon... ça fait vingt ans et rien n'a changé. Donc oui, beaucoup plus de liberté  
225 en ostéopathie... et puis je ne dépends plus des caisses, et ça faut quand même avouer quelque  
226 chose c'est que la CPAM, elle va toujours niveler vers le bas. Pour elle ce qui est intéressant  
227 c'est l'économie, de ne pas rembourser beaucoup. Or, vous m'avouerez qu'une séance d'une  
228 demi-heure à seize euros, vu le prix maintenant de la vie, c'est se foutre de la gueule des gens.  
229 Surtout quand on a fait cinq ans d'études, c'est une honte, c'est une honte. Il est pas normal  
230 qu'un plombier gagne mieux sa vie qu'un kiné. Ça amène beaucoup de liberté l'ostéopathie,  
231 c'est un très très beau métier l'ostéopathie. Pourquoi ? Parce qu'on développe une sensibilité et  
232 une capacité d'écoute aussi... c'est un beau travail. En ostéopathie y'a pleins de techniques.  
233 Les gens qui font que du structurel, bah c'est très limité au niveau des capacités de soin. C'est  
234 plus juteux au niveau financier parce que vous allez garder les gens dix minutes, un quart  
235 d'heure, et hop et après ils partent. Mais quand même, le tissulaire, et l'énergétique, en plus  
236 par-dessus, ça permet beaucoup de choses. Donc beaucoup plus de liberté, je vous dis, en  
237 ostéopathie je peux tout soigner, je peux tout soigner, je peux pas tout guérir, mais je peux tout  
238 soigner. Même au niveau du système immunitaire, je peux travailler pour renforcer le système  
239 immunitaire. Voilà, et ça marche super bien. J'ai eu des gens qui sont venus me voir, en pleine  
240 chimiothérapie, on a eu des très bons résultats. Donc oui, l'ostéo me donne beaucoup plus de  
241 liberté, tant qu'elle est pas enfermée par la Sécu'. Et elle ne le sera jamais, parce que la Sécu'  
242 ne veut pas rembourser, donc ça, ça sauve l'ostéopathie.

243 **I : Du coup, dernière question, depuis la réforme des études de MK de 2015, la masso-**  
244 **kinésithérapie se tourne de plus en plus vers l'*Evidence Based Practice*, c'est-à-dire la**  
245 **pratique basée sur les faits scientifiques. Et on voit de plus en plus de kinés se former à**  
246 **des médecines alternatives ou complémentaires. Or, les effets de ces techniques ne sont**  
247 **que très peu éprouvés par les études. Est-ce que vous trouvez ça paradoxal ? et si oui,**  
248 **comment expliqueriez-vous ce paradoxe ?**

249 MK4 : Oui, la kinésithérapie tend à être de plus en plus scientifique, parce que l'individu ne  
250 croit que ce qu'il peut mesurer. Mais il n'existe pas forcément que ce qui peut être mesuré.  
251 Donc, ils font fausse route. Dans le sens où, ils ont raison de s'appuyer sur des choses  
252 scientifiques pour établir des bases mais ils ont tort de se fermer au reste. Ils devraient rester  
253 ouvert en disant « Ok, ça on ne peut pas le mesurer, mais peut-être que ça existe et que ça  
254 marche ». Pourquoi faudrait-il condamner les choses qui marchent cliniquement, mais qui ne  
255 sont pas prouvées scientifiquement. Mais on est où là ? C'est la chasse aux sorcières, ni plus ni  
256 moins. Prenez Monsieur Vodder, à son époque il a dit « Y'a des canaux lymphatiques, des



257 glandes, etc », les médecins ils disaient « vous êtes complètement taré, vous êtes malade, vous  
258 êtes un fou, on va vous enfermer à l'asile », presque, j'exagère. Et maintenant, on sait, qu'il y  
259 a des canaux, on a pu les visualiser, y'a des canaux lymphatiques, y'a des canaux lymphatiques,  
260 y'a tout ça. Donc on voit bien que l'individu à un temps t, a une visibilité scientifique en  
261 fonction de ce qui existe au niveau de la science actuellement, mais c'est pas pour ça que le  
262 reste n'existe pas. C'est pas parce que lui ne le voit pas ou ne peut pas le quantifier, que le reste  
263 n'existe pas. Mais on est dans l'obscurantisme en tenant ce genre de discours. On est dans un  
264 délire, comme on est actuellement, d'ailleurs, pour le vaccin. Et c'est pareil pour l'Ordre des  
265 kinés... De quoi je me mêle ! Pourquoi ils ont interdit la fasciathérapie en disant « oui mais ça  
266 c'est pas prouvé »... mais de quel droit ils interdisent quelque chose qui n'est pas prouvé alors  
267 que ça marche ! Et qu'ils ne me disent pas que c'est l'effet placebo... et quand bien même ça  
268 serait l'effet placebo, si ça amène de la guérison, on est au service de la guérison du patient.  
269 Vous savez, de tout temps... vous avez des gens d'exception comme Vodder, comme Still, qui  
270 ont découvert des choses, qui ont un lien avec cette conscience et la conscience les a utilisés  
271 pour justement leur permettre de donner au monde des choses, et faire évoluer notre humanité.  
272 Et puis vous avez la grande majorité des gens qui sont là « Oh, ça c'est pas bien, ça correspond  
273 pas aux normes, et on peut pas le mesurer », voyez c'est ça le problème. Elle est où la tolérance ?  
274 Elle est où l'ouverture ? C'est juste des guerres d'écoles ... Voilà, je crois que vous avez votre  
275 réponse !

276 **I : Oui, je pense aussi, écoutez, c'est tout pour moi ! Merci beaucoup, si vous n'avez plus**  
277 **rien à ajouter, je peux couper l'enregistrement.**

278 MK4 : Bah, merci à vous !

**Annexes IX : Tableau de synthèse d'analyse de l'entretien n°4 :**

Entretien N°4				
Catégories	Exemple de citations	Références (n° de lignes)	Fréquences d'apparition	Observations diverses
Catégories identifiées a priori				
Effets psychologiques	-	-	0%	Catégorie non mentionnée
Prise en charge globale du patient	<p>« [En ostéopathie] <i>vous pouvez travailler la faux du cerveau, la glande pinéale, vous pouvez travailler l'hypophyse, vous pouvez tout travailler</i> »</p> <p>« <i>on peut travailler plus globalement, c'est plus intéressant</i> »</p> <p>« <i>L'ostéopathie m'a apporté une vision globale de l'individu et non pas une vision sectorielle</i> »</p>	<p>lignes 18-19</p> <p>ligne 87</p> <p>lignes 145-146</p>	18%	La médecine classique a une vision trop restreinte et sectorielle du corps humain.
Sensibilité aux MAC	<p>« <i>Après j'étais déjà assez tourné vers les médecines douces, j'ai essayé l'acupuncture, j'ai essayé l'homéopathie, j'ai essayé ... J'ai un parcours de vie assez particulier</i> »</p> <p>« <i>j'ai commencé à travailler avec ce guérisseur, c'est tout un travail qui amène vers euh... en tout cas qui m'a permis de découvrir tout cet espace intérieur qu'on peut avoir en soi. C'est-à-dire, toute cette dimension qu'on appellerait la conscience, le soi, les bouddhistes appellent ça le soi, moi j'appelle ça la conscience spirituelle.</i> »</p>	<p>lignes 41 à 43</p> <p>lignes 50 à 53</p>	35%	Importance évidente de la guérison de sa pathologie grâce aux MAC et de sa spiritualité.

	<p>« Alors, j'avais pas cette sensibilité au départ, mais ma maladie m'a permis de découvrir tout cet univers. Et j'ai engagé un travail, qui se faisait dans des stages pendant deux ans. Parallèlement à ça, j'ai suivi une alimentation drastique avec une radiesthésiste, qui avait soigné différents Présidents de la République. Et grâce à ce double travail j'ai pu entièrement guérir de ma maladie... radio à l'appui. Donc c'est possible, c'est possible. »</p> <p>« Pour moi la guérison, elle ne peut s'opérer que par Dieu »</p>	<p>lignes 60 à 64</p> <p>lignes 67-68</p>		
Efficacité	<p>« L'intérêt de l'ostéopathie c'est que vous pouvez tout soigner »</p> <p>« on peut faire de la kiné, ça va fonctionner... en partie »</p> <p>« en kiné vous allez galérer, vous allez pas avancer »</p>	<p>lignes 16-17</p> <p>lignes 87-88</p> <p>ligne 129</p>	18%	Efficacité indéniable de l'ostéopathie tissulaire.
Profit	<p>« en ostéopathie vous n'êtes pas verrouillé par les caisses »</p> <p>« je pratique les tarifs que je veux en fonction du travail que j'ai fait »</p> <p>« Il est pas normal qu'un plombier gagne mieux sa vie qu'un kiné »</p>	<p>lignes 27-28</p> <p>ligne 32</p> <p>ligne 229-230</p>	18%	Profit en termes de compétences, mais surtout pécunier.

Nouvelles catégories mentionnées dans l'entretien				
Kinésithérapie limitée	<p>« Vous pouvez travailler dans le ventre, en kinésithérapie, y'a pas ce travail-là, voilà. »</p> <p>« Donc la kinésithérapie, c'est, c'est, c'est, c'est très beau, c'est super, j'aime bien. Mais ça reste limité en termes de possibilités. »</p> <p>« Alors pourquoi la kinésithérapie est limitée ? la kinésithérapie est limitée, on peut pas dire le contraire, parce qu'elle ne connaît pas le fonctionnement énergétique du corps humain. »</p>	<p>Lignes 19-20</p> <p>lignes 20 à 22</p> <p>lignes 120 à 122</p>	4%	La médecine classique en général est limitée, car elle ne connaît pas le fonctionnement énergétique du corps humain.
Autonomie	<p>« En plus, en tant qu'ostéopathe, je suis euh... un intervenant de première intention, donc je suis autonome et je n'ai aucun compte à rendre vis-à-vis des médecins. Et ça pour moi c'était important, je ne voulais pas être dépendant des médecins. »</p> <p>« pour moi l'ostéopathie, ça me laisse beaucoup plus de liberté »</p> <p>« Donc oui, beaucoup plus de liberté en ostéopathie »</p>	<p>lignes 22 à 24</p> <p>lignes 31-32</p> <p>lignes 224-225</p>	7%	Besoin criant de liberté et d'autonomie de la part du MK4

## **Annexe X : Retranscription de l'entretien avec le MK n° 5**

1 **I : Tout d'abord, je tiens à vous remercier pour le temps que vous m'accordez.**

2 MK5 : Pas de souci. On a eu du mal à se caler ça mais on se voit enfin !

3 **I : Oui c'est vrai, c'était dur mais on a réussi ! Donc on commence, afin de vérifier que les**  
4 **critères d'inclusion sont bien remplis, pouvez-vous me confirmer que vous êtes MK**  
5 **diplômé d'Etat et que vous également ostéopathe ?**

6 MK5 : C'est ça !

7 **I : Alors première question, pourquoi vous êtes-vous intéressée à l'ostéopathie dans un**  
8 **premier temps ?**

9 MK5 : Alors, pour vous dire un peu euh... mon parcours, on va dire. J'ai été diplômée en deux  
10 mille... ça ne me rajeunit pas tout ça... Et euh... j'ai commencé par faire des remplacements.  
11 J'en ai profité pour visiter la France, moi à la base, je viens de Strasbourg, et j'ai voyagé comme  
12 ça, par-ci par-là, pendant dix ans. Je suis arrivée par hasard sur la Côte, pour un remplacement,  
13 dans le cabinet où nous sommes actuellement. Y'avait trois kinés, deux jeunes et un plus âgé.  
14 Et moi, je devais remplacer le plus vieux. Ça s'est tout de suite bien passé, les patients étaient  
15 cools, le rythme de vie me plaisait beaucoup et, on va pas le cacher, j'étais bluffée par ce...  
16 ce... ce soleil qu'on a ici toute l'année. Du coup, je m'y plaisais beaucoup mais je savais que  
17 le remplacement ne durerait qu'un mois. Donc euh... je me suis égarée là... C'était quoi la  
18 question déjà ?

19 **I : Pas de souci, alors la question c'était pourquoi vous êtes-vous intéressée à l'ostéopathie**  
20 **dans un premier temps ?**

21 MK5 : Ah oui, j'ai fait une grosse digression ! Alors en gros, le kiné que je remplaçais, il était  
22 ostéo aussi. Du coup pendant le mois où je le remplaçais, les patients ils étaient contents de  
23 venir au cabinet mais je sais pas... j'avais l'impression d'être nulle. Je me disais que c'était  
24 parce que j'avais pas beaucoup d'expérience. C'est vrai qu'à côté d'un kiné qui a trente ou  
25 quarante ans d'expérience, un jeune diplômé est moins performant, mais quand même, j'arrivais  
26 pas à me sortir ça de la tête. Du coup, quand j'ai eu terminé mon rempla', j'en ai parlé au kiné.  
27 Je lui ai dit « Franchement ça s'est bien passé, mais quatre-vingt-dix pourcents du temps, je me  
28 suis sentie comme une merde ! ». Alors il a rigolé et il m'a dit que c'était normal. En fait ce  
29 qu'il ne m'avait pas dit c'est qu'à ses patients, il leur faisait des exos de kiné mais aussi des  
30 trucs d'ostéo. Donc forcément les patients ils avaient l'habitude qu'on les fasse craquer, que

31 euh... je sais pas... qu'on leur fasse du viscéral et tout ... Et moi, je leur faisais que des  
32 exercices, alors ils étaient déçus... voilà...

33 **I : Donc, si je résume, c'est de voir que les patients étaient demandeurs de plus que de la**  
34 **simple kiné, qui vous a motivé à vous former ?**

35 MK5 : Alors y'a ça. Mais y'a aussi la rencontre avec ce kiné. Si tu veux, moi à ce moment de  
36 ma vie professionnelle, je suis à un tournant. Un tournant crucial. Mais ... comment dire... si  
37 je n'avais pas été encadrée par ce mec... bah je pense que je n'aurais pas fait de l'ostéo...  
38 j'aurais peut-être fait autre chose... qui sait !

39 **I : Je suis obligée de vous demander, qu'est-ce qui a fait que ce kiné vous a... comment**  
40 **dire... impacté autant ? Je sais pas si je m'exprime bien mais ...**

41 MK5 : Oui, oui, je comprends. En fait, il m'a vraiment pris sous son aile. Ca a été comme un  
42 mentor pour moi. On a beaucoup parlé, ensuite j'ai fait plusieurs séances d'ostéo avec lui, les  
43 premières j'étais simplement patientes, et après il m'expliquait son raisonnement etc. Et puis  
44 aussi, il faut le dire, il était excellent.

45 **I : Excellent... c'est-à-dire ?**

46 MK5 : Bah... par exemple, il a découvert des choses sur moi, que je ne lui avais jamais dit.  
47 J'avais, à l'époque, de gros problème de foie et de digestion, directement il s'en est aperçu. Et  
48 sans, je dis bien SANS que je lui dise. Et du coup de voir tout ce qu'on pouvait faire en ostéo,  
49 le raisonnement, le champ d'action qui est beaucoup plus large que celui de la kiné. En kiné,  
50 bon, j'adore être kiné hein, mais une cheville, un genou, PTG, PTH et t'as fait le tour... enfin  
51 je pense ...

52 **I : Oui, je vois. Il y a aussi la respi et la neuro quand même ... vous n'en faites pas ?**

53 MK5 : Non, alors ça, j'évite. Déjà la respi... faire cracher des gens... surtout en ce moment...  
54 c'est moyen. Et puis la neuro, bah c'est complexe, c'est souvent des pathologies lourdes, y'a  
55 besoin de matériel ... En ostéo on a un champ d'action très large sans non plus tomber dans le  
56 pathos... les pathologies lourdes quoi.

57 **I : Je comprends. Et quelle ostéopathie pratiquez-vous ? structurelle ? viscérale ?**  
58 **crânienne ?**

59 MK5 : Moi je fais un peu de tout ! Le structurel c'est ce qui marche le mieux... enfin je veux  
60 dire avec les patients, parce que y'a le « crac ». Même si nous professionnel, on sait que bon...

61 c'est pas parce que ça craque que c'est guéri, le patient, lui, il est content quand ça craque.  
62 Après y'a des gens qui n'aiment pas... pas du tout même. Alors on adopte une façon de faire  
63 plus douce, on travaille sur les fascias, les choses comme ça, c'est passionnant !

64 **I : D'accord, alors vous m'avez dit que vous faisiez de tout en ostéo, j'aimerais savoir dans**  
65 **quelles situations vous utilisez l'ostéopathie ?**

66 MK5 : Alors... ta question elle est difficile, mais en même temps c'est très simple comme  
67 réponse... Je m'explique... En kiné, y'a toujours un moment où t'es bloquée, t'as réussi à  
68 soulager le patient mais y'a un p'tit truc qui persiste, ça peut être des douleurs, ou alors une  
69 raideur articulaire... que sais-je. C'est là, que j'utilise des p'tit truc d'ostéo sur mes patients en  
70 kiné. Après, j'ai des patients qui viennent me voir qu'en ostéo, aussi.

71 **I : Donc c'est plutôt en chronique que vous utilisez l'ostéo ?**

72 MK5 : Euh... ça dépend. Pour les patients en kiné oui... Après c'est vrai que j'ai des patients  
73 souvent qui m'appellent le matin pour que je les prenne entre deux patients parce qu'ils sont  
74 bloqués et qu'ils ont besoin que je les débloque rapidement.

75 **I : Ces urgences-là, en ostéo, c'est plutôt pour des lumbagos alors ?**

76 MK5 : Ouais, ouais, lumbago surtout et puis c'est souvent des mecs qui bossent à leur compte  
77 et qui ont pas le temps de prendre rendez-vous chez le généraliste, chez le kiné etc. Ils savent  
78 que moi en deux manip desfois j'arrive à les soulager donc ils viennent et hop, hop, hop. Une  
79 fois que la vertèbre elle est passée, c'est reparti, ils peuvent reprendre le boulot. Donc voilà, cet  
80 exemple c'est de l'aigu, donc voilà... y'a pas que du chronique non plus.

81 **I : Je vois... je vois... Y'a-t-il des bénéfiques en ostéo, qu'on ne peut pas avoir en kiné ?**

82 MK5 : OUI ! Bah déjà sur tout ce qui est structurel, en thérapie manuelle, avec les thrust tout  
83 ça, on est mille fois plus efficace. C'est rapide en plus, c'est ça qui est bien. C'est bien pour le  
84 patient mais aussi pour le praticien, parce que euh... Bon c'est anonyme donc je peux te le  
85 dire... Se trainer des patients pendant trente ou quarante séances... c'est pas... bon c'est pas la  
86 joie, quoi...

87 **I : Mmh... Je vois... autre chose ?**

88 MK5 : Aussi, en ostéo on peut travailler sur le crâne, sur les sutures, tout ça ... en kiné, à mon  
89 époque en tout cas, je sais pas ce qu'on vous apprend, mais nous, jamais mais vraiment  
90 JAMAIS, on nous a parlé du crânien. Alors que bon... c'est quand même tout une zone qu'on

91 délaïsse en kiné ! Le crâniën c'est bien, ça marche bien pour tout ce qui est cervicalgies ou  
92 même pour re symétriser le visage tout ça... ça on peut pas le faire en kiné. Et le viscéral, bah  
93 le viscéral non plus, on n'apprend pas en kiné, à mon époque en tout cas ! On te l'a appris ?

94 **I : Non... non, non, je ne crois pas.**

95 MK5 : En tout cas, ça t'a pas marqué ! Donc forcément on ne t'en a pas parlé, parce que ça  
96 t'aurait marqué, le viscéral c'est magique, presque. Tu soulages des gens, qui souffrent depuis  
97 des années, rien qu'avec tes mains. Et ça je peux en parler d'expérience. En fait la kiné c'est  
98 bien, mais c'est limité, donc c'est une bonne porte d'entrée pour l'ostéo. Attention, je ne dis  
99 pas qu'on ne sait rien faire en kiné, mais j'ai l'impression que ...

100 **I : ... qu'on ne va pas jusqu'au bout ?**

101 MK5 : VOILA ! En se cantonnant à une zone comme euh... comme la cheville par exemple...  
102 bah on règle pas tout ! C'est marqué cheville sur l'ordo donc on fait QUE la cheville, parce  
103 qu'en plus, c'est déjà mal payé pour une cheville, je ne vais pas allée m'embêter à checker le  
104 péroné et le bassin en plus. Donc je me limite, je suis limitée aussi dans mes techniques, et mon  
105 patient il repart, il a fait sa séance de kiné mais son entorse, elle n'est pas totalement guérie.  
106 Mais on s'en fout, puisque c'est remboursé ! Quand il aura une récïdive, ce qui est presque sûre,  
107 il reviendra chez le kiné, qui lui fera la même chose. Le patient, il sait pas lui qu'on lui fait pas  
108 un traitement au top. Et le kiné, il est content parce que le patient est revenu...

109 **I : D'accord, c'est un peu un cercle euh... vicieux ou vertueux, je sais pas ...**

110 MK5 : Ouais... je serai tentée de dire vertueux pour le kiné parce que sa clientèle est fidèle  
111 mais ... il ne s'améliore pas dans sa pratique donc c'est pas bien pour lui... en fait...

112 **I : Oui, c'est ça. Et hormis les bénéfices apportés aux patients, est-ce que vous, en tant que**  
113 **professionnel de santé, l'ostéopathie vous a apporté d'autres bénéfices ?**

114 MK5 : Evidemment ! Bon déjà, c'est mieux payé, t'as peut-être moins de patients au début,  
115 mais déjà c'est pas comparable. Tu restes une heure avec un patient, tu te fais soixante à quatre-  
116 vingts balles, alors qu'en kiné ... bon... y'a pas photo. Y'a aussi le fait de voir que les gens  
117 sont ... comment dire... ça les choque pas de te payer ce montant. Je m'explique, en kiné, pour  
118 le patient c'est gratuit, pas vraiment, mais c'est l'impression que ça donne. Alors qu'en ostéo,  
119 c'est le patient qui paye. Y'a des mutuelles qui remboursement une ou deux séances, mais y'a  
120 pas le tiers-payant, donc dans tous les cas le patient doit déboursé quelque chose. Donc aussi  
121 le fait de se dire que pour eux c'est normal de te payer soixante euros par exemple, bah... déjà



122 c'est... comment dire... ça veut dire que tu les vaux, quelque part... Je suis pas sûre que tous  
123 les kinés, garderaient leur clientèle, si la kiné était déremboursée...

124 **I : Ah, non, ça c'est sûr... Est-ce que vous voyez d'autres bénéfices ?**

125 MK5 : Ouais, alors attends, je réfléchis...

126 **I : En terme peut être d'organisation de ...**

127 MK5 : Alors pas d'organisation mais, plutôt de liberté. En kiné, y'a l'ordonnance, bon, y'a  
128 marqué... je sais pas moi... tendinite du moyen fessier. Bon. Déjà, le généraliste, souvent, il te  
129 met la liste de tout ce que tu DOIS faire. Ça c'est pas cool. C'est pas cool, parce que le patient  
130 il lit l'ordonnance et il est pas bête. Et ce qui arrive souvent c'est que y'a pas marqué  
131 « renforcement » et quand tu commences à faire des exos, le patient il te dit « y'avait pas  
132 marqué ça sur l'ordo ». Et ça... ça... c'est un peu dégradant ... bon dégradant c'est peut être  
133 un peu fort comme mot mais ... de devoir expliquer au patient que c'est ça qui est bon pour lui  
134 et de... de devoir se justifier, en fait c'est ça on se justifie de nos compétences. On lui dit, sans  
135 lui dire, mais on lui dit « je suis kinésithérapeute diplômée d'état, je suis tout à fait euh apte à  
136 déterminer mon plan de traitement, le médecin ne doit plus normalement, depuis des années...  
137 ça fait des années qu'ils ne doivent plus marquer le nombre de séances et les techniques à  
138 employer. ». En fait on a l'impression d'être les exécutants d'une prescription en kiné. Y'a pas  
139 de libre arbitre...

140 **I : En fait, la façon dont est faite la prescription... ça ne laisse pas la place à la réflexion ?**

141 MK5 : Ouais... ouais... c'est difficile parce que le diagnostic il a déjà été posé mais... mais  
142 combien de fois, et ça t'arrivera aussi et tu penseras à moi, combien de fois ça m'est arrivée que  
143 sur la prescription y'a marqué un truc et que tu te rends compte après deux minutes de séances  
144 que c'est pas le bon diagnostic.

145 **I : Oui, c'est vrai, en stage, j'ai déjà vu ça ...**

146 MK5 : Bah voilà ! et du coup le kiné qu'est-ce qu'il fait ? Il appelle le médecin, une fois sur dix  
147 il lui répond, et après... bah c'est la croix et la bannière pour se faire entendre auprès du  
148 médecin...

149 **I : En fait, en tant que simple kiné, entre guillemets, on n'est pas sur un pied d'égalité avec  
150 les médecins ?**

151 MK5 : Ouais... ça change, parce qu'avec la nouvelle génération de médecins... moi je vois,  
152 j'ai pleins de petits jeunes qui viennent de s'installer à côté du cabinet, bon ... ils sont plus  
153 ouverts, mais y'a quand même un lien de subordination qui persiste, je trouve... ça n'est que  
154 mon avis ...

155 **I : Moi, c'est votre avis qui m'intéresse, donc ça me va !**

156 MK5 : Ouais, c'est vrai... En ostéo, c'est pas pareil, on est en première intention, comparé à la  
157 kiné, donc il faut *screnner* les patients et faire son diagnostic ostéo. On fait un gros bilan, on  
158 inclut toutes les sphères, articulaires, viscérales, mais aussi psy et socio-pro et ensuite on choisit  
159 nos techniques en fonction de ça. En ostéo, t'as plus le temps aussi. Et puis les gens qui viennent  
160 te voir... comment dire... bah tu parles pas de la pluie et du beau temps... c'est des  
161 conversations plus profondes, on va dire. Parce que eux aussi, ils s'intéressent à ce que tu fais.  
162 Y'a aussi ça qui est primordial, l'ostéo, j'ai l'impression qu'il s'inscrit dans une façon de  
163 vivre... je sais pas si je suis très claire...

164 **I : Euh... par-là, vous voulez dire que vos patients adoptent une certaine philosophie de  
165 vie qui...**

166 MK5 : Voilà ! Les patients, ils sont dans une logique de prendre soin d'eux, en kiné aussi, mais  
167 c'est pas toujours le cas. Et on en revient toujours à la même chose mais, le fait que l'ostéo soit  
168 payant, bah, je dirais que ça filtre un peu. Et du coup, les patients qui veulent venir, c'est parce  
169 que ça s'intègre dans une démarche plus profonde que juste « j'ai mal là ». je pense...

170 **I : Donc vous diriez que la patientèle de kiné et d'ostéo est différente ?**

171 MK5 : Carrément ! En kiné, bon moi j'ai des patients cools... de toute façon les gens avec qui  
172 ça passe pas, ils le sentent et ils reviennent pas. Mais en kiné bon tu les vois pour leurs séances  
173 mais ça reste très terre-à-terre alors qu'en ostéo, ils sont intéressés. Ils sont aussi dans la  
174 gratitude... parce qu'en kiné parfois, t'as l'impression que c'est un dû... les patients ils peuvent  
175 être assez ingrats. Alors qu'en ostéo, ils te valorisent et du coup c'est gratifiant, je dirais, de les  
176 soulager et en plus d'avoir un *feedback* aussi positif que ça. Après c'est vrai que, quand je te  
177 parlais des patients auto-entrepreneurs qui viennent entre deux pour être soulagé le plus vite  
178 possible, bah, t'as ... t'as la pression. Y'a aussi ça, vu qu'ils payent, et qu'ils sont habitués à  
179 être soulagés rapidement, bah leurs attentes elles sont très hautes. C'est un petit pic d'adrénaline  
180 quand on reçoit un patient comme ça, un peu une sorte de défi, mais... mais... je sais pas si je  
181 peux dire ça... Mais, je vais te le dire quand même... je préfère bosser en ostéo qu'en kiné...

182 **I : ... justement par rapport à la relation que vous avez avec les patients en ostéo ?**

183 MK5 : Ouais, je me sens plus libre et tout mais le truc aussi c'est que c'est plus agréable de  
184 travailler avec ces patients-là. J'ai l'impression que y'a plus de respect... et puis vu que tu les  
185 vois moins... je sais pas... c'est peut-être aussi l'effet de euh... comment je pourrais dire ça...  
186 l'effet de c'est pas tous les jours que je peux y aller donc, c'est toujours une bonne séance...  
187 Y'a toujours deux ou trois patients mécontents, attention, mais c'est minoritaire... largement  
188 minoritaire...

189 **I : Oui, évidemment, c'est normal. Alors, nous abordons la dernière question de cette**  
190 **interview. Puisque c'est la dernière, c'est la plus costaud mais ...**

191 MK5 : Je suis prête !

192 **I : C'est parti, alors ! Depuis la réforme des études de MK de 2015, la masso-**  
193 **kinésithérapie se tourne de plus en plus vers l'*Evidence Based Practice*, c'est-à-dire la**  
194 **pratique basée sur les faits scientifiques. Et on voit de plus en plus de kiné se former à des**  
195 **médecines alternatives ou complémentaires. Or, les effets de ces techniques ne sont que**  
196 **très peu éprouvés par les études. Est-ce que vous trouvez ça paradoxal ? et si oui, comment**  
197 **expliqueriez-vous ce paradoxe ?**

198 MK5 : Alors effectivement, la kiné devient de plus en plus scientifique on va dire... déjà  
199 universitaire. J'ai vu que vous êtes Master maintenant, ça c'est cool. Mais le truc c'est que... si  
200 on pouvait TOUT prouver, ça se saurait et euh... surtout, on l'aurait déjà fait. Moi ce qui  
201 m'importe c'est le patient. Le patient, le patient, le patient, avant tout. Donc tester des trucs  
202 pour voir que ça n'ait pas d'effet indésirable sur les patients, pour être sûre que ce n'est pas  
203 dangereux pour lui, OUI ! OUI, OUI, OUI ! Par contre, se priver de techniques, dites non  
204 prouvées, alors qu'on sait, je dis bien, ALORS QU'ON SAIT que ça soulage les patients ... je  
205 dis NON !

206 **I : Dans le code de déontologie des kinés, il est indiqué que le kiné ne peut pas proposer à**  
207 **ses patients une technique insuffisamment éprouvée...**

208 MK5 : Mais évidemment qu'on ne peut pas le prouvé, parce que tout ce qui est du domaine de  
209 la perception c'est impossible à mesurer. En crânien, je sens des choses, mais ces choses elles  
210 sont imperceptibles par des machines, et pourtant mes patients sortent des séances soulagés.  
211 Moi ma priorité c'est le patient, je veux le soulager, s'il est bien après ma séance, il revient,  
212 sinon il part voir quelqu'un d'autre. Tu me parles de déontologie, et c'est normal, à l'école on

213 doit vous en parler tout le temps, mais moi je ne trouve pas ça éthique, je dis bien ETHIQUE,  
214 de ne pas utiliser une technique qu'on sait efficace, seulement parce que ce n'est pas prouvé  
215 scientifiquement.

216 **I : Je vois...**

217 MK5 : L'important c'est d'être sûre de ne pas être délétère pour le patient, après le reste, ça ne  
218 le soulage pas... bah il va voir un confrère, c'est pas grave. Moi les patients qui ne sont pas  
219 satisfaits, je ne les retiens pas, au contraire, je les envoie chez des collègues... J'ai pas le  
220 monopole de l'ostéo, ni de l'efficacité... voilà...

221 **I : Ecoutez, merci beaucoup, si vous n'avez plus rien à ajouter, je peux couper**  
222 **l'enregistrement.**

223 MK5 : Tu peux couper je pense... On a bien parlé, c'était intéressant, ça valait le coup !

**Annexes XI : Tableau de synthèse d'analyse de l'entretien n°5 :**

Entretien N°5				
Catégories	Exemple de citations	Références (n° de lignes)	Fréquences d'apparition	Observations diverses
Catégories identifiées a priori				
Effets psychologiques	-	-	0%	Catégorie non mentionnée
Prise en charge globale du patient	<p>« on fait un gros bilan, on inclut toutes les sphères, articulaires, viscérales, mais aussi psy et socio-pro »</p> <p>« Les patients, ils sont dans une logique de prendre soin d'eux »</p>	<p>lignes 157-158</p> <p>ligne 166</p>	13%	
Sensibilité aux MAC	<p>« les patients ils avaient l'habitude qu'on les fasse craquer, que euh... je sais pas... qu'on leur fasse du viscéral et tout ... Et moi, je leur faisait que des exercices, alors ils étaient déçus »</p> <p>« il m'a vraiment pris sous son aile. Ca a été comme un mentor pour moi. On a beaucoup parlé, ensuite j'ai fait plusieurs séances d'ostéo avec lui »</p> <p>« je peux en parler d'expérience »</p>	<p>lignes 30 à 32</p> <p>lignes 41-42</p> <p>ligne 97</p>	13%	Influence du MK ostéopathe rencontré lors d'un remplacement, très forte.
Efficacité	<p>« j'avais l'impression d'être nulle »</p> <p>« Ils savent que moi en deux manip desfois j'arrive à les soulager donc ils viennent et hop, hop, hop. Une fois que la vertèbre elle est passée, c'est reparti, ils peuvent reprendre le boulot. »</p>	<p>ligne 23</p> <p>lignes 77 à 79</p>	26%	Gain d'efficacité avec l'ostéopathie.

	« le viscéral c'est magique, presque. Tu soulages des gens, qui souffrent depuis des années, rien qu'avec tes mains. »	lignes 96-97		
Profit	« En ostéo on a un champ d'action très large sans non plus tomber dans le pathos... les pathologies lourdes quoi »  « Tu restes une heure avec un patient, tu te fais soixante à quatre-vingt balles, alors qu'en kiné ... bon... y'a pas photo. »  « les patients ils peuvent être assez ingrats. Alors qu'en ostéo, ils te valorisent et du coup c'est gratifiant, je dirais, de les soulager et en plus d'avoir un feedback aussi positif que ça. »	lignes 55-56  lignes 115-116  lignes 174 à 176	31%	Apport de compétences, financier, mais aussi reconnaissance et gratitude de la part des patients.
Nouvelles catégories mentionnées dans l'entretien				
Autonomie	« En ostéo, c'est pas pareil, on est en première intention, comparé à la kiné, donc il faut screnner les patients et faire son diagnostic ostéo. »  « Ouais, je me sens plus libre »	lignes 156-157  ligne 183	10%	Lien de subordination entre le MK et le médecin mal vécu.
Kinésithérapie limitée	« En kiné, y'a toujours un moment où t'es bloquée, t'as réussi à soulager le patient mais y'a un p'tit truc qui persiste, ça peut être des douleurs, ou	lignes 67 à 69	12%	Champ restreint, installation de la routine.

	<p><i>alors une raideur articulaire »</i></p> <p><i>« en kiné, à mon époque en tout cas, je sais pas ce qu'on vous apprend, mais nous, jamais mais vraiment JAMAIS, on nous a parlé du crânien. Alors que bon... c'est quand même tout une zone qu'on délaisse en kiné ! »</i></p> <p><i>« je suis limitée aussi dans mes techniques, et mon patient il repart, il a fait sa séance de kiné mais son entorse, elle n'est pas totalement guérie. »</i></p>	<p>lignes 88 à 91</p> <p>lignes 104-105</p>		
Suivi ponctuel	<p><i>« Se trainer des patients pendant trente ou quarante séances... c'est pas... bon c'est pas la joie, quoi... »</i></p> <p><i>« c'est que c'est plus agréable de travailler avec ces patients-là. J'ai l'impression que y'a plus de respect... et puis vu que tu les vois moins... je sais pas... c'est peut-être aussi l'effet de euh... comment je pourrais dire ça... l'effet de c'est pas tous les jours que je peux y aller donc, c'est toujours une bonne séance... »</i></p>	<p>lignes 85-86</p> <p>lignes 183 à 186</p>	5%	Renouvellement de patientèle important pour le MK5.