CONSERVATOIRE SUPÉRIEUR
D'OSTÉOPATHIE
PARIS

Représentations et attentes des médecins généralistes sur la prise en charge ostéopathique des patients atteints de troubles du comportement alimentaire

Étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes

Mémoire présenté et soutenu au Conservatoire Supérieur
d'Ostéopathie de Paris
Pour l'obtention du Diplôme d'Ostéopathe (D.O.)
Juin 2026

Par Carla ROUSSEAU

Directrice de mémoire : Camille ACACIO Ostéopathe D.O.

CONSERVATOIRE SUPÉRIEUR
D'OSTÉOPATHIE
PARIS

Représentations et attentes des médecins généralistes sur la prise en charge ostéopathique des patients atteints de troubles du comportement alimentaire

Étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes

Mémoire présenté et soutenu au Conservatoire Supérieur
d'Ostéopathie de Paris
Pour l'obtention du Diplôme d'Ostéopathe (D.O.)
Juin 2026

Par Carla ROUSSEAU

Directrice de mémoire : Camille ACACIO Ostéopathe D.O.

« L'homme doit harmoniser l'esprit et le corps »

Hippocrate

"The body is a unit; the person is a unit of body, mind, and spirit "

« Le corps est une unité, la personne est une unité de corps, d'esprit et d'âme »

Andew Talor Still

« La santé est la vie dans le silence des organes ; la maladie est ce qui trouble ce silence et rappelle à l'homme son corps »

René Leriche

« L'outil de l'ostéopathe est lui-même »

François Bel

Remerciements :

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire Camille ACACIO, Ostéopathe D.O., pour son accompagnement, sa disponibilité et ses conseils précieux tout au long de la réalisation de ce travail.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique pour la qualité de leur enseignement et leur implication durant ces années de formation.
Merci à Yannick FLECK, Ostéopathe D.O. et au Docteur Laurence BAUMANN pour la transmission de leurs connaissances et leur accompagnement dans la découverte du monde de la recherche.

Merci aux médecins généralistes ayant accepté de participer à cette étude, pour leur temps, leur confiance et la richesse de leurs échanges.

Un merci tout particulier à mon amie Shani ROSTEIN, pour nos nombreuses discussions, nos réflexions communes et le partage de nos mémoires aux thématiques complémentaires. Travailler à tes côtés a rendu ce travail plus léger et agréable.

Merci à mes amis pour leur présence, leur patience et leur soutien pendant toutes ces années.

Enfin, je remercie profondément ma famille pour leur confiance, leurs encouragements constants et leur présence. Sans eux, ce travail n'aurait pas été possible.

Sommaire :

1. INTRODUCTION 6

2. MATERIELS ET METHODES 8

2.1 METHODE 8
2.1.1 Objectif 8
2.1.2 Méthode qualitative 8
2.1.3 Collecte des données 9
2.1.4 Entretien semi-dirigé 9
2.1.5 Théorisation ancrée 10
2.1.6 Guide d'entretien 10
2.2 MATERIEL 11
2.2.1 Population 11
2.2.2 Échantillonnage 11
2.2.3 Recrutement 12
2.2.4 Recueil des données 12
2.2.5 Analyses des données 12

3. RESULTATS ET ANALYSE 14

3.1 POPULATION 14
3.2 CARACTERISTIQUE DE L'ECHANTILLON 14
3.3 DIFFICULTES RENCONTREES 16
3.4 PRESENTATIONS DES RESULTATS ET ANALYSE 16
3.4.1 Représentations des TCA 17
3.4.2 Parcours de soins et collaboration 23
3.4.3 Place de perception de l'ostéopathie 29

4. DISCUSSION 38

4.1 FORCES 38
4.1.1 Validité interne 38
4.1.2 Validité externe 39
4.1.3 Forces de l'étude 40
4.2 LIMITATIONS ET BIAIS 41
4.2.1 Problèmes rencontrés 41
4.2.2 Biais 42
4.3 PRINCIPAUX RESULTATS 43
4.3.1 Une perception de l'ostéopathie centrée sur le corps, le soulagement et le rapport au corps 43
4.3.2 Un manque de données scientifiques qui freine la légitimité et l'orientation 44
4.3.3 Une conception du lien corps–esprit qui ouvre une place possible à l'ostéopathie 45
4.3.4 Des conditions d'intégration strictes, centrées sur la sécurité, la formation et la collaboration 47
4.3.5 Une intégration encore marginale, freinée par la méconnaissance et l'absence de lien interprofessionnel 48

5. CONCLUSION 50

BIBLIOGRAPHIE 52

TABLE DES TABLEAUX 54

TABLE DES FIGURES 54

TABLES DES MATIERES 55

TABLES DES ANNEXES 57

ANNEXES 58

1. Introduction

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) regroupent un ensemble de pathologies complexes incluant l'anorexie mentale (AM), la boulimie et le trouble de l'hyperphagie, affectant des millions de personnes à travers le monde[1]. En France, les prévalences actuelles indiquent qu'environ 1,5 à 3 % de la population est touchée par ces troubles, avec une majorité de cas identifiés chez les jeunes femmes, bien que l'on observe une augmentation des diagnostics chez les hommes[2]. D'après la littérature, la prévalence « vie entière » (avoir eu un TCA un jour dans sa vie, même si ce n'est plus d'actualité) des TCA typiques (AM, boulimie, hyperphagie) est de 8,4 % chez les femmes et 2,2 % chez les hommes. On note une augmentation nette de la prévalence entre la période 2000-2006 (3,5 %) et la période 2013-2018 (7,8 %)[3].
Ces troubles, caractérisés par des perturbations profondes de la relation à l'alimentation et au corps, entraînent des complications médicales significatives, avec un taux de mortalité élevé et des impacts négatifs sur la qualité de vie des patients[4].

Dans ce contexte, le diagnostic et le traitement des TCA nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire, impliquant souvent des médecins, des psychiatres, des psychologues, des nutritionnistes, et de manière croissante, des ostéopathes.
L'ostéopathie, en tant que thérapie manuelle visant à rétablir l'équilibre fonctionnel du corps par des manipulations spécifiques, commence à intéresser le domaine de la prise en charge des TCA. Les publications récentes montrent un intérêt croissant pour cette approche dans le traitement de troubles psycho corporels, bien que les recherches restent limitées. Plusieurs études explorent les bénéfices potentiels de l'ostéopathie pour la gestion de la douleur, de la somatisation, et des

[1] Zeanandin G. Comment identifier un trouble du comportement alimentaire (TCA) en consultation d'HGE [Internet]. 11/07/2024 [cité 2026 fev 20]. Disponible sur : https://www.fmcgastro.org

[2] Fédération Française Anorexie Boulimie. Définition et différents TCA [Internet]. Journée mondiale des troubles des conduites alimentaires. 2022 [2026 fev 20]. Disponible sur : https://www.journeemondialetca.fr

[3] Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. Am J Clin Nutr. 2019 May 1;109(5):1402-1413. doi: 10.1093/ajcn/nqy342. PMID: 31051507.

[4] Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. Lancet. 2020 Mar 14;395(10227):899-911. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30059-3. PMID: 32171414.

dysfonctionnements viscéraux, fréquemment observés chez les patients souffrant de TCA[5]. Cependant, malgré des résultats encourageants, la littérature reste partagée sur l'efficacité réelle de l'ostéopathie pour ces patients. Les limitations des études publiées concernent souvent le faible échantillonnage, l'absence de protocoles standards et le manque de groupes témoins, ce qui laisse de nombreuses questions en suspens sur les bénéfices spécifiques de l'ostéopathie dans la prise en charge des TCA[6].

Par ailleurs, les représentations et attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'ostéopathie dans le traitement des TCA demeurent peu explorées dans la littérature scientifique. Cette absence de données se traduit par des pratiques d'orientation très variables, pouvant entraîner des disparités dans l'accès aux soins ostéopathiques.

Ainsi, ce mémoire propose d'explorer les représentations et attentes des médecins généralistes concernant l'intervention ostéopathique dans la prise en charge des TCA, avec pour objectif de comprendre les freins et les motivations derrière l'intégration de cette approche au sein d'équipes pluridisciplinaires. Cette étude part de l'hypothèse que les représentations des médecins généralistes jouent un rôle central dans l'acceptation et l'orientation vers l'ostéopathie, dans la mesure où leurs perceptions conditionnent directement leur décision d'adresser ou non leurs patients vers une prise en charge complémentaire pour les TCA.

La problématique du mémoire est donc la suivante : Quelles sont les représentations et les attentes des médecins généralistes sur la prise en charge ostéopathique des patients atteints de TCA ?

Ce questionnement permettra d'approfondir la réflexion autour de l'apport spécifique de l'ostéopathie et des conditions nécessaires pour une collaboration efficiente avec les autres professionnels impliqués dans le traitement des TCA, contribuant ainsi à combler en partie une lacune importante dans la littérature actuelle.

[5] Ostéorive. Ostéopathie et troubles digestifs : un traitement efficace [Internet]. 02/01/2024 [cité 2026 fev 20]. Disponible sur : https://www.osteorive.com

[6] Thomson O, MacMillan A. What's wrong with osteopathy? International Journal of Osteopathic Medicine, 2023 ; 48

2. Matériels et méthodes

2.1 Méthode

2.1.1 Objectif

L'objectif de cette étude est d'explorer les attentes et représentations des médecins généralistes concernant la prise en charge ostéopathique des patients atteints de trouble du comportement alimentaire (TCA), dans le but de développer la qualité de la prise en charge pluridisciplinaire et d'optimiser les parcours de soins. L'étude vise à comprendre leurs expériences, leurs croyances, leurs pratiques déclarées et les conditions qu'ils jugent nécessaires pour envisager une collaboration avec les ostéopathes.

2.1.2 Méthode qualitative

Cette étude est de nature qualitative et observationnelle. La méthodologie qualitative est choisie pour sa capacité à recueillir des données nuancées et détaillées, en capturant les perceptions individuelles et les expériences professionnelles des participants. Contrairement aux méthodes quantitatives, cette approche permet de mettre en lumière des aspects émotionnels, subjectifs et relationnels essentiels pour mieux comprendre la manière dont les médecins généralistes perçoivent le rôle de l'ostéopathie dans les parcours de soins[7,8].

L'approche qualitative est particulièrement appropriée dans ce contexte, car les représentations et attentes vis-à-vis de l'ostéopathie varient considérablement en fonction de l'expérience professionnelle et des connaissances personnelles de chaque médecin. Par cette méthode, l'étude cherche à révéler des perspectives

[7] Bohlen L, Shaw R, Cerritelli F, Esteves JE. Osteopathy and Mental Health: An Embodied, Predictive, and Interoceptive Framework. Front Psychol. 2021 Oct 27;12:767005. doi: 10.3389/fpsyg.2021.767005. PMID: 34777176; PMCID: PMC8578726..

[8] Tan EJ, Raut T, Le LK, Hay P, Ananthapavan J, Lee YY, Mihalopoulos C. The association between eating disorders and mental health: an umbrella review. J Eat Disord. 2023 Mar 27;11(1):51. doi: 10.1186/s40337-022-00725-4. PMID: 36973817; PMCID: PMC10044389..

divergentes, apportant ainsi des informations précieuses pour l'intégration éventuelle de l'ostéopathie dans les parcours de soins des patients atteints de TCA. Cette étude espère souligner des préoccupations et des attentes spécifiques qui pourraient enrichir la collaboration entre ostéopathes et autres praticiens de la santé.

2.1.3 Collecte des données

La collecte des données s'est appuyée sur des entretiens semi-dirigés enregistrés puis intégralement retranscrits. Des notes de terrain ont été prises pendant et après les entretiens afin de compléter les données verbales. Toutes les données ont été anonymisées et stockées de manière sécurisée, conformément aux exigences éthiques et réglementaires.

2.1.4 Entretien semi-dirigé

En recherche qualitative, trois types d'entretiens individuels sont distingués.
L'entretien dirigé repose sur des questions fixes, assurant la comparabilité mais limitant la spontanéité. L'entretien semi-dirigé utilise un guide souple avec des questions ouvertes, permettant d'explorer les thèmes en profondeur tout en couvrant les points essentiels. L'entretien non dirigé laisse une grande liberté au participant, favorisant un discours riche mais parfois peu structuré, au risque de ne pas aborder l'ensemble des aspects pertinents.

Les entretiens semi-dirigés ont été retenus car ils permettent d'orienter la discussion vers des thématiques précises tout en laissant une grande liberté d'expression aux participants.

2.1.5 Théorisation ancrée

L'analyse des données s'appuie sur les principes de la théorisation ancrée. Chaque entretien a été analysé avant la réalisation du suivant, permettant d'ajuster progressivement le guide d'entretien et d'intégrer les éléments émergents. Le codage a été réalisé ligne par ligne, puis regroupé en catégories et en axes thématiques[9]. Une triangulation a été effectuée sur plusieurs entretiens afin de renforcer la fiabilité de l'analyse. La saturation n'a pas été atteinte en raison du faible nombre de participants et des difficultés de recrutement, mais les données recueillies ont néanmoins permis de dégager des tendances cohérentes.

2.1.6 Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré à partir de la littérature et des objectifs de recherche. Il explorait :

- Les représentations des TCA ;
- Le rôle du médecin généraliste ;
- Les pratiques de collaboration interprofessionnelle ;
- Les représentations de l'ostéopathie ;
- Les conditions d'intégration possibles.

Le guide a été ajusté au fil de la collecte, conformément aux principes de la théorisation ancrée.

[9] Ayache. M, Dumez. H. Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective ? Le Libellio d'AEGIS. 07/2011 (2 – Eté), pp.33-46 (hal-00657490)

2.2 Matériel

2.2.1 Population

Les critères d'inclusion étaient :

- Être un médecin généraliste exerçant depuis au moins cinq ans, afin de garantir une expérience clinique suffisante, une exposition potentielle aux TCA et un recul professionnel permettant un avis construit ;
- Ayant actuellement ou déjà eu des patients atteints de TCA ;
- Être prêt à partager leurs perceptions concernant l'ostéopathie.

Cet échantillon intentionnel est sélectionné pour optimiser la pertinence et la diversité des témoignages recueillis, en s'assurant que chaque participant apporte une perspective précieuse et adaptée à l'objet de l'étude. Aucune randomisation ni groupe témoin ne sont inclus, conformément aux standards des études qualitatives qui se concentrent sur l'analyse des expériences vécues.

Les critères de non-inclusion étaient :

- Refus du consentement
- Médecin généraliste n'ayant pas, ou pas eu de patients atteint de TCA
- Refus de collaboration

Les critères d'exclusion étaient :

- Refus du participant lors de l'entretien
- Entretien interrompu
- Enregistrement inaudible

2.2.2 Échantillonnage

L'échantillonnage est intentionnel et non aléatoire. Ce choix vise à sélectionner des médecins généralistes présentant des profils variés. Cette sélection est cruciale pour garantir une pluralité de points de vue, permettant ainsi une compréhension globale

et nuancée des attentes des médecins généralistes à l'égard de l'ostéopathie. En concentrant l'étude sur un groupe homogène, on s'assure que les témoignages obtenus sont au mieux en adéquation avec l'objectif exploratoire de l'étude[10].

2.2.3 Recrutement

Les médecins ont été contactés via différents canaux : réseau personnel, recommandations et recherche active sur des plateformes professionnelles. Chaque participant a reçu une information détaillée sur l'étude et a signé un consentement éclairé avant l'entretien.

2.2.4 Recueil des données

Les données recueillies sont exclusivement qualitatives et comprennent les transcriptions complètes des entretiens semi-dirigés ainsi que des notes de terrain prises par l'étudiant-chercheur. Ces données textuelles constituent une base solide pour une analyse approfondie, fournissant des descriptions détaillées des perceptions, des attentes, des craintes et des opinions des médecins généralistes en ce qui concerne l'ostéopathie. Afin de préserver la confidentialité des participants, chaque transcription a été anonymisée et les données ont été stockées de manière sécurisée.

2.2.5 Analyses des données

Pour cette étude, l'analyse des données reposait sur la théorisation ancrée, choisie pour sa capacité à faire émerger progressivement des catégories à partir du matériau brut. Les entretiens ont été retranscrits mot pour mot, de manière anonyme, en conservant les hésitations, silences et éléments non verbaux pertinents. Cette

[10] Tremblay. JM. Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique [Internet]. 19/08/2007 [cité 20/02/2026]. Disponible sur : https://classiques.uqam.ca

retranscription fidèle constitue la première étape indispensable pour garantir une interprétation rigoureuse des propos recueillis.

Au fil des entretiens, nous avions pu établir des liens entre les informations obtenues, ce qui nous a conduit à identifier des catégories, puis des axes thématiques structurants. Le codage avait été réalisé manuellement, ligne par ligne, avant d'être regroupé en ensembles conceptuels plus larges. Ce processus d'analyse évolutif reposait sur un aller-retour constant entre les données, leur interprétation et leur mise en relation, permettant d'affiner progressivement la compréhension du phénomène étudié.

Cette méthode nous avait également permis d'ajuster notre réflexion au fur et à mesure de l'avancée de l'étude, en intégrant les éléments émergents et en reformulant, lorsque nécessaire, certaines hypothèses de départ. L'analyse se poursuivait tant que de nouvelles informations significatives apparaissaient dans les entretiens. Bien que la saturation complète n'ait pas été atteinte en raison du nombre restreint de participants, les données recueillies étaient suffisamment riches pour dégager des tendances cohérentes et éclairantes.

3. Résultats et analyse

3.1 Population

Cinq médecins généralistes ont été interrogés au cours de cette étude.

Tableau I : Description de l'échantillon des participants de l'étude

Entretiens	E1	E2	E3	E4	E5
Sexe	Homme	Femme	Homme	Femme	Femme
Âge	45 ans	42 ans	38 ans	35 ans	48 ans
Pays	France	France	France	France	France
Profession (lieu et type d'exercice)	Médecin généraliste en cabinet libéral de groupe près de Lyon.	Médecin généraliste avec une orientation en santé mentale, en cabinet de ville.	Médecin généraliste en cabinet de ville, médecine classique avec des suivi.	Médecin généraliste, en maison de santé pluriprofessionnelle dans une petite ville.	Médecin généraliste en ville, cabinet libéral, classique.
Durée d'exercice	Installé depuis un peu plus de dix ans.	Installé depuis un peu plus de quinze ans.	Installé depuis neuf ans.	Installé depuis six ans.	Installé depuis dix-sept ans.
Méthode d'entretien	Vidéo conférence.	Vidéo conférence.	Vidéo conférence.	Vidéo conférence.	Vidéo conférence.
Durée de l'entretien	31 minutes	24 minutes	18 minutes	27 minutes	20 minutes

3.2 Caractéristique de l'échantillon

Au cours de cette étude, nous avons pu interroger cinq médecins généralistes exerçant en France.

L'échantillon initialement envisagé était constitué d'une dizaine de médecins généralistes, mais le nombre final de participants a été déterminé par les réponses obtenues. Après plusieurs sollicitations, cinq médecins ont accepté de participer à l'étude.

Pour entrer en contact avec des médecins susceptibles de participer, nous avons mobilisé deux démarches complémentaires : d'une part, notre réseau personnel, et

d'autre part, un démarchage direct via la plateforme Doctolib. De nombreuses sollicitations ont été envoyées par courriel et par téléphone, mais seuls quelques médecins ont répondu favorablement. Ceux qui se sont montrés intéressés ont ensuite été recontactés par mail ou par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous selon leurs disponibilités et leurs contraintes professionnelles.

Finalement, notre échantillon se compose de trois femmes et deux hommes, âgés de 35 à 48 ans. Leur ancienneté dans la pratique varie de six à 17 ans, ce qui nous a permis de recueillir des points de vue issus de parcours professionnels variés. Tous exercent en soins primaires, mais dans des contextes différents : cabinets libéraux individuels ou de groupe, cabinet de ville ou maison de santé pluriprofessionnelle. Cette diversité de profils (qu'il s'agisse de l'âge, du mode d'exercice, de l'environnement de travail ou de l'expérience professionnelle) ne résulte pas d'une stratégie de diversification intentionnelle. Elle reflète plutôt les disponibilités des médecins ayant accepté de participer, dans un contexte où la sollicitation de professionnels de santé reste complexe en raison de leur emploi du temps chargés.

Les entretiens se sont déroulés exclusivement en visioconférence, un format qui s'est imposé naturellement en raison des contraintes géographiques et organisationnelles des médecins. Ce mode d'échange a permis de maintenir un cadre confidentiel et confortable, tout en facilitant la participation de professionnels aux agendas souvent très serrés. Leur durée variait de 15 à 35 minutes selon les disponibilités des participants et la richesse des échanges. Avant chaque entretien, les médecins avaient reçu une lettre d'information présentant les objectifs de l'étude ainsi qu'un formulaire de consentement, qu'ils avaient validés. Les échanges ont été enregistrés avec leur accord afin de permettre une retranscription fidèle des propos, indispensable à l'analyse qualitative.

Afin de garantir l'anonymat des participants, nous avons attribué à chaque médecin la lettre « E » suivie d'un numéro correspondant à l'ordre chronologique des entretiens (E1 à E5). Cette anonymisation a été respectée tout au long de la retranscription et de l'analyse des données.

3.3 Difficultés rencontrées

Au cours de notre étude, nous avons été confrontés à plusieurs difficultés liées principalement au recrutement et à l'organisation des entretiens. Malgré l'envoi de plus d'une cinquantaine de courriels et de sollicitations via Doctolib, nous avons obtenu très peu de réponses. Le faible taux de retour à rallongé la durée du recrutement et nous a conduits à multiplier les démarches pour entrer en contact avec des médecins disponibles.

La prise de rendez-vous a également représenté un obstacle. Les médecins disposaient de créneaux très restreints, souvent en dehors des horaires habituels, ce qui nous a demandé de nous adapter à leurs contraintes. Les entretiens en présentiel n'ont pas pu être envisagés, en raison des distances géographiques et des emplois du temps chargés des participants. L'ensemble des échanges s'est donc déroulé en visioconférence.

Nous avons aussi constaté une variabilité dans le niveau d'implication des participants. Certains médecins développaient spontanément leurs réponses, tandis que d'autres restaient plus concis ou se limitaient à quelques éléments. Cette hétérogénéité a influencé la quantité d'informations recueillies d'un entretien à l'autre, sans pour autant compromettre la pertinence des données obtenues.

3.4 Présentations des résultats et analyse

Il était important de comprendre comment chaque médecin perçoit les troubles du comportement alimentaire et comment il accompagne ces patients au quotidien. Leurs expériences, leurs pratiques et leurs représentations nous permettent de mieux saisir la réalité du terrain et la place qu'ils accordent, ou non, à l'ostéopathie dans ce parcours. Les données recueillies étant riches et variées, nous avons choisi de les organiser en plusieurs thèmes. Les tableaux suivants en présentent une synthèse accompagnée de verbatims représentatifs.

3.4.1 Représentations des TCA

3.4.1.1 Définition des TCA

Les médecins interrogés décrivent les TCA comme des troubles complexes mêlant dimensions psychologiques, comportementales et corporelles. Leur définition repose sur l'observation clinique et l'expérience du terrain.

Tableau II : définition des TCA

Sous-thèmes	Codes représentatifs	Verbatims
Expression corporelle d'un trouble psychique	Symptômes corporels comme manifestation psychique Lien corps–nourriture comme mode d'expression	"[...] c'est vraiment une maladie psychologique qui passe par le corps et la nourriture, avec des enjeux de contrôle, d'estime de soi, voilà, je dirais ça" (E2) "C'est un trouble psy qui s'exprime par le corps, par la nourriture, le poids." (E3)
Pathologie grave	Pathologies psychiatriques avec un retentissement corporel et un risque vital	"Ce sont des pathologies psychiatriques graves, avec un retentissement corporel majeur, et un vrai risque vital parfois, faut pas l'oublier" (E5)
Terrain émotionnel	Troubles complexes liés aux émotions, terrain d'expression	"Pour moi les TCA c'est des troubles complexes où l'alimentation devient une façon de gérer des émotions et le corps il devient un peu le terrain d'expression de certaines choses qui sont enfouies et qui ne veulent pas forcément ressortir" (E4)

3.4.1.2 Types de TCA rencontrés

Les médecins évoquent principalement l'anorexie, la boulimie et l'hyperphagie. Ils rapportent rencontrer ces troubles dans des contextes variés de consultation. Certains précisent être plus souvent confrontés à l'anorexie chez les adolescents, tandis que l'hyperphagie apparaît davantage chez les jeunes adultes.

Tableau III : Types de TCA rencontrés

Sous-thèmes	Codes représentatifs	Verbatims
Anorexie	Anorexies, boulimies, hyperphagies Anorexie restrictive et forme mixte avec boulimie Anorexie débutante et conduites restrictives Anorexiques	"Je rencontre surtout des anorexies et des boulimies" (E1) "Ah bah c'est clairement l'anorexie restrictive" (E2) "Je vois surtout des anorexies débutantes" (E3) "Je vois surtout des anorexiques. Enfin, de tout, mais je dirais plus l'anorexie." (E5)
Boulimie	Anorexies, boulimies, hyperphagie Anorexie restrictive et forme mixte avec boulimie Boulimies et hyperphagie	"Je rencontre surtout des anorexies et des boulimies" (E1) "Les formes mixtes avec des phases un peu boulimiques." (E2) "Après, les boulimiques aussi" (E5)
Hyperphagie	Anorexies, boulimies, hyperphagie Hyperphagie Boulimies et hyperphagie	"Mais ça m'est déjà arrivé d'avoir des hyperphagies... vous savez c'est... un peu comme la boulimie mais sans vomir après" (E1) "Après, l'hyperphagie j'en vois aussi, mais souvent c'est plus tardif, donc plus chez les adultes." (E2) "Et pas mal d'hyperphagies aussi, peut-être plus chez les jeunes adultes que les adolescents." (E3) "Après il y a souvent aussi de l'hyperphagie qui est beaucoup trop souvent oubliée et donc forcément beaucoup de honte avec." (E4) "l'hyperphagie aussi." (E5)
Restrictions	Anorexie débutante et conduites restrictives Restrictions alimentaire	"des conduites de restriction un peu masquées." (E3) "Je vois beaucoup de restrictions alimentaires, pas toujours une anorexie typique comme on connaît." (E4)

3.4.1.3 Impacts observés

Les médecins décrivent des conséquences psychologiques telles que l'anxiété, la dépression, la culpabilité ou l'isolement. Ils rapportent également des manifestations physiques comme la fatigue, les vertiges, les troubles digestifs ou hormonaux. Sur le plan social, ils évoquent l'isolement et des conflits familiaux, et certains mentionnent aussi des répercussions scolaires comme le décrochage ou la phobie scolaire.

Tableau IV : Impacts observés

Sous-thèmes	Codes représentatifs	Verbatims
Psychologiques	Anxiété, dépression, culpabilité Isolement Anxiété, dépression Irritabilité	"il y a beaucoup d'anxiété lié à cela, euh parfois des dépressions ou de la culpabilité, surtout vis-à-vis des proches. [...] après ce dont on ne parle pas assez c'est l'isolement" (E1) "il y a de l'anxiété, de la dépression" (E2) "de l'irritabilité" (E3)
Physiques	Fatigue, épuisement, changement de poids Vertiges Troubles digestifs, torubles hormonaux	"de la fatigue, de l'épuisement, des changements de poids assez radical" (E1) "des vertiges" (E3) "Après forcément il y a des troubles digestifs, des troubles hormonaux" (E4)
Sociaux	Isolement Conflit familiaux	"après ce dont on ne parle pas assez c'est l'isolement" (E1) "je dirais plus de l'isolement, après oui, ça peut amener des conflits familiaux, ça dépend si la famille comprend ou ne comprend pas." (E2) "des conflits familiaux parce que la famille ne comprend pas forcément l'enfant" (E4)
Scolaires	Décrochage scolaire Phobie scolaire	"ça peut aussi amener du décrochage scolaire" (E2) "de la baisse des résultats scolaires quand il s'agit d'en avoir" (E3) "il y a la phobie sociale" (E5)

3.4.1.4 Idées reçues

Les médecins rapportent que certains stéréotypes persistent autour des TCA, notamment l'idée d'un manque de volonté, des clichés liés à l'image véhiculée par les réseaux sociaux, ou encore une tendance à minimiser le trouble en le considérant comme une simple phase.

Tableau V : Idées reçues

Sous-thèmes	Codes représentatifs	Verbatims
Volonté	Réduction à un manque de volonté	"Je dirais « que c'est un caprice », « qu'il suffit de remanger »" (E2) "C'est une question de volonté. Souvent on dit, « bah, tu veux prendre du poids, prends-en, tu veux le perdre, perds-le, c'est pas si compliqué que ça », alors qu'en fait ça va plus loin que ça et les gens n'ont pas conscience." (E5)
Clichés sociaux	Cliché de la société et des réseaux	"des jeunes filles superficielles qui font des régimes pour être comme les mannequins sur les réseaux..." (E1) "que ça touche surtout les adolescentes... de milieux favorisés, alors qu'en vrai, pas forcément"(E2) "Souvent c'est une question d'image ou de mode" (E3)
Minimisation	Phase, pas grave Dépendant de l'âge	"que ça va passer avec l'âge, ou « c'est normal à cet âge-là »" (E3) "c'est une phase, que ça va passer, que si le poids est encore normal ou pas assez bas ou pas assez haut bah c'est pas grave alors qu'en soi ça peut déjà l'être." (E4)

3.4.1.5 Besoins insuffisants

Les médecins soulignent plusieurs manques dans la prise en charge, notamment un suivi psychologique jugé insuffisant ou difficile d'accès. Ils soulignent aussi le manque de temps d'écoute en consultation. Enfin, certains mentionnent que le travail autour du corps et du rapport corporel est souvent laissé de côté, tout comme le soutien familial, parfois absent.

Tableau VI : Besoins insuffisants

Sous-thèmes	Codes représentatifs	Verbatims
Suivi psychologique	Suivi psychologique insuffisant Lenteur des soins psychologique	"le suivi psychologique est pas toujours assez bien pris en charge" (E1) "Les soins psy sont trop lents. On n'arrive pas à avoir un rendez-vous comme ça, du coup on perd du temps, on perd du soin" (E5)
Temps d'écoute	Temps d'écoute	"Oui, clairement le temps ! Le temps d'écoute" (E2)
Travail sur le corps	Accompagnement autour du corps délaissé Rapport au corps et à l'émotionnel	"l'accompagnement autour du rapport au corps, c'est souvent un peu laissé de côté au profit du poids et des chiffres." (E2) "le travail sur le rapport au corps et à l'émotionnel. Enfin on parle souvent de poids, de chiffres mais au final c'est plus le psychologique qui vient à travailler là-dessus." (E4)
Soutien familial	Soutien familial absent	"le soutien des familles, parfois ils ne se rendent pas forcément compte que c'est important alors que l'enfant a besoin de ça" (E3)

3.4.1.6 Variations selon les profils

Les médecins observent des différences selon les profils : chez les adolescents, les troubles sont souvent liés à la dynamique familiale, tandis que chez les adultes ils évoquent davantage la chronicité et la tendance à cacher le trouble. Ils mentionnent aussi que les hommes sont moins reconnus et consultent plus tardivement. Certains rappellent enfin que l'expression du trouble dépend surtout du patient lui-même.

Tableau VII : Variations selon les profils

Sous-thèmes	Codes représentatifs	Verbatims
Adolescents	Adolescents imbriqués, adulte chronicité	"chez les ados souvent c'est très imbriqué avec la famille" (E3)
Adultes	Adolescents imbriqués, adulte chronicité Adulte plus cacher et responsable	"chez les adultes il y a plus de chronicité, donc parfois ça remonte à il y a des années, mais juste c'était caché en silence" (E3) "ils vont plus le cacher, ils vont se sentir plus responsables" (E4)
Hommes	Sous reconnaissance des TCA chez les garçons Homme plus compliqué Les hommes s'en cachent plus	"chez les garçons c'est moins reconnu, donc le suivi peut être plus tardif" (E1) "les hommes c'est plus compliqué que les femmes, donc ils ont plus besoin d'un suivi important je pense" (E3) "qu'ils s'en cachent plus" (E4)
Propre au patient	En fonction du patient	"c'est plus en fonction des patients qu'en fonction de leur âge, leur sexe ou leur stade de trouble" (E5)

3.4.2 Parcours de soins et collaboration

3.4.2.1 Rôle du médecin généraliste

Les médecins se perçoivent comme ceux qui repèrent les premiers signes et assurent le suivi médical. Ils évoquent aussi un rôle de soutien, en rassurant et en contenant l'angoisse du patient.

Tableau VIII : Rôle du médecin généraliste

Sous-thèmes	Codes représentatifs	Verbatims
Repérage	Rôle de repère	"être un point de repère" (E1) "je le vois surtout comme celui qui repère, qui alerte. Je suis souvent le premier à qui les parents parlent, ou le premier qui voit vraiment la perte de poids" (E3)
Suivi médical	Rôle de suivi médical	"Je fais aussi le suivi médical en général" (E1) "je suis plus celui qui va suivre le patient dans la durée" (E4)
Contenir / rassurer	Contenir l'angoisse, rassurer, surveiller, bilans, rôle global	"rassurer le patient" (E1) "contenir un peu l'angoisse, rassurer, surveiller, faire le poids, les bilans, enfin tout ça un peu global" (E2)
Guérir / améliorer	Rôle de faire en sorte que le patient aille mieux Rôle de guérir le patient	"que le patient aille mieux. C'est grâce à moi qu'il guérit." (E5)

3.4.2.2 Professionnels impliqués

Les médecins expliquent qu'ils collaborent surtout avec des psychologues, parfois des psychiatres ou des diététiciens, et qu'ils sollicitent le service hospitalier lorsque la situation se complique.

Tableau IX : Professionnels impliqués

Sous-thèmes	Codes représentatifs	Verbatims
Psychologues / psychiatres	Psychologues, nutritionnistes, psychiatres Psychologues	"souvent avec des psychologues, des nutritionnistes aussi si besoin, et euh... parfois des psychiatres" (E1) "Je collabore surtout avec une psy que je connais bien" (E5)
Diététiciens	Psychologues, psychiatres, diététiciens Psychologues, psychiatres, diététiciens, endocrinologues	"je travaille avec des psychologues, parfois des psychiatres, des diététiciens" (E3) "des psychologues ou psychiatres, des diététiciens et sinon ouais parfois endocrinologues" (E4)
Service hospitalier	Service hospitalier	"Quand ça se complique vraiment, c'est surtout le service hospitalier qui... qui va prendre en charge" (E2) "le service hospitalier quand vraiment ça devient trop compliqué" (E3)

3.4.2.3 Qualité des échanges

Les médecins décrivent une communication interpersonnelle souvent informelle et irrégulière, mais fluide lorsqu'ils connaissent personnellement les autres professionnels ou travaillent en maison de santé.

Tableau X : Qualité des échanges

Sous-thèmes	Codes représentatifs	Verbatims
Informels	Réseaux pluridisciplinaire informel	"les échanges peuvent bien se passer... mais ça reste assez informel" (E1)
Irrégulier / Cloisonnés	Communication irrégulière entre les professionnels de santé Réseaux pluridisciplinaires en fonction des connaissances	"les échanges existent, oui, mais ils sont souvent irréguliers" (E1) "c'est un peu cloisonné, un peu chacun dans son coin" (E2)
Facilitée lors de connaissance	Réseaux pluridisciplinaires en fonction des connaissances Réseaux pluridisciplinaires facile en maison de santé	"Quand on se connaît, c'est assez fluide" (E2) "quand on se connaît c'est simple" (E3) "ils sont plus faciles quand on est en maison de santé" (E4)
Correcte mais lente	Manque de fluidité ou de rapidité Correct grâce au contact	"Pas toujours fluide ou pas toujours rapide, mais quand elle a de la dispo, on va dire que ça va" (E5)

3.4.2.4 Points positifs

Les médecins soulignent que lorsque la collaboration est cohérente et complémentaire, elle rassure le patient et rend la prise en charge plus fluide. Ils expliquent aussi que ces échanges permettent d'avoir une vision plus globale de la situation.

Tableau XI : Points positifs

Sous-thèmes	Codes représentatifs	Verbatims
Cohérence	Rassurer le patient	"Quand il voit que les professionnels se parlent, qu'il y a une cohérence dans les messages, ça le rassure beaucoup" (E1) "que tout le monde se sent mieux et plus à l'aise, même le patient peut s'en rendre compte" (E2)
Complémentarité	Complémentarité, rapidité Complémentarité	"la complémentarité" (E3) "La complémentarité" (E5)
Soutien patient	Rassurer le patient	"c'est que le patient ne se sent pas seul" (E1) "si on travaille tous ensemble, parfois ça peut aller plus vite aussi pour le patient" (E3) "La complémentarité, je dirais. Ça aide beaucoup le patient" (E5)
Compréhension global	Vision globale, mieux comprendre Vision commune Communication simple, mieux comprendre	"ça permet aussi d'avoir une vision plus globale du patient" (E1) "on a une vision commune du patient" (E2) "mieux comprendre pourquoi le patient a ces troubles-là" (E4)

3.4.2.5 Difficultés

Les médecins évoquent plusieurs obstacles qui freinent la coordination des soins, notamment le manque de temps, les délais pour accéder aux psychologues et l'absence de cadre commun. Ils soulignent aussi un fonctionnement parfois cloisonné entre professionnels.

Tableau XII : Difficultés

Sous-thèmes	Codes représentatifs	Verbatims
Manque de temps	Manque de temps Manque de temps et de coordination	"le premier truc, c'est le temps. On en manque tous." (E1) "C'est clairement le manque de temps" (E2) "Surtout le manque de temps" (E3) "le manque de temps" (E4) "Le manque de temps, parce que soit elle est trop prise, soit elle ne répond pas, soit elle n'a pas le temps. Moi, parfois, je n'ai pas le temps quand elle a le temps, donc il faut qu'on ait tous les deux le temps, sauf qu'on n'a pas le temps" (E5)
Délais psychologue	Délais pour les psychologues	"les délais pour les rendez-vous psy. [...] Mais bon, si les psys ne sont pas disponibles, parfois ça peut être compliqué" (E3)
Manque de cadre	Manque de cadre, de protocole. Avance à l'aveugle	"Il n'y a pas vraiment de cadre commun, pas de protocole partagé, donc parfois on ne sait pas trop ce que fait l'autre avec le patient. On avance un peu à l'aveugle, quoi." (E1)
Cloisonnement	Réseaux pluridisciplinaires en fonction des connaissances	"chacun travaille un peu dans son coin" (E1) "c'est un peu cloisonné, un peu chacun dans son coin" (E2)

3.4.2.6 Améliorations souhaitées

Les médecins expriment des besoins clairs pour améliorer la prise en charge, notamment une coordination plus structurée, davantage de communication et un accès plus rapide aux psychologues. Ils évoquent aussi l'intérêt d'un cadre commun, d'un réseau dédié aux TCA et de formations partagées pour mieux travailler ensemble.

Tableau XIII : Améliorations souhaitées

Sous-thèmes	Codes représentatifs	Verbatims
Coordination	Corrdination	"plus de coordination formalisée ou alors mieux structurée" (E2)
Communication	Communication	"plus de communication" (E3)
Accès psychologue	Accès plus rapide au psychologue	"un accès plus rapide aux soins psy ahah" (E3)
Réseau TCA	Réseau concernant les TCA	"Peut-être un réseau concernant les TCA" (E2)
Cadre commun	Avoir un cadre commun	sans parler de trucs hyper formels, avoir un minimum de cadre commun, ça serait bien
Formation commune	Formation commune sur les TCA	" je pense qu'une formation commune sur les TCA aiderait pas mal. Ça permettrait d'être plus à l'aise, de repérer plus tôt et de mieux travailler ensemble" (E1)

3.4.3 Place de perception de l'ostéopathie

3.4.3.1 Représentations générales

Les médecins décrivent l'ostéopathie comme une approche corporelle et manuelle, utilisée en complément des soins habituels. Certains en reconnaissent l'intérêt pour relâcher les tensions, tandis que d'autres restent plus réservés, soulignant que cette pratique demeure en dehors du cadre médical classique.

Tableau XIV : Représentations générales

Sous-thèmes	Codes représentatifs	Verbatims
Aproche corporelle	Approche corporelle pour relâcher les tensions via le toucher	"une approche corporelle qui peut aider à relâcher les tensions surtout via le toucher" (E4)
Approche manuelle	Approche manuelle de seconde intention Approche manuelle centré sur le corps Approche par le corps, le toucher, les tensions. Travail avec les mains	"une approche manuelle, visant à rétablir un équilibre du corps... de la mobilité. Un complément, pas de première intention" (E1) "une approche manuelle, centrée sur le corps, les tensions, la mobilité" (E2) "une approche par le corps, le toucher, les tensions. Vous travaillez seulement avec vos mains" (E3)
Vision réservée	Réservé Approche manuelle permettant de soulager certaines douleurs	"je suis plutôt réservée. C'est une approche manuelle qui peut soulager certaines douleurs, si vous voulez" (E5)
En déhors du cadre médical	A côté du système conventionnel Soins secondaires Utilisé mais pas intégré En dehors du cadre médical validé	"à côté du système conventionnel mais très utilisé par les patients" (E2) "à côté du parcours médical classique, mais les patients y vont beaucoup, donc ça a sa place en tant que soins secondaires" (E3) "c'est vraiment très très utilisé de plus en plus mais du coup pas vraiment intégré encore je sais pas trop" (E4) "C'est très utilisé, mais ça reste en dehors du cadre médical validé" (E5)

3.4.3.2 Motifs de consultations

Les médecins identifient plusieurs motifs pour lesquels l'ostéopathie peut être sollicitée, principalement pour des douleurs musculosquelettiques, mais aussi pour certains troubles digestifs ou des situations de stress.

Tableau XV : Motifs de consultations

Sous-thèmes	Codes représentatifs	Verbatims
Douleurs musculo-squelettiques	Douleurs musculo-squelettiques Dorsalgies Douleurs articulaires Gonalgies	"Pour des douleurs musculo-squelettiques" (E1) "des douleurs de dos, des douleurs peut-être un peu moins connues, douleurs articulaires" (E2) "Je pense surtout pour des douleurs de dos, d'articulation, de genoux" (E3) "parce qu'ils ont mal au dos ou alors ils ont des douleurs articulaires, ils ont mal aux genoux, ils ont une entorse, un peu ce genre de choses" (E4) "sûrement pour des douleurs de dos" (E5)
Troubles digestifs	Troubles digestifs	"des troubles digestifs" (E1) "pour des troubles digestifs je pense que ça peut être utile" (E2)
Stress / tensions	Stress	"parfois pour le stress" (E1)

3.4.3.3 Bénéfices perçus

Les médecins rapportent des effets principalement liés à la détente et au soulagement des douleurs, notamment musculaires ou digestives. Ils évoquent aussi une amélioration du bien-être général, en lien avec le fait de reprendre contact avec son corps.

Tableau XVI : Bénéfices perçus

Sous-thèmes	Codes représentatifs	Verbatims
Détente	Relâcher les tenions Détente Soulagement, détente	"aider à relâcher les tensions" (E1) "Surtout de la détente" (E2) "ça soulage ? De la détente ?" (E3) "de la détente" (E4) "Ça peut détendre le patient" (E5)
Soulagement	Soulager les douleurs Diminution de la douleur Soulagement, détente Soulager	"soulager des douleurs musculaires ou digestives liées aux troubles alimentaires" (E1) "diminution de certaines douleurs" (E2) "d'être soulagé voire de plus avoir mal du tout parfois. Ouais voilà. Pas forcément de guérir mais de soulager. Ouais soulager." (E4)
Bien-être	Bien-être, reprendre contact avec son corps	"... je pense que ça peut avoir un effet sur le bien-être général, aider le patient à reprendre un peu contact avec son corps, ce qui n'est pas négligeable dans les TCA" (E1)

3.4.3.4 Freins à l'intégration

Les médecins évoquent plusieurs freins à l'intégration de l'ostéopathie dans les TCA, notamment le manque de preuves scientifiques, l'absence de communication formelle avec l'équipe, des croyances divergentes et des enjeux liés au coût ou à l'accessibilité.

Tableau XVII : Freins à l'intégration

Sous-thèmes	Codes représentatifs	Verbatims
Manque de preuves	Manque de preuves scientifiques Manque de données scientifiques	"je dirais surtout le manque de preuves scientifiques [...] des preuves mettrait tout le monde d'accord ahah" (E1) "le manque de preuves scientifiques solides dans certains domaines" (E2) "peut-être qu'en fait ce soit reconnu et qu'on puisse vraiment le conseiller à tous les patients même ceux qui n'ont pas forcément les moyens." (E4)
Manque de communication	Manque de liens avec l'équipe Manque de lien et de croyance Manque de communication	"le manque de liens formels avec le reste de l'équipe" (E2) "un manque de lien avec nous" (E3) "Le manque de communication avec nous" (E4)
Croyances	Croyances différentes Manque de lien et de croyance	"un manque de croyance, parce que pas tout le monde y croit forcément, donc ça peut rendre les communications ou l'intégration difficiles" (E3)
Coût / accessibilité	Reconnaissance de l'ostéopathie, remboursement	"peut-être qu'en fait ce soit reconnu et qu'on puisse vraiment le conseiller à tous les patients même ceux qui n'ont pas forcément les moyens." (E4)

3.4.3.5 Toucher thérapeutique

Les médecins considèrent le toucher comme potentiellement apaisant et utile pour aider les patients à se reconnecter à leurs corps. Ils soulignent toutefois que cette approche reste délicate, notamment en cas de traumatismes, et qu'elle nécessite beaucoup de douceur, d'écoute et le respect des limites du patient.

Tableau XVIII : Toucher thérapeutique

Sous-thèmes	Codes représentatifs	Verbatims
Apaisant	Contact physique apaisant	"Le contact physique peut être apaisant" (E1)
Délicat / risqué	Délicat Positifs mais difficile Respecter les limites du patient	"C'est assez délicat, ça peut être très aidant, mais ça peut être aussi très insécurisant" (E2) "ça peut être positif mais difficile" (E3) "Il faut respecter les limites du patient et s'il se sent pas prêt ou que c'est trop tôt, il ne faut pas le brusquer." (E4)
Traumatismes	Traumatismes, réactions négatives	"ceux qui ont un rapport compliqué au corps ou des traumatismes, ça peut être inconfortable, voir déclencher des réactions négatives" (E1) "Le rapport au corps est souvent compliqué avec eux, surtout s'il y a des traumatismes." (E5)
Douceur et écoute nécessaire	Sensibilité et être à l'écoute Douceur, communication	"il faut que l'ostéopathe soit très sensible et à l'écoute avant de travailler sur le toucher" (E1) "ça demande beaucoup de douceur, de ne pas y aller trop direct et de bien voir avec le patient s'il n'y a pas de soucis de ce côté-là et sinon de travailler avec le patient" (E3)
Reprendre conscience du corps	Reprendre conscience de son corps Rapport au corps compliqué	"aider à se reconnecter avec leur corps" (E1) "Mais pour autant je pense que ça peut l'aider à reprendre un peu conscience de son corps." (E4)

3.4.3.6 Retours des patients

Les médecins rapportent des retours globalement positifs ou neutres de la part des patients, notamment en lien avec la détente, le soulagement des douleurs, parfois digestives, et le fait que l'ostéopathie constitue un temps pour soi.

Tableau XIX : Retours des patients

Sous-thèmes	Codes représentatifs	Verbatims
Détente	Détente Détente, soulagement	"surtout de la détente" (E2) "ça aide à détendre, ça soulage des douleurs." (E4)
Soulagement digestif	Stress, détente, douleurs abdominales Détente, soulagement	"Souvent c'était sur la détente, le stress ou du coup juste des douleurs abdominales qui effectivement étaient diminuées" (E3)
Positifs / neutres	Positifs Pas de changement Positifs et neutre	"Les retours ils sont plus souvent positifs" (E2) "oui souvent ils étaient positifs mais en soit comme pour n'importe quel problème, ça aide à détendre, ça soulage des douleurs." (E4) "Après, il y en a plein qui disent qu'il n'y a pas de changement non plus. Donc bon, je dirais plutôt positif et neutre" (E5)
Temps pour soi	Temps personnel associé à la détente	"C'est un temps pour soi aussi, l'ostéopathie mine de rien c'est vraiment un temps pour le patient où il va se concentrer sur lui-même et et pouvoir vraiment pendant toute la séance penser à lui et au fait de se détendre." (E4)

3.4.3.7 Attentes envers les ostéopathes

Les médecins expriment des attentes précises envers les ostéopathes dans le cadre des TCA, notamment une grande prudence dans le pratique, une écoute attentive et une bonne connaissance des troubles. Ils attendent aussi une capacité à repérer les signes d'alerte et à réorienter si nécessaire.

Tableau XX : Attentes envers les ostéopathes

Sous-thèmes	Codes représentatifs	Verbatims
Prudence et adaptation	Prudence, adaptation Prudence Ecoute, prudence	"J'attendrais aussi beaucoup de prudence dans la pratique, un toucher adapté, et une vraie capacité d'adaptation au patient" (E1) "de la prudence" (E2) "J'attendrai qu'il soit à l'écoute, prudent" (E3)
Connaissance des TCA	Bonne connaissance des TCA Connaissance des TCA	"l'important, ce serait surtout qu'il ait une bonne connaissance des TCA" (E1) "des connaissances des TCA, bien évidemment" (E2) "qu'il connaît bien sûr les TCA" (E3) "qu'il connaisse un minimum le sujet" (E4)
Repérage	Réorienter Repérer les signes d'alerte	"Qu'il sache repérer quand ça ne va pas et réorienter si besoin" (E1) "surtout, savoir repérer les signes d'alerte médicaux" (E2)
Ecoute	Ecoute Ecoute, prudence A l'écoute	"J'attendrai beaucoup d'écoute" (E2) "J'attendrai qu'il soit à l'écoute, prudent" (E3) "qu'il soit très à l'écoute et vigilant en fonction du stade et de si le patient est à l'aise ou pas" (E4)

3.4.3.8 Risques et limites

Les médecins identifient plusieurs risques potentiels liés à la pratique ostéopathique dans les TCA, notamment le risque de retarder la prise en charge, de banaliser la gravité du trouble ou de passer à côté de signes d'aggravation. Ils soulignent aussi l'importance pour l'ostéopathe de rester dans son rôle et de ne pas empiéter sur celui du médecin ou du psychologue.

Tableau XXI : Risques et limites

Sous-thèmes	Codes représentatifs	Verbatims
Retarder la prise en charge	Retarder la prise en charge	"Oh là là là là. Ça pourrait retarder la prise en charge" (E5)
Banalisation	Banaliser Banalisé le trouble, empirer la vision du patient sur son corps Passer à côté de la gravité, brusquer le patient	"Peut-être de banaliser la gravité" (E2) "De ne pas voir la gravité ou de la banaliser, enfin de ne pas forcément s'en rendre compte et de brusquer le patient par rapport à son rapport au corps peut-être si c'est fait trop brusquement" (E4) "ça pourrait banaliser le trouble ou renforcer justement la focalisation du patient sur son corps" (E5)
Passer à côté	Passer à côté Passer à côté d'une information importante Passer à côté d'une aggravation Passer à côté de la gravité, brusquer le patient	"de passer à côté de certaines complications" (E2) "Passer à côté d'une aggravation, ne pas voir des signes d'alerte, ne pas voir la rechute si jamais il y en a, un peu passer à côté de quelque chose" (E3) "De ne pas voir la gravité ou de la banaliser, enfin de ne pas forcément s'en rendre compte et de brusquer le patient par rapport à son rapport au corps peut-être si c'est fait trop brusquement" (E4)
Sortir de son rôle	L'ostéopathe sort de son rôle	"Si l'ostéopathe se prend pour le médecin ou le psychologue" (E5)

3.4.3.9 Place idéale

Les médecins situent l'ostéopathie comme un soin complémentaire, intégré au suivi pluridisciplinaire mais jamais en première intention. Certains précisent qu'elle n'est pas mise en avant et qu'elle n'est utilisée qu'en fonction des besoins du patient.

Tableau XXII : Place idéale

Sous-thèmes	Codes représentatifs	Verbatims
Complément	Complément Complément d'un réseau médical Complémentaire	"je dirai en complément, intégrée dans un suivi pluridisciplinaire" (E1) "Je dirais en complément. Pas forcément en première ligne, mais vraiment en complément des psys, du médecin généraliste, ça peut aider" (E2) "vraiment en complément dans un réseau médical" (E3) "Bah vraiment en complément pour aider mais en complément pas en première intention" (E4)
Pas mis en avant	Pas mis en avant	"Pas mis en avant du tout" (E5)
En fonction du patient	De côté, en fonction du besoin du patient	"de côté si les patients sont de vraiment le besoin, sinon pas forcément nécessaire" (E5)

4. Discussion

4.1 Forces

4.1.1 Validité interne

La validité interne de notre étude déterminera la crédibilité et la fiabilité des résultats obtenus. Afin de recueillir des données les plus proches possibles de la réalité du terrain et de limiter l'influence de nos propres biais, plusieurs stratégies méthodologiques ont été mises en place tout au long du processus de recherche.

Le guide d'entretien a été élaboré avec l'aide de Camille Acacio, en nous inspirant de plusieurs études qualitatives menées par des étudiants des années précédentes et s'appuie sur les connaissances acquises au cours de nos études. Cette construction progressive a permis de définir un cadre d'entretien cohérent avec notre problématique.

Le recrutement des participants s'est effectué par l'intermédiaire de proches ainsi que par une recherche active sur Doctolib. Cette double approche a permis d'obtenir un échantillon diversifié de médecins généralistes, exerçant dans des contextes variés, et ainsi de limiter les biais liés à un réseau trop homogène.

Conformément aux principes de la théorisation ancrée, chaque entretien a été analysé avant de réaliser le suivant. Ce travail a permis d'ajuster et d'enrichir progressivement le guide d'entretien, en intégrant les éléments émergents au fil de la collecte. Cette démarche a contribué à maintenir une posture réflexive et à renforcer la cohérence interne de l'étude.

Une triangulation a été réalisée sur plusieurs entretiens, en collaboration avec d'autres personnes impliquées ou non dans ce mémoire. La confrontation de nos analyses a permis de réduire la subjectivité individuelle et d'assurer une interprétation plus robuste des données recueillies.

La saturation des données n'a pas été atteinte au terme des cinq entretiens réalisés. Bien que certains thèmes aient commencé à se stabiliser, de nouveaux éléments continuaient d'émerger, témoignant de la diversité des représentations des médecins généralistes. Le recrutement s'étant avéré difficile, il n'a pas été possible d'élargir davantage l'échantillon. Malgré cela, le matériau recueilli s'est révélé suffisamment riche pour dégager des tendances cohérentes et répondre à la problématique de l'étude.

4.1.2 Validité externe

La validité externe concerne la possibilité de transférer les résultats de cette étude à d'autres médecins généralistes ou à des contextes cliniques similaires. Les cinq médecins interrogés exerçaient en cabinet libéral et présentaient des profils variés en termes d'âge, d'ancienneté et de modes d'exercice. Cette diversité relative permet d'observer plusieurs manières d'appréhender l'ostéopathie dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire.

Les entretiens ont été réalisés dans des conditions choisies par les participants. Cette adaptation au contexte professionnel habituel a favorisé des échanges ancrés dans leur pratique quotidienne, renforçant ainsi la validité contextuelle des données recueillies.

La transférabilité des résultats reste néanmoins limitée par la taille réduite de l'échantillon. Les conclusions doivent donc être interprétées comme des tendances observées dans un contexte spécifique. Elles apportent toutefois des éléments utiles pour comprendre les représentations de médecins généralistes exerçant dans des conditions similaires et constituent une base pertinente pour de futurs travaux portant sur l'intégration de l'ostéopathie dans des parcours de soins pluridisciplinaires.

4.1.3 Forces de l'étude

Plusieurs forces ont contribué à renforcer la qualité et la pertinence de cette étude. (Version détaillée en Annexe V)

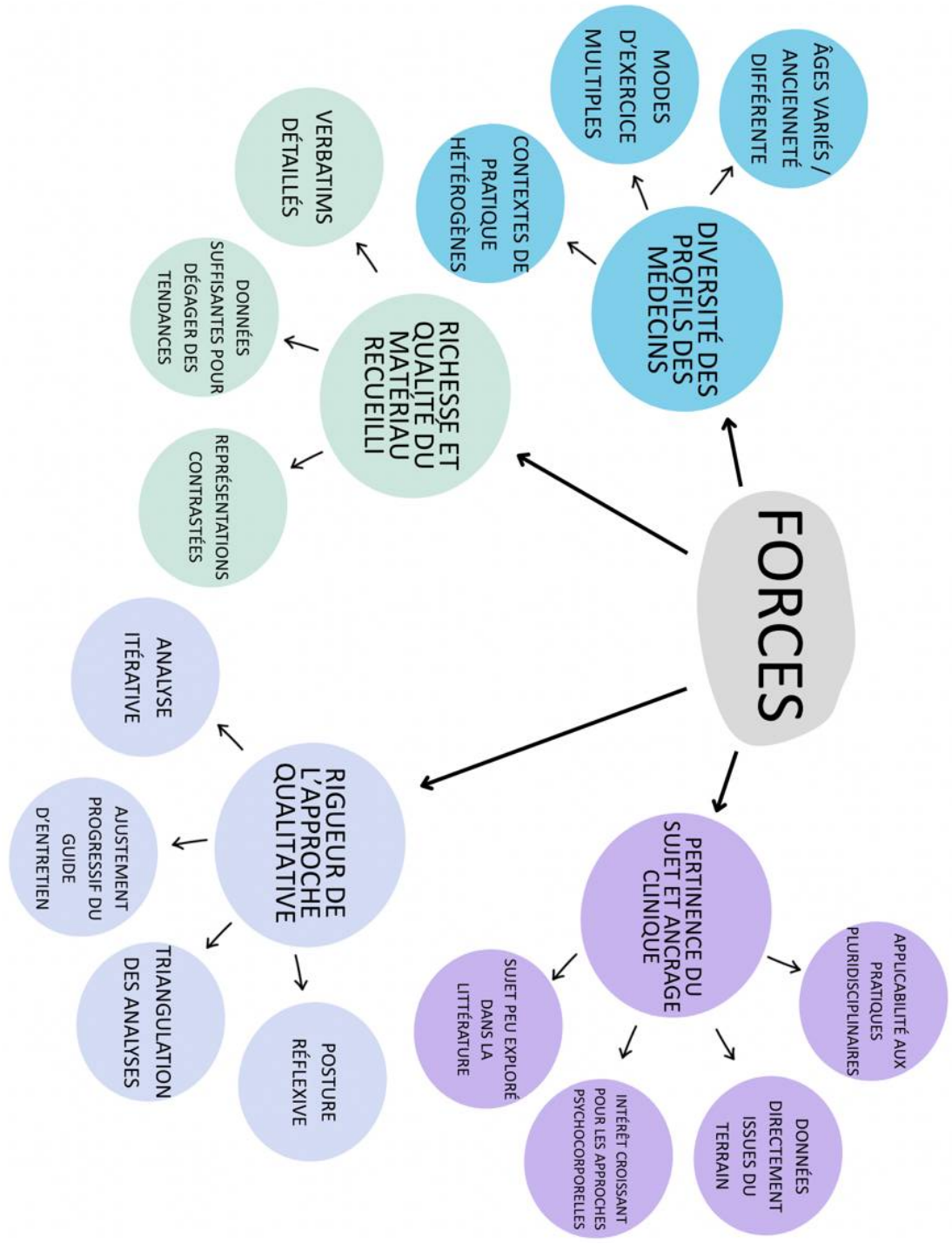


Figure 1 : Forces de l'étude version simplifiée

4.2 Limitations et biais

4.2.1 Problèmes rencontrés

Plusieurs contraintes ont marqué le déroulement de cette étude. La première concerne la difficulté d'accès aux médecins généralistes, comme c'est souvent le cas dans les études ostéopathiques impliquant des médecins généralistes. Le nombre limité d'entretiens réalisés a restreint la diversité des situations cliniques explorées et a réduit la possibilité d'observer des variations marquées dans les pratiques ou les représentations.

La disponibilité restreinte des participants a également constitué un obstacle. Certains entretiens ont dû être réalisés dans un temps réduit en raison des contraintes des médecins, ce qui a pu limiter l'approfondissement de certains thèmes.

Par ailleurs, les médecins généralistes enseignant au sein de l'école n'ont volontairement pas été sollicités. Leur proximité avec la formation et leur connaissance du cadre ostéopathique auraient pu influencer leurs réponses et compromettre l'objectivité de l'étude.

4.2.2 Biais

Plusieurs biais méthodologiques doivent être pris en compte dans l'interprétation des résultats. (Version détaillée en Annexe VI)

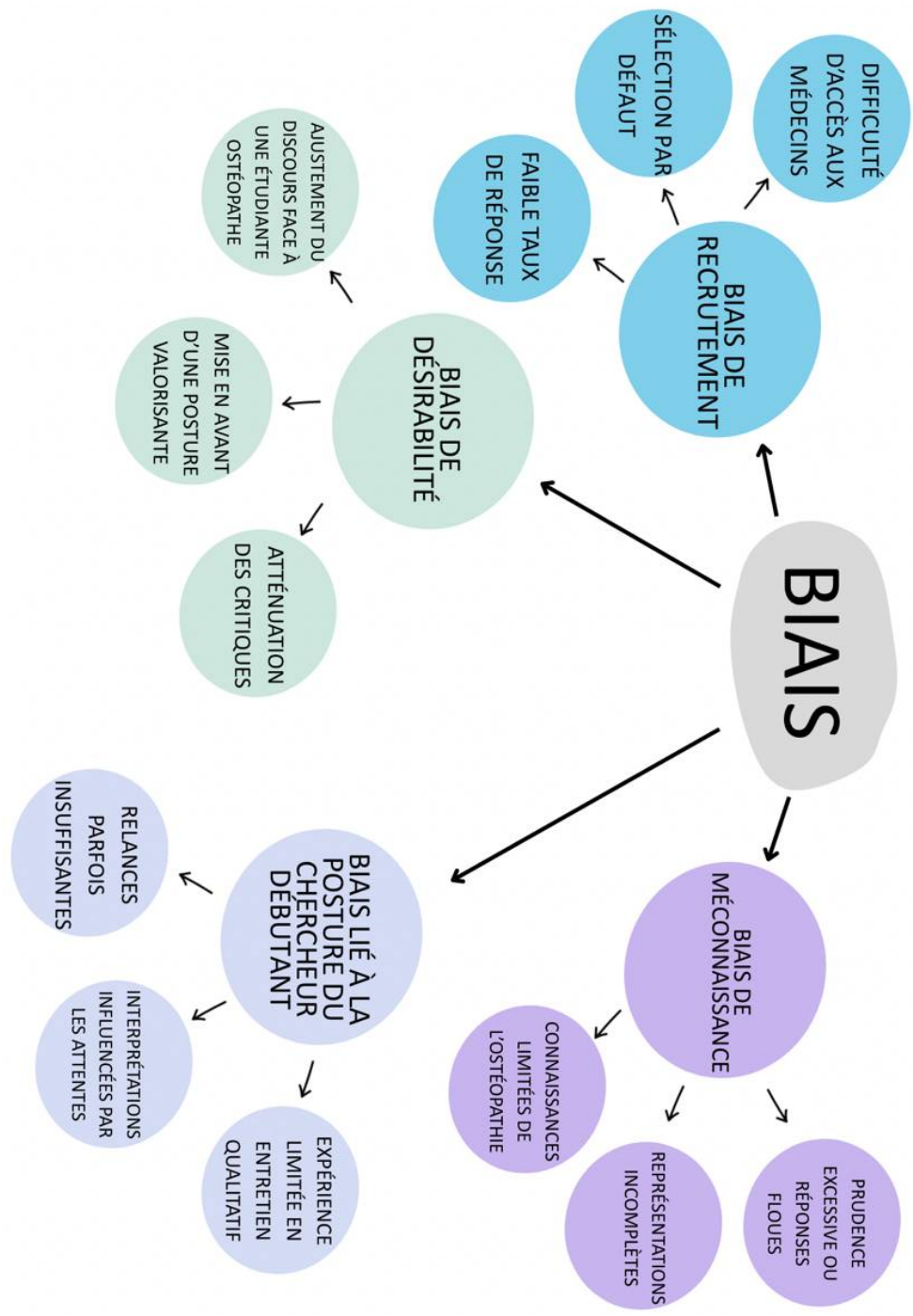


Figure 2 : Différents biais version simplifiée

4.3 Principaux résultats

L'analyse des entretiens met en évidence que les médecins généralistes développent une représentation de l'ostéopathie largement influencée par leur expérience clinique, leurs connaissances des TCA et la nature du lien qu'ils entretiennent avec les ostéopathes. Cinq tendances majeures se dégagent.

4.3.1 Une perception de l'ostéopathie centrée sur le corps, le soulagement et le rapport au corps

Les médecins généralistes interrogés perçoivent l'ostéopathie avant tout comme une approche corporelle, centrée sur la mobilité, les tensions et les douleurs. Ils l'associent principalement à la prise en charge des douleurs musculosquelettiques, des troubles digestifs ou du stress. Plusieurs évoquent que l'ostéopathie « peut aider à relâcher les tensions » (E1) ou « soulager certaines douleurs » (E5). Cela s'explique par leurs expériences habituelles de l'ostéopathie, qu'ils connaissent surtout à travers ces motifs de consultation, et l'identifient comme une pratique manuelle et symptomatique.

Dans le contexte des TCA, cette approche corporelle est perçue comme pouvant apporter un mieux-être, favoriser la détente et aider certains patients à reprendre conscience de leur corps, un aspect souvent perturbé dans ces troubles. Un médecin souligne que cela peut « aider à se reconnecter avec son corps » (E1), ce qui rejoint les difficultés corporelles fréquemment décrites dans les TCA. Cette perception peut s'expliquer par le fait que les médecins observent chez les patients TCA un rapport au corps altéré, et ils voient dans l'ostéopathie un moyen d'agir sur cette dimension corporelle, même si cela reste limité sur le plan psychologique.
Cette idée est renforcée par le témoignage d'un médecin qui précise : « je pense que ça peut avoir un effet sur le bien-être général, aider le patient à reprendre un peu contact avec son corps, ce qui n'est pas négligeable dans les TCA » (E1). Ce verbatim illustre la manière dont certains praticiens envisagent l'ostéopathie comme un

soutien corporel complémentaire, susceptible d'aider les patients à renouer avec des sensations corporelles souvent altérées dans les TCA.

Cependant, cette utilité reste perçue comme limitée : l'ostéopathie n'est jamais envisagée comme un traitement du trouble, mais comme un complément. Comme l'exprime un médecin : « mais en complément pas en première intention. » (E4). Pour eux, cette place secondaire s'explique par la nature même des TCA, qui nécessitent une prise en charge médicale, nutritionnelle et psychothérapeutique. L'ostéopathie, centrée sur le corps, ne peut pas répondre aux aspects psychiques et comportementaux du trouble, ce qui limite naturellement son rôle.

Les représentations observées dans notre étude rejoignent celles décrites par Bohlen et al. (2021)[11], qui montrent que les approches corporelles comme l'ostéopathie peuvent soutenir la régulation intéroceptive et émotionnelle. Cette dimension corporelle, centrale dans les TCA, explique pourquoi certains médecins perçoivent l'ostéopathie comme un outil potentiel de réappropriation du corps.

4.3.2 Un manque de données scientifiques qui freine la légitimité et l'orientation

Un résultat majeur concerne le manque de preuves scientifiques perçu par les médecins. Plusieurs évoquent explicitement « le manque de données scientifiques » (E5) ou « le manque de preuves scientifiques solides » (E2), ce qui limite leur confiance et leur capacité à orienter leurs patients. Cette perception peut aussi venir du fait que les études disponibles en ostéopathie sont peu connues car elles ne sont pas intégrées dans les recommandations officielles ou les outils que les médecins utilisent au quotidien. Ce qui n'apparaît pas dans ces référentiels est souvent considéré comme "non prouvé", même si des travaux existent.

[11] Bohlen L, Shaw R, Cerritelli F, Esteves JE. Osteopathy and Mental Health: An Embodied, Predictive, and Interoceptive Framework. Front Psychol. 2021 Oct 27;12:767005. doi: 10.3389/fpsyg.2021.767005. PMID: 34777176; PMCID: PMC8578726..

Ce déficit d'informations nourrit une représentation floue de l'ostéopathie et freine son intégration dans les parcours de soins. Un médecin exprime même une forme de retenue : « ça reste en dehors du cadre médical validé » (E5), ou encore « j'attends les preuves » (E5). Pourtant, certaines revues de littérature, comme celle de Valentine Villena[12] montrent qu'il existe davantage d'études que ce que les médecins imaginent. Le problème semble donc moins être l'absence de recherches que leur faible visibilité.

Ce manque de repères ne semble pas seulement lié à l'absence de données scientifiques, mais aussi à la place encore incertaine des approches complémentaires dans le modèle médical actuel. La prudence exprimée par certains médecins paraît ainsi autant liée à des questions de légitimité qu'à l'efficacité clinique elle-même. La prudence exprimée reflète autant un manque de diffusion et de reconnaissance institutionnelle qu'un doute sur l'efficacité clinique elle-même.

Plusieurs travaux récents soulignent, comme nos participants, le manque de preuves robustes concernant l'ostéopathie dans les TCA. Une revue publiée en 2024[13] met en évidence l'absence de protocoles standardisés, tandis que L. De. Laroullière (2008)[14] montrait déjà que les médecins manquent d'informations fiables pour orienter leurs patients. Ce déficit de données contribue à la prudence observée.

4.3.3 Une conception du lien corps–esprit qui ouvre une place possible à l'ostéopathie

Les médecins décrivent les TCA comme des troubles psychologiques s'exprimant par le corps, où les émotions, le contrôle et l'estime de soi se traduisent par des tensions

[12] VILLENA. V. Les publications ostéopathiques sur l'année 2022 [Mémoire]. Nanterre (Hauts-de-Seine). Conservatoire Supérieur d'Ostéopathie ; 2024

[13] Mattatia J. Osteopathy: A potential ally against anorexia? Adv Integr Med. 2024;11(3):171-174.

[14] De. Laroullière, L. L'ostéopathie-ce que savent les médecins. [Mémoire] Paris. Centre Européen d'Enseignement Supérieur de l'Ostéopathie. 2008

corporelles, des douleurs ou des troubles digestifs. L'un d'eux parle de « troubles complexes où l'alimentation devient une façon de gérer des émotions » (E4).

Cette vision du lien corps–esprit ouvre une place possible à l'ostéopathie :

- Soulagement des tensions liées au stress,
- Amélioration du ressenti corporel,
- Accompagnement du rapport au corps,
- Diminution des manifestations somatiques.

Certains médecins reconnaissent ainsi que l'ostéopathie peut « aider à ressentir son corps » (E3) ou apporter « de la détente » (E2).

Cette ouverture reste toutefois prudente, car le toucher peut être vécu comme intrusif ou insécurisant, notamment chez les patients traumatisés ou très dissociés. Leur vigilance s'explique par la fragilité corporelle et émotionnelle souvent observée dans les TCA, ce qui oblige les médecins à envisager le toucher avec précaution.

Un médecin rappelle que cela peut être « délicat » (E1) ou « mal pris » (E5) si le toucher n'est pas adapté.

Ainsi, si le lien corps–esprit justifie une place possible pour l'ostéopathie, il impose également une vigilance accrue.

Ces éléments rejoignent la littérature récente. Une étude pilote montre que l'ostéopathie peut réduire le stress et l'anxiété[15], ce qui fait écho au rôle des tensions corporelles et de la régulation émotionnelle décrit par les médecins. Par ailleurs, une enquête nationale indique que les médecins généralistes ont une attitude globalement positive envers l'ostéopathie, tout en soulignant la nécessité d'un cadre clair et d'une vigilance dans certaines situations cliniques[16], ce qui correspond aux réserves exprimées dans notre étude.

[15] Abraham C, Sloan SNB, Coker C, Freed B, McAuliffe M, Nielsen H, Riscoe T, Steele R, Dettwiler A, Oberley G, Zaremski K, Joy K, Selby A, Wells-Lewis R, Creamer BA. Osteopathic manipulative treatment as an intervention to reduce stress, anxiety, and depression in first responders : A pilot study. J Am Osteopath Assoc. 2021;121(12):865 875.

[16] Schmid GL, Kluge J, Deutsch T, Geier AK, Bleckwenn M, Unverzagt S, Frese T. Osteopathy in Germany: attitudes, beliefs and handling among general practitioners - results of a nationwide cross-sectional questionnaire survey. BMC Fam Pract. 2021 Oct 7;22(1):197. doi: 10.1186/s12875-021-01545-2. PMID: 34620110; PMCID: PMC8499418.

4.3.4 Des conditions d'intégration strictes, centrées sur la sécurité, la formation et la collaboration

Les médecins expriment des attentes précises pour envisager l'intégration de l'ostéopathie dans la prise en charge des TCA. Ils insistent sur la nécessité que l'ostéopathe :

- Possède une bonne connaissance des TCA (« qu'il connaisse un minimum le sujet », E4),
- Sache repérer les signes d'alerte (« réorienter si besoin », E1),
- Adapte son toucher (« beaucoup de douceur », E3 ; « respecter les limites du patient », E4),
- Respecte les limites professionnelles (« Qu'il connaisse ses limites. C'est un ostéopathe, pas un médecin. », E5),
- Communique directement avec le médecin (« S'il repère quelque chose ou quoi, il le partage directement avec le médecin et pas forcément que via le patient. », E2).

Les médecins identifient également des situations à risque où l'ostéopathie n'est pas indiquée :

- Dénutrition sévère,
- Instabilité médicale,
- Absence de suivi médical,
- Stade avancé du trouble,
- Patient non consentant ou mal à l'aise avec le toucher.

Certains rappellent que cela pourrait « retarder la prise en charge » (E5) si l'ostéopathe n'est pas formé ou s'il intervient trop tôt.

Ces éléments montrent que, pour les médecins, l'intégration de l'ostéopathie dépend moins de la technique utilisée que de la capacité de l'ostéopathe à travailler dans un cadre sécurisé, à reconnaître ses limites et à s'inscrire dans une collaboration interprofessionnelle. Leur prudence s'explique par la vulnérabilité médicale et

psychique des patients TCA, qui nécessite une coordination étroite entre professionnels.

Cette vigilance s'étend également au risque de dérives liées à une posture de toute-puissance thérapeutique, parfois résumée par l'expression « c'est grâce à moi qu'il guérit » (E5). Un tel positionnement, qui surestime le rôle du praticien et minimise celui du patient, apparaît particulièrement problématique dans les TCA, où la prise en charge doit rester pluridisciplinaire, encadrée et centrée sur l'autonomie du patient.

Les médecins rappellent également que l'ostéopathie ne peut intervenir qu'en tant que soin secondaire, et non comme prise en charge de première intention. Cette place complémentaire s'explique par la nécessité d'un suivi médical, nutritionnel et psychothérapeutique structuré, indispensable dans les TCA. L'ostéopathie ne peut donc s'intégrer qu'en appui du parcours principal, une fois les conditions de sécurité réunies et la situation clinique stabilisée.

Les exigences formulées par les médecins sont cohérentes avec les observations de L. De. Laroullière (2008)[17], qui montrait que l'intégration de l'ostéopathie dépend d'un cadre clair et sécurisé. Dans les TCA, ces conditions apparaissent essentielles pour envisager une collaboration.

4.3.5 Une intégration encore marginale, freinée par la méconnaissance et l'absence de lien interprofessionnel

Enfin, les médecins soulignent un manque de connaissance de l'ostéopathie et un manque de lien avec les ostéopathes. Beaucoup déclarent ne pas connaître d'ostéopathe, « je ne connais pas d'ostéopathe » (E3) ou ne jamais avoir collaboré avec, « Non, jamais directement. C'est plutôt à l'initiative du patient a vrai dire. » (E1), « Collaboration directe, très peu. » (E2). Le recours provient donc souvent du patient lui-même.

[17] De. Laroullière, L. L'ostéopathie-ce que savent les médecins. [Mémoire] Paris. Centre Européen d'Enseignement Supérieur de l'Ostéopathie. 2008

Cette absence de réseau structuré et de liens formels contribue à une reconnaissance limitée de l'ostéopathie dans les parcours de soins, rendant l'orientation difficile et rarement spontanée. Sans interlocuteur identifié, les médecins manquent de repères pour orienter en confiance.

Cette prudence ne s'exprime toutefois pas de manière homogène chez l'ensemble des participants. Un médecin se distingue par une posture nettement plus réservée vis-à-vis de l'ostéopathie, insistant sur le manque de preuves scientifiques et la nécessité de rester dans un cadre strictement médical. Cette divergence illustre l'hétérogénéité des représentations et montre que l'intégration de l'ostéopathie dépend aussi de la manière dont chaque médecin évalue sa légitimité scientifique.

Les difficultés d'intégration relevées dans notre étude sont également décrites dans la littérature. Une revue récente[18] et une étude publiée en 2024[19] soulignent le manque de coordination et de réseau entre professionnels, limitant la place des approches complémentaires comme l'ostéopathie dans les parcours de soins des TCA. Cette prudence vis-à-vis de l'ostéopathie apparaît aussi dans d'autres travaux. Une étude qualitative menée auprès de médecins généralistes[20] montre que, malgré une perception globalement positive de la pratique, son intégration dans les orientations reste limitée. Les médecins interrogés évoquent un manque d'informations fiables sur la formation et les compétences des ostéopathes, ainsi qu'un besoin de connaître personnellement le praticien pour orienter en confiance. Cette méconnaissance structurelle contribue à expliquer la place encore marginale de l'ostéopathie dans les parcours de soins, en cohérence avec les représentations observées dans notre étude.

[18] Geller J, Fernandes A, Kelly AC, Samson L, Srikameswaran S. Collaborative care in eating disorders treatment: exploring the role of clinician distress, self-compassion, and compassion for others. J Eat Disord. 2023 ;11:57.

[19] Lucas G, Sin J, Cini E, Röhricht F. Body-oriented therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. Complement Ther Clin Pract. 2025 Aug;60:101997. doi: 10.1016/j.ctcp.2025.101997. Epub 2025 May 8. PMID: 40393177.

[20] Jennifer Boyer. L'abord des troubles des conduites alimentaires : étude qualitative sur les représentations des médecins généralistes et les obstacles à l'abord des TCA en pratique de soins primaires. Médecine humaine et pathologie. 2019. ⟨dumas-02510529⟩

5. Conclusion

Cette étude qualitative avait pour objectif d'explorer les représentations et les attentes des médecins généralistes concernant la place de l'ostéopathie dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire. À travers cinq entretiens semi-dirigés, nous avons cherché à mieux comprendre leur perception de cette approche, ainsi que les freins et les conditions nécessaires à son éventuelle intégration dans un parcours de soins pluridisciplinaire.

Les résultats montrent que les médecins interrogés décrivent les TCA comme des troubles complexes, principalement psychologiques, mais dont les manifestations corporelles sont importantes. Ils évoquent régulièrement la fatigue, les troubles digestifs, les douleurs abdominales, les carences, l'isolement ou encore les conflits familiaux. Cette vision du lien corps–esprit ouvre une réflexion sur la place possible d'approches complémentaires centrées sur le corps. Toutefois, l'ostéopathie n'est jamais envisagée comme un traitement du trouble en lui-même, mais plutôt comme un accompagnement complémentaire, susceptible d'apporter un mieux-être ou un soulagement dans certaines situations, notamment sur le plan digestif ou en lien avec le stress.

Un point central ressort de l'analyse : la prudence exprimée par les médecins face à l'intégration de l'ostéopathie dans le suivi des TCA. Cette réserve est principalement liée au manque de preuves scientifiques perçues et à la difficulté de situer clairement l'ostéopathie dans un cadre médical structuré. Pour certains, l'absence de données solides limite la possibilité d'orienter leurs patients en toute confiance. D'autres se montrent plus ouverts, à condition que l'intervention reste complémentaire et bien encadrée. La diversité des positions observées souligne que les représentations ne sont pas homogènes et qu'elles dépendent également de l'expérience professionnelle, du contexte d'exercice et du lien interprofessionnel existant ou non.

Les médecins formulent également des attentes précises pour qu'une collaboration soit envisageable. Ils insistent sur la nécessité que l'ostéopathe possède une bonne connaissance des TCA, sache repérer les signes d'alerte, respecte ses limites professionnelles et communique avec le médecin traitant si besoin. Le toucher thérapeutique est perçu comme pouvant être bénéfique, notamment pour favoriser la détente et améliorer le ressenti corporel, mais il est aussi considéré comme potentiellement délicat chez des patients présentant un rapport complexe au corps ou des antécédents traumatiques. L'adaptation au patient, la prudence et le respect de son consentement apparaissent donc essentiels.

Malgré ses limites, notamment le nombre restreint de participants et l'absence de saturation complète des données, et quelques biais, notamment de désirabilité et de méconnaissance, cette étude apporte un éclairage intéressant sur les représentations actuelles des médecins généralistes. Elle met en évidence l'importance du cadre, de la communication et de la formation pour envisager une intégration sécurisée de l'ostéopathie.

En définitive, l'ostéopathie pourrait trouver une place complémentaire dans la prise en charge des TCA, principalement chez des patients stabilisés présentant des tensions corporelles, du stress ou des troubles digestifs. Son intégration nécessite toutefois un cadre clair, une collaboration interprofessionnelle renforcée et le développement de recherches cliniques permettant de mieux évaluer son apport dans ce contexte.
Dans la continuité de ce travail, croiser les représentations des médecins avec celles des patients atteints de TCA[21] permettrait d'obtenir une vision plus globale des besoins et des attentes autour de l'ostéopathie. Une future étude intégrant également le point de vue des ostéopathes eux-mêmes offrirait une compréhension tripartite du parcours de soins, ouvrant la voie à des modèles de collaboration réellement intégrés.

[21] Rostein. S, Représentations et attentes des patients atteints de troubles du comportement alimentaire sur la prise en charge ostéopathique [Mémoire] Nanterre (Hauts-de-Seine) CSO 2026.

Bibliographie

[1] Zeanandin G. Comment identifier un trouble du comportement alimentaire (TCA) en consultation d'HGE [Internet]. 11/07/2024 [cité 2026 fev 20]. Disponible sur : https://www.fmcgastro.org

[2] Fédération Française Anorexie Boulimie. Définition et différents TCA [Internet]. Journée mondiale des troubles des conduites alimentaires. 2022 [2026 fev 20]. Disponible sur : https://www.journeemondialetca.fr

[3] Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. Am J Clin Nutr. 2019 May 1;109(5):1402-1413. doi: 10.1093/ajcn/nqy342. PMID: 31051507.

[4] Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. Lancet. 2020 Mar 14;395(10227):899-911. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30059-3. PMID: 32171414.

[5] Ostéorive. Ostéopathie et troubles digestifs : un traitement efficace [Internet]. 02/01/2024 [cité 2026 fev 20]. Disponible sur : https://www.osteorive.com

[6] Thomson O, MacMillan A. What's wrong with osteopathy? International Journal of Osteopathic Medicine, 2023 ; 48

[7] Bohlen L, Shaw R, Cerritelli F, Esteves JE. Osteopathy and Mental Health: An Embodied, Predictive, and Interoceptive Framework. Front Psychol. 2021 Oct 27;12:767005. doi: 10.3389/fpsyg.2021.767005. PMID: 34777176; PMCID: PMC8578726..

[8] Tan EJ, Raut T, Le LK, Hay P, Ananthapavan J, Lee YY, Mihalopoulos C. The association between eating disorders and mental health: an umbrella review. J Eat Disord. 2023 Mar 27;11(1):51. doi: 10.1186/s40337-022-00725-4. PMID: 36973817; PMCID: PMC10044389..

[9] Ayache. M, Dumez. H. Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective ? Le Libellio d'AEGIS. 07/2011 (2 – Eté), pp.33-46 ⟨hal-00657490⟩

[10] Tremblay. JM. Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique [Internet]. 19/08/2007 [cité 20/02/2026]. Disponible sur : https://classiques.uqam.ca

[11] Bohlen L, Shaw R, Cerritelli F, Esteves JE. Osteopathy and Mental Health: An Embodied, Predictive, and Interoceptive Framework. Front Psychol. 2021 Oct 27;12:767005. doi: 10.3389/fpsyg.2021.767005. PMID: 34777176; PMCID: PMC8578726..

[12] VILLENA. V. Les publications ostéopathiques sur l'année 2022 [Mémoire]. Nanterre (Hauts-de-Seine). Conservatoire Supérieur d'Ostéopathie ; 2024

[13] Mattatia J. Osteopathy: A potential ally against anorexia? Adv Integr Med. 2024;11(3):171-174.

[14] De. Laroullière, L. L'ostéopathie : ce que savent les médecins. [Mémoire] Paris. Centre Européen d'Enseignement Supérieur de l'Ostéopathie. 2008

[15] Abraham C, Sloan SNB, Coker C, Freed B, McAuliffe M, Nielsen H, Riscoe T, Steele R, Dettwiler A, Oberley G, Zaremski K, Joy K, Selby A, Wells-Lewis R, Creamer BA. Osteopathic manipulative treatment as an intervention to reduce stress, anxiety, and depression in first responders : A pilot study. J Am Osteopath Assoc. 2021;121(12):865-875.

[16] Schmid GL, Kluge J, Deutsch T, Geier AK, Bleckwenn M, Unverzagt S, Frese T. Osteopathy in Germany: attitudes, beliefs and handling among general practitioners - results of a nationwide cross-sectional questionnaire survey. BMC Fam Pract. 2021 Oct 7;22(1):197. doi: 10.1186/s12875-021-01545-2. PMID: 34620110; PMCID: PMC8499418.

[17] De. Laroullière, L. L'ostéopathie : ce que savent les médecins. [Mémoire] Paris. Centre Européen d'Enseignement Supérieur de l'Ostéopathie. 2008

[18] Geller J, Fernandes A, Kelly AC, Samson L, Srikameswaran S. Collaborative care in eating disorders treatment: exploring the role of clinician distress, self-compassion, and compassion for others. J Eat Disord. 2023 ;11:57.

[19] Lucas G, Sin J, Cini E, Röhricht F. Body-oriented therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. Complement Ther Clin Pract. 2025 Aug;60:101997. doi: 10.1016/j.ctcp.2025.101997. Epub 2025 May 8. PMID: 40393177.

[20] Jennifer Boyer. L’abord des troubles des conduites alimentaires : étude qualitative sur les représentations des médecins généralistes et les obstacles à l’abord des TCA en pratique de soins primaires. Médecine humaine et pathologie. 2019. ⟨dumas-02510529⟩

[21] Rostein. S, Représentations et attentes des patients atteints de troubles du comportement alimentaire sur la prise en charge ostéopathique [Mémoire] Nanterre (Hauts-de-Seine) CSO 2026.

Table des tableaux

Tableau I : Description de l'échantillon des participants de l'étude 14
Tableau II : définition des TCA 17
Tableau III : Types de TCA rencontrés 18
Tableau IV : Impacts observés 19
Tableau V : Idées reçues 20
Tableau VI : Besoins insuffisants 21
Tableau VII : Variations selon les profils 22
Tableau VIII : Rôle du médecin généraliste 23
Tableau IX : Professionnels impliqués 24
Tableau X : Qualité des échanges 25
Tableau XI : Points positifs 26
Tableau XII : Difficultés 27
Tableau XIII : Améliorations souhaitées 28
Tableau XIV : Représentations générales 29
Tableau XV : Motifs de consultations 30
Tableau XVI : Bénéfices perçus 31
Tableau XVII : Freins à l'intégration 32
Tableau XVIII : Toucher thérapeutique 33
Tableau XIX : Retours des patients 34
Tableau XX : Attentes envers les ostéopathes 35
Tableau XXI : Risques et limites 36
Tableau XXII : Place idéale 37

Table des figures

Figure 1 : Forces de l'étude version simplifiée 40
Figure 2 : Différents biais version simplifiée 42

Tables des matières

1. INTRODUCTION 6

2. MATERIELS ET METHODES 8

2.1 METHODE 8
2.1.1 Objectif 8
2.1.2 Méthode qualitative 8
2.1.3 Collecte des données 9
2.1.4 Entretien semi-dirigé 9
2.1.5 Théorisation ancrée 10
2.1.6 Guide d'entretien 10
2.2 MATERIEL 11
2.2.1 Population 11
2.2.2 Échantillonnage 11
2.2.3 Recrutement 12
2.2.4 Recueil des données 12
2.2.5 Analyses des données 12

3. RESULTATS ET ANALYSE 14

3.1 POPULATION 14
3.2 CARACTERISTIQUE DE L'ECHANTILLON 14
3.3 DIFFICULTES RENCONTREES 16
3.4 PRESENTATIONS DES RESULTATS ET ANALYSE 16
3.4.1 Représentations des TCA 17
3.4.1.1 Définition des TCA 17
3.4.1.2 Types de TCA rencontrés 18
3.4.1.3 Impacts observés 19
3.4.1.4 Idées reçues 20
3.4.1.5 Besoins insuffisants 21
3.4.1.6 Variations selon les profils 22
3.4.2 Parcours de soins et collaboration 23
3.4.2.1 Rôle du médecin généraliste 23
3.4.2.2 Professionnels impliqués 24
3.4.2.3 Qualité des échanges 25
3.4.2.4 Points positifs 26
3.4.2.5 Difficultés 27
3.4.2.6 Améliorations souhaitées 28
3.4.3 Place de perception de l'ostéopathie 29
3.4.3.1 Représentations générales 29
3.4.3.2 Motifs de consultations 30
3.4.3.3 Bénéfices perçus 31
3.4.3.4 Freins à l'intégration 32
3.4.3.5 Toucher thérapeutique 33
3.4.3.6 Retours des patients 34
3.4.3.7 Attentes envers les ostéopathes 35
3.4.3.8 Risques et limites 36
3.4.3.9 Place idéale 37

4. DISCUSSION 38

4.1 FORCES 38
4.1.1 Validité interne 38
4.1.2 Validité externe 39
4.1.3 Forces de l'étude 40
4.2 LIMITATIONS ET BIAIS 41
4.2.1 Problèmes rencontrés 41
4.2.2 Biais 42
4.3 PRINCIPAUX RESULTATS 43

4.3.1 Une perception de l'ostéopathie centrée sur le corps, le soulagement et le rapport au corps 43
4.3.2 Un manque de données scientifiques qui freine la légitimité et l'orientation....44
4.3.3 Une conception du lien corps–esprit qui ouvre une place possible à l'ostéopathie 45
4.3.4 Des conditions d'intégration strictes, centrées sur la sécurité, la formation et la collaboration....47
4.3.5 Une intégration encore marginale, freinée par la méconnaissance et l'absence de lien interprofessionnel....48

5. CONCLUSION 50

BIBLIOGRAPHIE 52

TABLE DES TABLEAUX....54

TABLE DES FIGURES....54

TABLES DES MATIERES....55

TABLES DES ANNEXES....57

ANNEXES....58

Tables des Annexes

Annexe I : Guide d'entretien version initiale 58
Annexe II : Guide d'entretien version finale.....61
Annexe III : Lettre d'information au participant 63
Annexe IV : Formulaire de consentement 67
Annexe V : Forces de l'étude version détaillée.....68
Annexe VI : Figure différents biais version détaillée 69
Annexe VII : Retranscription des entretiens.....70
Annexe VIII : Tableau de codage 100

Annexes

Annexe I : Guide d'entretien version initiale

Introduction :
Pouvez-vous vous présenter (profession, spécialité, lieu et type d'exercice : hôpital, cabinet libéral, centre spécialisé, etc.) ?
Depuis combien de temps exercez-vous ?
Depuis combien de temps accompagnez-vous des patients atteints de troubles du comportement alimentaire ?
Quelle proportion de vos patients sont concernés par un TCA ?
Comment définiriez-vous votre rôle au sein du parcours de soins de ces patients ?
Travaillez-vous en lien avec d'autres professionnels ? Si oui, lesquels ?

Représentations des TCA :
Comment définiriez-vous les TCA avec vos mots et vos connaissances ?
Quels types de TCA rencontrez-vous le plus fréquemment dans votre pratique (anorexie, boulimie, hyperphagie, autres) ?
Quels impacts observez-vous le plus souvent chez vos patients (psychologiques, physiques, sociaux, professionnels, familiaux) ?
Quelles complications médicales ou somatiques voyez-vous le plus souvent associées aux TCA (digestives, hormonales, cardiovasculaires, douleurs, etc.) ?
Selon vous, il y a-t-il des besoins fondamentaux de ces patients qui restent encore insuffisamment pris en charge ? si oui lesquels ?
Quelles idées reçues ou représentations sociales vous semblent encore les plus répandues sur les TCA ?
Avez-vous constaté des situations de stigmatisation (discrimination), même involontaire, de la part de professionnels de santé ? Quelles conséquences cela peut-il avoir sur la prise en charge ?
Quelles différences percevez-vous dans les besoins des patients selon leur âge, leur sexe, ou le stade du trouble ?

Prise en charge et parcours de soins :
Quels professionnels collaborent le plus souvent dans le suivi de vos patients atteints de TCA ?
Comment se passent les échanges entre ces différents professionnels ?
Quels sont les points positifs que vous observez dans cette collaboration ?
Quelles en sont les limites ou difficultés (ex. manque de communication, absence de coordination, cloisonnement entre disciplines) ?
Selon vous, quelles améliorations seraient nécessaires pour rendre la prise en charge plus complète ou plus efficace ?
Si vous pouviez imaginer un parcours de soins idéal pour un patient atteint de TCA, à quoi ressemblerait-il ?
Selon vous, il y a-t-il des besoins fondamentaux de ces patients qui restent encore insuffisamment pris en charge ? si oui lesquels ?

Perceptions et représentations de l'ostéopathie :
Qu'est-ce que l'ostéopathie évoque pour vous ?
Selon vous, quelle place occupe l'ostéopathie dans le système de soins actuel ?
Pensez-vous que les patients connaissent bien ce qu'est l'ostéopathie ?
Dans quels cas ou pour quels symptômes pensez-vous qu'un patient peut consulter un ostéopathe ?
Quels sont, d'après vous, les bénéfices possibles de l'ostéopathie ?
Quels freins identifiez-vous dans l'intégration de l'ostéopathie dans un parcours de soins (scientifiques, institutionnels, organisationnels, culturels) ?
Comment percevez-vous le toucher thérapeutique dans le contexte de patients atteints de TCA, parfois marqués par un rapport complexe au corps ou des traumatismes ?
Selon vous, quels freins ou résistances peuvent exister du côté des patients vis-à-vis de l'ostéopathie ?

Expériences avec l'ostéopathie et les TCA :
Avez-vous déjà eu des patients atteints de TCA qui consultaient un ostéopathe en parallèle de leur suivi médical ou psychologique ?
Si oui, quels retours en ont-ils fait (positifs, négatifs, neutres) et que concernaient-ils (effets corporels ou psychologiques) ?
Avez-vous déjà collaboré directement avec un ostéopathe pour un patient atteint de TCA ? Si oui, comment cela s'est-il passé ? Si non, pourquoi ?
Selon vous, qu'est-ce qui pourrait favoriser ou freiner ce type de collaboration ?

Attentes vis-à-vis de l'ostéopathie pour les patients TCA :
Quels bénéfices potentiels l'ostéopathie pourrait-elle apporter dans la prise en charge des TCA (gestion du stress, troubles digestifs, douleurs corporelles, rapport au corps, image de soi, sommeil, anxiété, etc.) ?
Quelles seraient vos attentes concrètes vis-à-vis d'une ostéopathe prenant en charge des patients TCA ?
Quelles qualités personnelles et professionnelles attendez-vous d'une ostéopathe travaillant avec cette population (écoute, sensibilité au vécu psychologique, formation spécifique) ?
Selon vous, quelles compétences ou connaissances supplémentaires une ostéopathe devrait-il/elle avoir pour travailler avec des patients TCA ?
Quelles conditions vous sembleraient indispensables pour que cette collaboration soit sécurisante (protocoles, supervision, formation spécifique, cadre légal) ?
Quels types de formations croisées ou échanges interprofessionnels pourraient enrichir la coopération ?
Comment imaginez-vous concrètement l'intégration d'une ostéopathe dans une équipe pluridisciplinaire prenant en charge un patient TCA ?
Quels risques ou limites identifiez-vous si l'ostéopathie était intégrée sans cadre précis dans un suivi TCA ?
Quels indicateurs ou critères permettraient, selon vous, d'évaluer l'efficacité ou la pertinence de l'ostéopathie dans ce contexte ?

Perspectives :
Pensez-vous que l'ostéopathie pourrait contribuer à une approche plus globale et complémentaire des TCA ?
Selon vous, quels patients pourraient le plus en bénéficier (profil, symptômes, stades du trouble) ?
Quelles situations, au contraire, vous sembleraient inadaptées ou risquées pour une prise en charge ostéopathique ?
Quelle place idéale donneriez-vous à l'ostéopathie dans un parcours de soins ?
Selon vous, quels dispositifs (protocoles, formations croisées, recherche clinique) seraient nécessaires pour valider et encadrer l'intégration de l'ostéopathie dans le suivi des TCA ?
Si vous deviez formuler une recommandation pour améliorer la collaboration entre ostéopathes et autres professionnels de santé, laquelle serait-elle ?
Selon vous, quelles recherches ou études devraient être menées en priorité pour mieux comprendre l'apport de l'ostéopathie dans les TCA ?

Annexe II : Guide d'entretien version finale

Introduction :
Pouvez-vous vous présenter (profession, spécialité, lieu et type d'exercice : hôpital, cabinet libéral, centre spécialisé, etc.) ?
Depuis combien de temps exercez-vous ?
Depuis combien de temps accompagnez-vous des patients atteints de troubles du comportement alimentaire ?
Quelle proportion de vos patients sont concernés par un TCA ?
Comment définiriez-vous votre rôle au sein du parcours de soins de ces patients ?

Représentations des TCA :
Comment définiriez-vous les TCA avec vos mots et vos connaissances ?
Quels types de TCA rencontrez-vous le plus fréquemment dans votre pratique (anorexie, boulimie, hyperphagie, autres) ?
Quels impacts observez-vous le plus souvent chez vos patients (psychologiques, physiques, sociaux, professionnels, familiaux) ?
Quelles idées reçues ou représentations sociales vous semblent encore les plus répandues sur les TCA ?
Quelles complications médicales ou somatiques voyez-vous le plus souvent associées aux TCA (digestives, hormonales, cardiovasculaires, douleurs, etc.) ?
Selon vous, il y a-t-il des besoins fondamentaux de ces patients qui restent encore insuffisamment pris en charge ? si oui lesquels ?
Quelles différences percevez-vous dans les besoins des patients selon leur âge, leur sexe, ou le stade du trouble ?

Prise en charge et parcours de soins :
Quels professionnels collaborent le plus souvent dans le suivi de vos patients atteints de TCA ?
Comment se passent les échanges entre ces différents professionnels ?
Quels sont les points positifs que vous observez dans cette collaboration ?
Quelles en sont les limites ou difficultés de cette collaboration (ex. manque de communication, absence de coordination, cloisonnement entre disciplines) ?
Selon vous, quelles améliorations seraient nécessaires pour rendre la prise en charge plus complète ou plus efficace ?
Si vous pouviez imaginer un parcours de soins idéal pour un patient atteint de TCA, à quoi ressemblerait-il ?

Perceptions et représentations de l'ostéopathie :
Qu'est-ce que l'ostéopathie évoque pour vous ?
Selon vous, quelle place occupe l'ostéopathie dans le système de soins actuel ?
Pensez-vous que les patients connaissent bien ce qu'est l'ostéopathie ?
Dans quels cas ou pour quels symptômes pensez-vous qu'un patient peut consulter un ostéopathe ?
Quels sont, d'après vous, les bénéfices possibles de l'ostéopathie ?
Quels freins identifiez-vous dans l'intégration de l'ostéopathie dans un parcours de soins (scientifiques, institutionnels, organisationnels, culturels) ?

Comment percevez-vous le toucher thérapeutique dans le contexte de patients atteints de TCA, parfois marqués par un rapport complexe au corps ou des traumatismes ?

Expériences avec l'ostéopathie et les TCA :
Avez-vous déjà eu des patients atteints de TCA qui consultaient un ostéopathe en parallèle de leur suivi médical ou psychologique ?
Si oui, quels retours en ont-ils fait (positifs, négatifs, neutres) et que concernaient-ils (effets corporels ou psychologiques) ?
Avez-vous déjà collaboré directement avec un ostéopathe pour un patient atteint de TCA ? Si oui, comment cela s'est-il passé ? Si non, pourquoi ?

Attentes vis-à-vis de l'ostéopathie pour les patients TCA :
Quels bénéfices potentiels l'ostéopathie pourrait-elle apporter dans la prise en charge des TCA (gestion du stress, troubles digestifs, douleurs corporelles, rapport au corps, image de soi, sommeil, anxiété, etc.) ?
Quelles seraient vos attentes concrètes vis-à-vis d'un ostéopathe prenant en charge des patients atteint de TCA ?
Selon vous, quelles compétences ou connaissances supplémentaires un ostéopathe devrait-il/elle avoir pour travailler avec des patients TCA ?
Quelles conditions vous sembleraient indispensables pour que cette collaboration soit sécurisante (protocoles, supervision, formation spécifique, cadre légal) ?
Quels risques ou limites identifiez-vous si l'ostéopathie était intégrée sans cadre précis dans un suivi TCA ?
Quels indicateurs ou critères permettraient, selon vous, d'évaluer l'efficacité ou la pertinence de l'ostéopathie dans ce contexte ?

Perspectives :
Pensez-vous que l'ostéopathie pourrait contribuer à une approche plus globale et complémentaire des TCA ?
Selon vous, quels patients pourraient le plus en bénéficier (profil, symptômes, stades du trouble) ?
Quelles situations, au contraire, vous sembleraient inadaptées ou risquées pour une prise en charge ostéopathique ?
Quelle place idéale donneriez-vous à l'ostéopathie dans un parcours de soins comme celui-ci ?
Selon vous, quels dispositifs (protocoles, formations croisées, recherche clinique) seraient nécessaires pour valider et encadrer l'intégration de l'ostéopathie dans le suivi des TCA ?
Si vous deviez formuler une recommandation pour améliorer la collaboration entre ostéopathes et autres professionnels de santé, laquelle serait-elle ?

Annexe III : Lettre d'information au participant

Madame, Monsieur,
Vous avez la possibilité de participer à un projet de mémoire de fin d'étude organisé par le CSO Paris (Conservatoire Supérieur d'Ostéopathie), intitulé :

« Représentations et attentes des médecins généralistes sur la prise en charge ostéopathique des patients atteints de TCA »

Cette étude est effectuée par Rousseau Carla, étudiante du CSO Paris, supervisé par un directeur de mémoire en la personne de Camille ACACIO
Courriel du directeur de mémoire : camille.acacio@hotmail.fr

Nous sollicitons votre participation à ce projet. Avant d'accepter d'y participer et de signer la lettre de consentement, veuillez prendre le temps de lire et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Le but de ce mémoire est d'analyser les représentations et attentes des médecins généralistes concernant la prise en charge ostéopathique des patients atteints de TCA. L'objectif est de mieux comprendre leurs perceptions, d'identifier les éventuelles barrières ou facilitations à cette collaboration interdisciplinaire afin de développer la qualité de la prise en charge pluridisciplinaire et d'optimiser les parcours de soin.

Pour cela, nous avons mis en place la méthodologie suivante :
Nous allons utiliser une étude qualitative, menée par des entretiens semi-dirigés auprès des médecins généralistes impliqué dans la prise en charge des patients atteints de TCA. Les entretiens seront enregistrés et dureront environ 60 à 90 minutes, et peuvent être effectué dans les cabinets des médecins, au sein du Conservatoire Supérieur d'Ostéopathie, par visioconférence ou appel téléphonique. Les données seront analysées, permettant d'extraire les représentations, attentes et points de tension autour de l'ostéopathie dans ce cadre.

Votre participation à cette étude est essentielle pour nous permettre d'obtenir des résultats significatifs et d'approfondir notre réflexion sur les représentations et attentes des médecins généralistes concernant la prise en charge ostéopathique des patients atteints de TCA. Pour cela, vous devriez participer à un entretien individuel d'une durée d'environ 60 à 90 minutes, qui pourra se dérouler en présentiel ou en visioconférence selon vos préférences et disponibilités. Toutes les informations resteront strictement confidentielles et seront retranscrites de manière anonyme. Bien que la participation ne donne lieu à aucune gratification financière, cette démarche contribuera à une meilleure compréhension interdisciplinaire et à l'amélioration des parcours de soin pour les patients atteints de TCA.

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de mémoire, mais celui-ci ne peut vous être assuré. Par ailleurs, les résultats

obtenus contribueront à l'avancée des connaissances dans le domaine de l'ostéopathie.

QUELS SONT VOS DROITS EN TANT QUE PARTICIPANT À CETTE ÉTUDE ?
Cette étude clinique obéit aux dispositions du Code de la Santé Publique : Titre II du livre 1er relatif aux recherches impliquant la personne humaine.
Votre participation doit être volontaire. Vous pouvez refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier. De même, vous pouvez vous retirer à tout moment de l'étude sans avoir à fournir de raison et sans encourir de préjudice quelconque.
Cette décision n'affectera pas les soins que vous recevrez.
En cas de retrait de votre consentement au cours de l'étude, les données collectées jusqu'au moment du retrait seront quand même analysées afin de ne pas compromettre le projet dans son ensemble.
Le Promoteur de cette étude (le Département de recherche du Conservatoire Supérieur d'Ostéopathie de Paris, CSO Paris), a souscrit une assurance pour cette étude chez V. Longueville, Agent de la Compagnie A.X.A. Assurances.
L'étude et les modalités de son déroulement ont été soumises pour approbation aux autorités dont le rôle est de confirmer que l'étude est scientifiquement pertinente, qu'elle remplit les conditions requises pour votre sécurité et pour la protection et le respect de vos droits :
Le Comité de Protection des Personnes a émis un avis favorable
Si vous estimez que vous avez subi un préjudice du fait de votre participation à cette étude, vous devez contacter immédiatement le médecin investigateur de l'étude.
Si venaient à apparaître à propos du traitement de l'étude, de nouvelles informations pouvant modifier votre consentement à participer à cette étude, elles vous seraient communiquées.
Vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L. 1111-7 du Code de la Santé Publique.

Vous avez le droit d'avoir communication, au cours ou à l'issue de l'étude, des informations concernant votre santé et qui sont détenues par l'investigateur (article L.1122-1 du Code de la Santé Publique).
Vous avez le droit d'être informé des résultats globaux de cette étude par l'investigateur (article L.1122-1 du Code de la Santé Publique). Vous pourrez les obtenir, quand ils seront disponibles, auprès du médecin investigateur.

QUELLES SONT LES MESURES DE PROTECTION DES DONNÉES DES PARTICIPANTS ?
Dans le cadre de cette étude, l'équipe médicale et le personnel responsable de l'étude vont recueillir et utiliser des informations vous concernant, incluant des données de votre dossier médical et des résultats des évaluations pratiquées dans le cadre de l'étude (cela correspond à ce que l'on appelle les « Données Personnelles »). Cela peut inclure des données sur votre santé, sexe et tranche d'âge. Conformément aux alinéas i et j de l'article 9.2 du Règlement Général

européen sur la Protection des données (RGPD), ces données peuvent être collectées à des fins de recherche scientifique.
Toutes les données vous concernant obtenues au cours de l'étude seront traitées de manière confidentielle et seront analysées une fois codées. Aucune information portant votre nom ne sera communiquée à une personne autre que le médecin en charge de l'étude, ou un membre dûment autorisé de son équipe ou de celle du promoteur.
Vous ne serez identifié individuellement dans aucun rapport. Les données vous concernant seront utilisées de manière anonyme dans un rapport final relatif aux résultats obtenus.
Vos données personnelles et médicales seront traitées conformément à la règlementation en vigueur. Les Autorités de Santé et le représentant du promoteur pourront avoir accès à votre dossier médical, en respectant la confidentialité et les exigences légales, afin de contrôler l'exactitude des données recueillies.
Les personnes chargées du contrôle de qualité de cette étude et dûment mandatées à cet effet par le promoteur ou par les Autorités de Santé auront accès à vos données individuelles strictement nécessaires à ce contrôle. Ces personnes sont soumises au secret professionnel (article L1121-3 du Code de la Santé Publique).
Les données codées vous concernant seront informatisées et seront archivées par le promoteur de l'étude et pourront être transmises en dehors de l'Union Européenne afin d'être soumises à des Autorités de Santé.
Le Promoteur gardera les données codées de l'étude aussi longtemps que les lois et la règlementation en vigueur le nécessiteront, par exemple dans le cadre de la sécurité et des autorisations de mise sur le marché des produits. Les données de l'étude seront utilisées et analysées par le Promoteur pour la réalisation de l'étude, l'amélioration des connaissances sur l'ostéopathie.
Vous pourrez exercer votre droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation du traitement des données conformément aux articles 15, 16, 17 et 18 du RGPD en vous adressant par écrit au médecin de l'étude. Cependant le Promoteur pourrait ne pas répondre favorablement à une demande d'effacement dans le cas où celle-ci serait susceptible de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs de la recherche (Articles 17.3.c et 17.3.d du RGPD).
Au cas où le médecin ou les investigateurs de l'étude ne seraient plus joignable, vous pourrez contacter le délégué à la protection des données de l'étude, M. [directeur du mémoire] au numéro de téléphone ou à l'adresse électronique indiqués ci-dessous.
Si vos demandes ne peuvent être satisfaites, vous avez la possibilité de déposer une plainte auprès de l'autorité compétente de la CNIL. La CNIL est l'autorité administrative indépendante en France chargée de veiller à la protection des données personnelles et de contrôler que leur utilisation ne porte atteinte ni aux droits de l'homme, ni à la vie privée, ni aux libertés individuelles ou publiques.
Quelle que soit votre décision concernant la participation à cette recherche, nous vous remercions pour le temps et l'attention que vous nous avez consacrés.

Si vous avez des questions concernant le projet de mémoire ou si vous rencontrez une difficulté que vous croyez liée à votre participation au dit mémoire, vous pouvez communiquer avec l'étudiant(e) responsable du projet de mémoire au

numéro suivant : 07.81.53.74.07 et/ou avec le directeur responsable du projet du mémoire au courriel cité précédemment.
Le Comité Scientifique du CSO Paris a approuvé ce projet de mémoire et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche mis en place. Pour toute information, vous pouvez joindre le secrétariat du CSO Paris au 01.47.66.30.55
Nous vous remercions de l'attention que vous avez bien voulu porter à cette étude et nous vous prions de croire Madame, Monsieur à l'expression de notre considération distinguée.

Annexe IV : Formulaire de consentement

Nom et prénom du participant à l'étude :
.....
Téléphone : .....
L'étudiant(e) Rousseau Carla m'a proposé de participer à l'étude clinique avec éventuellement un bénéfice individuel direct. Cette étude est encadrée par un directeur de mémoire du CSO Paris sur le thème suivant :

« Représentations et attentes des médecins généralistes sur la prise en charge ostéopathique des patients atteints de TCA »

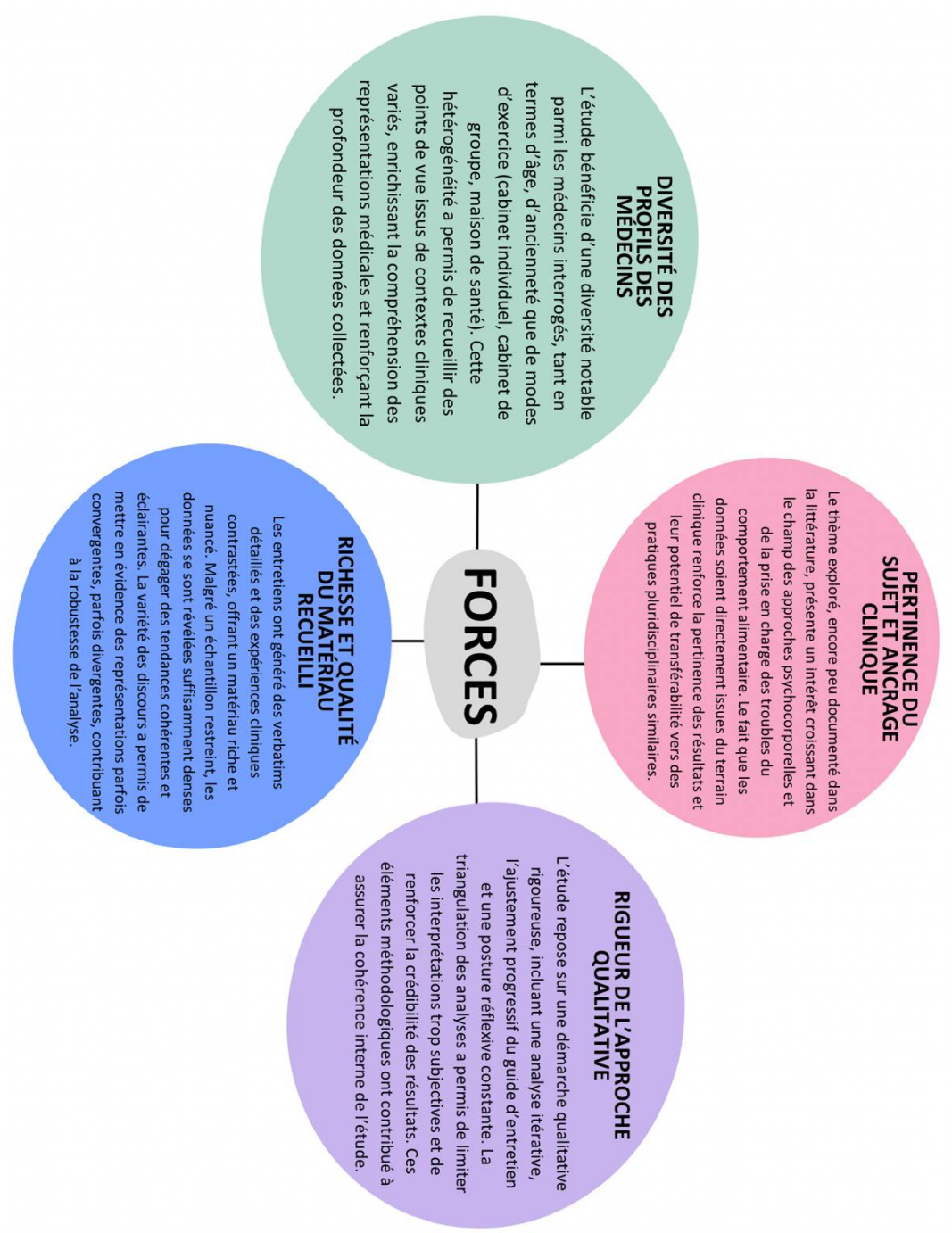
Il m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser. Cela ne changera pas nos relations pour mon suivi. J'ai reçu et bien compris les informations qui figurent sur ce document.
J'accepte librement de participer à cette étude de recherche dans les conditions précisées dans la partie « Lettre d'information au participant » de ce document.
Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi. Si je le désire, je serai libre à tout moment d'arrêter ma participation et j'en informerai le praticien concerné.
J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par le CSO. J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi "Informatique et liberté" s'exerce à tout moment auprès de l'étudiant concerné, et que ces mêmes données seront anonymisées. Je pourrai également exercer mon droit de rectification auprès de ce même étudiant et ou auprès du directeur de mémoire.
Ces données qui me concernent resteront **strictement confidentielles**. Je n'autorise leur accès, y compris la consultation de mon dossier médical, que par :

La personne qui collabore à l'étude en tant que directeur de mémoire Camille ACACIO et éventuellement par le représentant médicale du Comité Scientifique du CSO Paris.
Je pourrai, à tout moment, demander toute information complémentaire à l'étudiant(e) et/ou au directeur de mémoire :
• Nom de l'étudiant(e) : Rousseau Carla
Courriel : carla.rousseau360@gmail.com
Et Téléphone : 07.81.53.74.07
• Nom du directeur de mémoire : Camille ACACIO
Courriel : camille.acacio@hotmail.fr

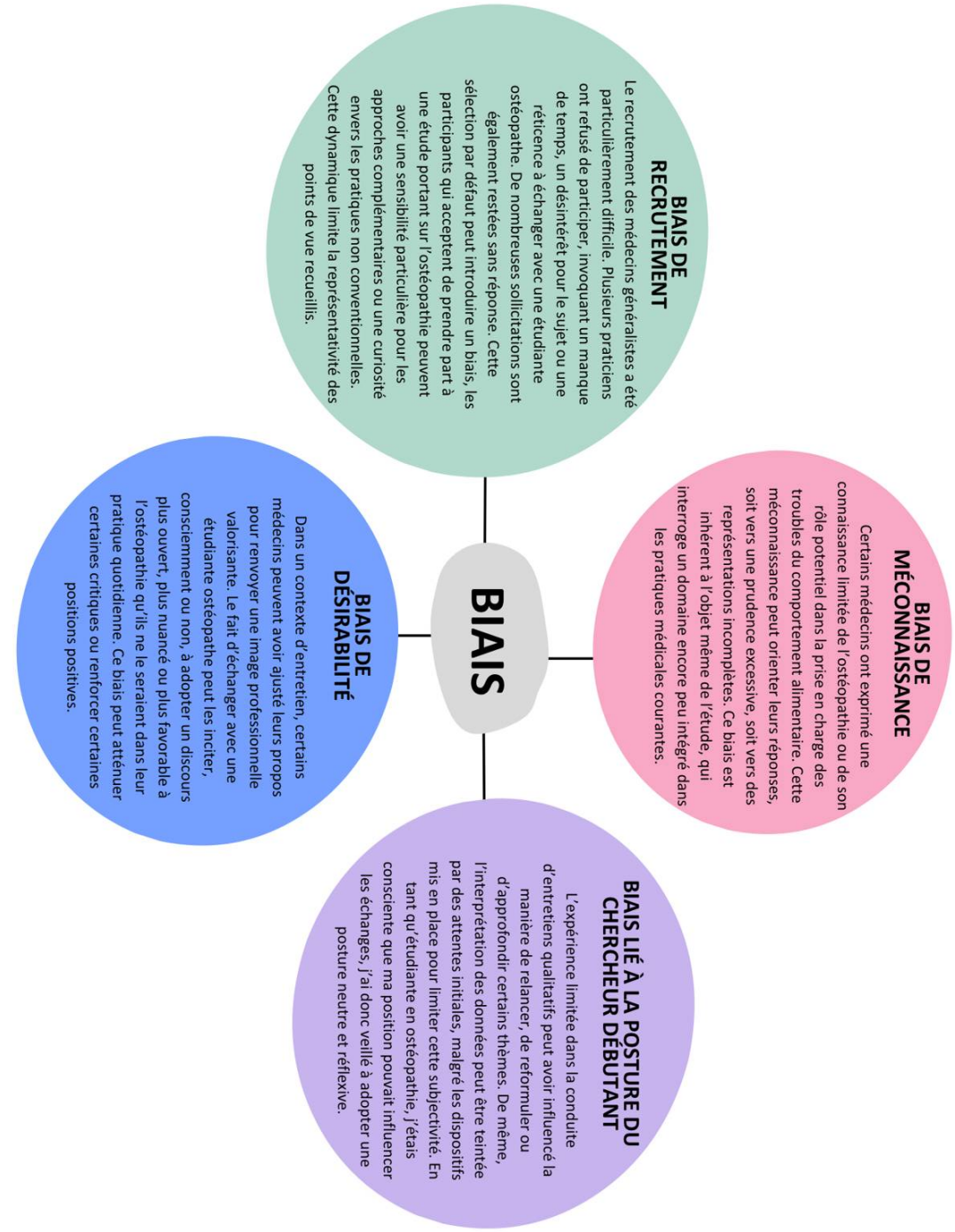
Cadre réservé à l'étudiant(e) - Signature de ce dernier précédée de la mention « lu et approuvé »

Cadre réservé au participant - Signature du patient précédée de la mention « lu et approuvé »

Annexe V : Forces de l'étude version détaillée



Annexe VI : Figure différents biais version détaillée



Annexe VII : Retranscription des entretiens

Entretien 1 :

CR : Bonjour Docteur ** euh, merci beaucoup de prendre le temps pour cet entretien. Alors ... pour commencer, pourriez-vous vous présenter un peu ? votre parcours, votre lieu d'exercice, tout ça...

E1 : Bonjour Carla, alors euh je suis le Docteur **, médecin généraliste. J'exerce en cabinet libéral, près de Lyon. C'est un cabinet de groupe avec deux autres médecins ... voila ... Je suis installé ici depuis un peu plus de dix ans et j'en ai quarante-cinq d'ailleurs. Euh je ne sais pas quoi dire de plus ahah

CR : c'est très bien ahah, merci. Et, hmm, du coup avez-vous déjà eu des patients atteint de troubles du comportement alimentaire ? et depuis combien de temps les accompagnez-vous ?

E1 : eh bien... oui... depuis... euh... je dirais environ huit à neuf ans. Au début, c'était plutôt rare, surtout des ados orientés par les parents, ou parfois par le collège, mais avec le temps, ça à un peu augmenté, surtout chez les jeunes adultes.

CR : hmm, ok je vois... et parmi tous vos patients, vous diriez que ... c'est une part importante ?

E1 : Euh... Non, pas vraiment, ça reste minoritaire... peut-être cinq pourcents de ma patientèle. Mais chez les adolescents et jeunes adultes, euh c'est un peu plus fréquent. Enfin ... c'est une estimation quoi... parce que certains cas peuvent passer un peu sous le radar parfois. Je ne sais pas trop

CR : D'accord... et euh comment définirez-vous votre rôle dans le suivi de ces patients ?

E1 : Alors... je dirais que c'est surtout... être un point de repère, détecter les signes si besoin, rassurer le patient, orienter vers les bons professionnels. Je fais aussi le suivi médical en général.

CR : ok, je comprends... et du coup vous travaillez avec quels autres professionnels dans ces cas-là ?

E1 : souvent avec des psychologues, des nutritionnistes aussi si besoin, et euh... parfois des psychiatres

CR : ok, et jamais des ostéopathes ?

E1 : hmm... c'est arrivé que mes patients en consulte, mais souvent c'est leur initiative

CR : très bien, et comment définiriez-vous les troubles du comportement alimentaire avec vos propres mots ?

E1 : euh, pour moi c'est des troubles où l'alimentation n'est plus juste une question de faim ou de plaisir, mais une problématique. Ça devient obsessionnelle... avec du coup un impact sur la santé du patient et sur sa vie quotidienne... En vrai c'est pas que physique, comme certains peuvent penser, c'est aussi vachement psychologique

CR : parfait, et vous avez rencontré quel type de trouble le plus fréquemment ?

E1 : je rencontre surtout des anorexies et des boulimies, mais ça m'est déjà arrivé d'avoir des hyperphagies... vous savez c'est... un peu comme la boulimie mais sans vomir après

CR : oui, je connais ça... fin pas personnellement mais... disons que j'ai étudié cela.

E1 : ahahah, c'est vrai oui, je m'en doute

CR : eheh, et justement, quels impacts observez-vous le plus souvent chez vos patients ?

E1 : quels impacts, c'est-à-dire ?

CR : euh que ça soit psychologiquement ou physiquement, qu'est-ce que les troubles engendrent en général ?

E1 : ah ! et bien... sur le plan psychologique, il y a beaucoup d'anxiété lié à cela, euh parfois des dépressions ou de la culpabilité, surtout vis-à-vis des proches. Et sur le plan physique... euh je dirai... de la fatigue, de l'épuisement, des changements de poids assez radical... euh voilà, après ce dont on ne parle pas assez c'est l'isolement aussi et les difficultés que cela peut entrainer

CR : oui c'est vrai que c'est pas évident, puis parfois c'est compliqué d'en parler

E1 : totalement, surtout à l'école

CR : d'ailleurs en parlant de ça, pour vous, quelles idées reçues ou représentations sociales vous semblent encore les plus répandues sur les troubles du comportement alimentaire ?

E1 : il y a beaucoup de clichés et c'est un problème, c'est pour ça que c'est compliqué pour les ados d'en parler.

CR : c'est vrai que malheureusement ça n'aide pas. Et c'est quoi plus précisément ces clichés ?

E1 : des jeunes filles superficielles qui font des régimes pour être comme les mannequins sur les réseaux... après je parle de ça mais il y a aussi beaucoup de cas où ce n'est pas volontaire et c'est de l'anxiété refoulé.

CR : c'est très fréquent ça aussi effectivement. Et côté complications médicales ou somatiques ? il y en a qui reviennent souvent ?

E1 : pff bah le plus fréquent ça sera quand même les troubles digestifs ou les carences du coup. Après ça arrive d'avoir aussi des troubles hormonaux... et cardiovasculaire

CR : hmm... ok et selon vous... est -ce que certains besoins restent insuffisamment prise en charge ?

E1 : ah oui ! le suivi psychologique est pas toujours assez bien pris en charge et parfois le suivi tout court n'est pas bon. Ce sont des patients qui ont besoin d'un soutien continu et c'est trop souvent oublié

CR : D'accord... hmm et selon l'âge, le sexe ... ou le stade du trouble, est-ce que vous percevez des besoins différents ?

E1 : Oui. Les adolescents ont besoin de soutien familial, alors que les adultes peuvent être plus responsable et donc plus isolés. Après chez les garçons c'est moins reconnu, donc le suivi peut être plus tardif. Et évidement selon le stade du trouble, euh les besoins sont forcément plus ou moins important.

CR : Ok... si maintenant on parle du parcours de soins, comment diriez que se passe les échanges entre les différents professionnels dans le suivi de ces patients ?

E1 : Alors… euh… c'est assez variable, honnêtement. Quand il y a un vrai réseau en place, avec un psychologue, un diététicien, parfois un psychiatre, les échanges peuvent bien se passer… mais ça reste assez informel.
Disons que souvent, ça passe par des comptes rendus, des courriers, ou parfois juste par le patient lui-même, hein.
Donc… les échanges existent, oui, mais ils sont souvent irréguliers, euh... voila
Après... quand la communication fonctionne, c'est clairement bénéfique pour le patient.

CR : et justement quels sont les points positifs que vous observez dans cette collaboration ?

E1 : Eh bien… déjà, le principal point positif, c'est que le patient ne se sent pas seul. Quand il voit que les professionnels se parlent, qu'il y a une cohérence dans les messages, ça le rassure beaucoup, fin si on dit A à un patient et qu'un autre professionnel dis Z ça complique les choses.
Après, ça permet aussi d'avoir une vision plus globale du patient. Moi, je vais surtout voir l'aspect médical, le psychologue va travailler sur le vécu, le rapport à

l'alimentation, le diététicien sur les habitudes alimentaires… et quand on met tout ça ensemble, euh… on comprend mieux le patient.

CR : Parfait, et du coup quelles peuvent être les difficultés ?

E1 : Alors… euh…, il y en a, clairement. Déjà, le premier truc, c'est le temps. On en manque tous. Entre les consultations, l'administratif, tout ça… ben prendre le temps d'échanger avec les autres professionnels, ça peut être compliqué.
Après… il y a aussi le fait que chacun travaille un peu dans son coin. Il n'y a pas vraiment de cadre commun, pas de protocole partagé, donc parfois on ne sait pas trop ce que fait l'autre avec le patient. On avance un peu à l'aveugle, quoi.
Mais il y a aussi le patient au milieu de tout ça. Parfois c'est lui qui fait le lien, qui transmet les infos… mais c'est pas idéal, parce que ça peut être incomplet ou déformé. Donc oui, la collaboration est importante, mais en pratique, elle est souvent un peu bancale.

CR : Très bien, et selon vous, quelles améliorations seraient nécessaires pour rendre la prise en charge plus complète ou plus efficace ?

E1 : Déjà… ce qui aiderait vraiment, ce serait de mieux se connaître entre professionnels. Quand on sait à qui on envoie le patient, comment la personne travaille, on se sent plus à l'aise pour échanger. Après, sans parler de trucs hyper formels, avoir un minimum de cadre commun, ça serait bien. Juste des repères, quoi, pour éviter que chacun fasse dans son coin sans trop savoir ce qui se passe à côté. Et puis… ouais, je pense qu'une formation commune sur les TCA aiderait pas mal. Ça permettrait d'être plus à l'aise, de repérer plus tôt et de mieux travailler ensemble.

CR : C'est vrai que ça serait pratique ! Si vous pouviez imaginer un parcours de soins idéal pour un patient atteint de TCA, à quoi ressemblerait-il ?

E1 : Hmm… idéalement, le parcours commencerait par un repérage rapide dès les premiers signes. Ensuite, un suivi pluridisciplinaire ... médecin, psy, diététicien… et selon le besoin, kiné ou ostéopathe, ou autre.
L'important, c'est que tous communiquent et que le patient sente que tout est coordonné. Je pense qu'il n'y a pas de parcours de soins idéal... faut juste qu'il soit adapté au patient.

CR : Parfait merci. Passons à l'ostéopathie... qu'est-ce que cela vous évoque ?

E1 : Euh… je vois ça comme une approche manuelle, visant à rétablir un équilibre du corps… de la mobilité. Un complément, pas de première intention.

CR : et vous pensez que les patients connaissent bien l'ostéopathie ?

E1 : euh... Je sais pas, ils ont peut-être une idée un peu floue.

CR : Oui… hmm… et dans quels cas selon vous un patient consulte un ostéopathe ?

E1 : Pour des douleurs musculo-squelettiques, parfois pour le stress ou des troubles digestifs.

CR : Quels sont, d'après vous, les bénéfices possibles de l'ostéopathie ?

E1 : Alors… je dirais que ça peut aider à relâcher les tensions, surtout quand le patient est stressé ou anxieux. Après, ça peut aussi soulager des douleurs musculaires ou digestives liées aux troubles alimentaires.
Et puis… je pense que ça peut avoir un effet sur le bien-être général, aider le patient à reprendre un peu contact avec son corps, ce qui n'est pas négligeable dans les TCA.

CR : Effectivement, et quels freins identifiez-vous dans l'intégration de l'ostéopathie dans un parcours de soins, fin pourquoi l'ostéopathie n'est pas à cent pourcent intégré ?

E1 : euh… je dirais surtout le manque de preuves scientifiques... et... il y a aussi des questions d'organisation et de coordination entre professionnels. Puis en fonction des croyances de chacun c'est plus ou moins facile... d'où le fait que des preuves mettrait tout le monde d'accord ahah

CR : Ahah... ça serait plus simple c'est clair ! Et comment percevez-vous le toucher thérapeutique dans le contexte de patients atteints de TCA, parfois marqués par un rapport complexe au corps ou des traumatismes ?

E1 : Hmm… oui, c'est délicat. Pour certains patients, le contact physique peut être apaisant, aider à se reconnecter avec leur corps. Mais pour d'autres… surtout ceux qui ont un rapport compliqué au corps ou des traumatismes, ça peut être inconfortable, voir déclencher des réactions négatives.... Hum
Donc... à mon avis, ça dépend vraiment du patient, et il faut que l'ostéopathe soit très sensible et à l'écoute avant de travailler sur le toucher.

CR : C'est vrai que c'est un sujet sur lequel il faut être à l'aise aussi. Du coup vous m'aviez dit que vous avez déjà eu des patients TCA qui consultaient un ostéopathe en parallèle de leur suivi médical, c'est bien ça ?

E1 : Oui, quelques-uns.

CR : et quelles en était les retours ?

E1 : euh... c'était varié, je me souviens pas forcément désolé...

CR : Pas de soucis ahah... Et avez-vous déjà collaboré directement avec un ostéopathe pour un patient atteint de TCA ?

E1 : Non, jamais directement. C'est plutôt à l'initiative du patient a vrai dire.

CR : Ok, et justement... pour vous qu'est-ce que l'ostéopathie pourrait-elle apporter dans la prise en charge des patients atteint de TCA ?

E1 : elle pourrait apporter... euh comme à tous les patients, du bien-être, du soulagement, de l'écoute, que parfois, malheureusement on ne prend pas le temps d'avoir. Hum... un soulagement digestif sans médicament peut rassurer et faire beaucoup de bien au patient aussi

CR : Donc pour vous, quelles seraient vos attentes concrètes vis-à-vis d'un ostéopathe prenant en charge des patients TCA ?

E1 : Pour moi, l'important, ce serait surtout qu'il ait une bonne connaissance des TCA. Qu'il sache repérer quand ça ne va pas et réorienter si besoin.
J'attendrais aussi beaucoup de prudence dans la pratique, un toucher adapté, et une vraie capacité d'adaptation au patient.

CR : Ok donc ça serait vraiment ces qualités que vous attendriez ?

E1 : oui voilà

CR : Selon vous, quelles compétences ou connaissances supplémentaires un ostéopathe devrait-il avoir pour travailler avec des patients TCA ?

E1 : Je ne sais pas s'il y a des formations sur le sujet en ostéopathie mais soit qu'il soit formé à cette patientèle soit qu'il ait fait des recherches sur le sujet pour être sûr qu'il ne passe à côté de rien.

CR : Oui, c'est compréhensible ahah. Et quelles conditions vous sembleraient indispensables pour que cette collaboration soit sécurisante ?

E1 : Qu'il y ait eu des discussions avant la prise en charge et qu'on soit tout le temps en contact, comme ça on sait ce qu'il se passe. Euh voilà... fin sans être sur le dos de l'ostéopathe bien sur

CR : Et quels risques ou limites identifiez-vous si l'ostéopathie était intégrée sans cadre précis dans un suivi TCA ?

E1 : Les risques ça serait plus, hum, en fonction du patient, s'il est mal à l'aise ou qu'il n'aime pas le toucher, il faudrait que ça le braque quoi... et les limites ça serait chez un patient trop touché, voir hospitalisé, je ne suis pas sûr que ça serait le bon moment... voila

CR : Très bien, et selon vous, quels indicateurs ou critères permettraient d'évaluer l'efficacité ou la pertinence de l'ostéopathie dans ce contexte ?

E1 : Euh... honnêtement... à part le retour des patients j'en ai aucune idée ahah

CR : C'est déjà très bien ahah, et du coup pensez-vous que l'ostéopathie pourrait contribuer à une approche plus globale et complémentaire des TCA ?

E1 : oui... oui carrément ! Ce n'est pas le cœur de la prise en charge, mais pour travailler le corps, le ressenti, le stress… ça peut compléter le reste, si tout est bien coordonné.

CR : Hmm… et selon vous, quels patients pourraient le plus en bénéficier ?

E1 : Euh... Ceux avec tensions corporelles, troubles digestifs ou stress marqué, surtout en phase de stabilisation.

CR : Et dans quelles situations serait-ce risqué ?

E1 : Je pense... surtout dans les phases aiguë d'anorexie sévère, si l'état nutritionnel est fragile, surtout si l'ostéopathe n'est pas formé.

CR : Ok très bien, et quelle place idéale donneriez-vous à l'ostéopathie dans le parcours de soins ?

E1 : je dirai en complément, intégrée dans un suivi pluridisciplinaire. Bien sûr en accord avec le médecin généraliste ahah

CR : Bien sur ahah. Quels dispositifs seraient nécessaires pour encadrer cette intégration ?

E1 : Je ne m'y connais pas assez mais il faudrait des protocoles clairs, une formation spécifique sur les TCA, et... pourquoi pas plus de recherches cliniques pour preuves d'efficacité et sécurité.

CR : Très bien, et si vous deviez formuler une recommandation pour améliorer la collaboration entre ostéopathes et autres professionnels de santé, laquelle serait-elle ?

E1 : Comme pour tout, favoriser des échanges réguliers d'informations, ... établir une relation de confiance.

CR : Enfin… si vous deviez donner un avis sur cet entretien, que diriez-vous ?

E1 : Eh bien… je dirais que c'était assez clair, les questions étaient pertinentes, ouvertes, et j'ai pu m'exprimer librement. J'ai apprécié les relances et le fait que vous laissiez du temps pour réfléchir.

CR : parfait merci beaucoup pour votre temps et vos réponses !

Entretien 2 :

CR : Bonjour, merci beaucoup de me consacrer du temps pour cet entretien. Alors du coup, est-ce que pour commencer, vous pouvez vous présenter un peu, parcours, lieu d'exercice, tout ça ?

E2 : Oui, bonjour. Alors du coup, Je suis médecin généraliste avec une orientation quand même assez marquée en santé mentale et je travaille en cabinet de ville, voilà.

CR : Ok, et depuis combien de temps exercez-vous ?

E2 : J'exerce depuis... un peu plus de quinze ans maintenant. Ça rajeunit pas, haha.

CR : Ahah, et du coup, depuis combien de temps accompagnez-vous des patients atteints du trouble du comportement alimentaire ?

E2 : Je dirais que j'ai commencé à en suivre assez tôt..., mais de façon plus régulière mmmh, depuis sept, huit ans à peu près.

CR : Et c'est à peu près combien au niveau proportion de vos patients qui sont concernés par justement ces troubles ?

E2 : En proportion, euh c'est pas la majorité de ma patientèle, mais c'est loin d'être rare. Peut-être dix à quinze pourcents de mes jeunes patients, surtout des ados et des jeunes adultes.

CR : Ok, et comment vous définirez votre rôle au sein du parcours de soins de ces patients ?

E2 : Mmm je le vois vraiment comme un repérage. Après, je fais le suivi et aussi je peux... servir à contenir un peu l'angoisse, rassurer, surveiller, faire le poids, les bilans, enfin tout ça un peu global.

CR : Ok, très bien. Et vous travaillez avec d'autres professionnels de santé ou pas ? Et si oui, du coup, lesquels ?

E2 : Oui, oui, je travaille beaucoup avec d'autres professionnels, donc que ce soit des psychiatres, psychologues, diététiciens..., parfois des infirmiers. Quand ça se complique vraiment, c'est surtout le service hospitalier qui... qui va prendre en charge.

CR : Ok, si on parle des TCA maintenant, comment vous définirez avec vos mots et vos connaissances les TCA pour vous ?

E2 : Alors les TCA pour moi, c’est... c'est pas juste un problème d'alimentation, c'est vraiment une maladie psychologique qui passe par le corps et la nourriture, avec des enjeux de contrôle, d’estime de soi, voilà, je dirais ça.

CR : Très bien et quel type de TCA vous rencontrez le plus fréquemment dans votre pratique ?

E2 : Ah bah c'est clairement l'anorexie restrictive et les formes mixtes avec des phases un peu boulimiques. Après, l'hyperphagie j'en vois aussi, mais souvent c'est plus tardif, donc plus chez les adultes.

CR : D’accord. Et quel impact observez-vous le plus souvent chez vos patients, que ce soit psychologique, physique, social, professionnel, familial, peu importe ?

E2 : Ils sont globaux, psychologiques, évidemment, il y a de l'anxiété, de la dépression, tout ça. Euh Après, il y a aussi beaucoup de fatigue, des troubles digestifs, de l’aménorrhée, ça arrive aussi parfois.
Socialement, je dirais plus de l'isolement, après oui, ça peut amener des conflits familiaux, ça dépend si la famille comprend ou ne comprend pas. Après, ça peut aussi amener du décrochage scolaire euh, mais je dirais plus quand même de l'isolement que le reste.

CR : Et justement, quelles idées reçues ou représentations sociales vous semblent encore les plus répandues sur les TCA ?

E2 : Je dirais « que c'est un caprice », « qu'il suffit de remanger », ou que ça touche surtout les adolescentes... de milieux favorisés, alors qu'en vrai, pas forcément. Les gens n'y réfléchissent pas spécialement... avant d’émettre un avis.

CR : Ouais, souvent, l'humain juge sans savoir. Et quelles complications médicales ou somatiques vous voyez le plus souvent associées aux TCA ?

E2 : J'en vois beaucoup, surtout des troubles digestifs, des constipations sévères, des reflux, forcément des troubles hormonaux avec des problèmes de règles. Après, il y a parfois aussi des problèmes de tension. Enfin, ça dépend, c'est un peu de tout.

CR : Mmm et selon vous, est-ce qu'il y a des besoins fondamentaux de ces patients qui restent encore insuffisamment pris en charge ? Et si oui, du coup, lesquels ?

E2 : Oui, clairement le temps ! Le temps d'écoute, l'accompagnement autour du rapport au corps, c'est souvent un peu laissé de côté au profit du poids et des chiffres.

CR : Très bien. Et quelles différences percevez-vous dans les besoins des patients selon, je ne sais pas, peut-être leur âge, leur sexe, le stade de trouble ?

E2 : Oui, selon l'âge ou le stade, ça change. Chez les ados, la famille est centrale, alors que chez les adultes, il y a plus souvent de la chronicité, de honte ou de l'isolement. Après, chez les garçons, c'est aussi moins courant, que chez les filles, donc c'est peut-être moins normal. Du coup, ça amène aussi peut-être plus d'isolement.

CR : OK, du coup, tout à l'heure, vous m'avez dit de travailler avec des professionnels de santé. Comment se passent les échanges entre ces différents professionnels ?

E2 : Les échanges, honnêtement, ça dépend. Quand on se connaît, c'est assez fluide, sinon c'est un peu cloisonné, un peu chacun dans son coin. Pas forcément tout le temps des échanges.

CR : Ok, je vois. Et quels sont les points positifs que vous observez dans cette collaboration ?

E2 : Euh c'est quand on a une vision commune du patient, que tout le monde se sent mieux et plus à l'aise, même le patient peut s'en rendre compte.

CR : Et quels sont, au contraire, les limites ou les difficultés de cette collaboration ?

E2 : C'est clairement le manque de temps, peu de réunions, peu de coordination, parfois des approches qui s'opposent. Si on ne communique pas forcément bien, malheureusement, ça peut avoir beaucoup d'incidence sur les patients.

CR : Ok, du coup, selon vous, quelles améliorations seraient nécessaires pour rendre la prise en charge plus complète ou plus efficace ?

E2 : Justement, plus de coordination formalisée ou alors mieux structurée. Peut-être un réseau concernant les TCA, je sais pas trop, mais que ce soit plus global.

CR : Et si vous pouvez imaginer un parcours de soins idéal pour un patient atteint de TCA, à quoi ressemblerait-il ?

E2 : Le parcours idéal ? euh, ça serait un truc très coordonné, avec un référent clair, un accès rapide au psy, un suivi somatique régulier, et ne pas attendre que ça devienne grave pour agir et que tout le monde se sente concerné et... et communique bien entre les uns et les autres.

CR : Ok, très bien, merci beaucoup. Si maintenant on passe un peu plus à l'ostéopathie, qu'est-ce que ça évoque pour vous ?

E2 : Ça m'évoque une approche manuelle, centrée sur le corps, les tensions, la mobilité, voilà.

CR : Et selon vous, quelle place occupe l'ostéopathie dans le système de soins actuels ?

E2 : C'est un peu à côté du système conventionnel mais très utilisé par les patients.

CR : Et vous pensez du coup justement que les patients connaissent bien l'ostéopathie ?

E2 : De façon variable, oui. Certains patients connaissent, d'autres non, après c'est de plus en plus connu, donc je dirais que oui, ils connaissent plutôt bien.

CR : Et dans quel cas, pour quels symptômes pensez-vous qu'un patient peut consulter un ostéopathe ?

E2 : Souvent pour des douleurs de dos, des douleurs peut-être un peu moins connues, douleurs articulaires, pour des troubles digestifs je pense que ça peut être utile.

CR : Ok, du coup, selon vous, quels peuvent être les bénéfices de l'ostéopathie ?

E2 : Surtout de la détente, après, diminution de certaines douleurs, ça peut avoir peut-être un effet sur le stress, sur la mobilité globale

CR : Au contraire, quels freins... identifiez-vous dans l'intégration de l'ostéopathie dans un parcours de soins ?

E2 : Peut-être le manque de preuves scientifiques solides dans certains domaines, ou le manque de liens formels avec le reste de l'équipe ?

CR : Ok, et comment vous percevez euh le toucher thérapeutique dans le contexte des patients justement atteints de TCA, qui peuvent parfois être marqués par un rapport complexe au corps, ou à des traumatismes ?

E2 : C'est assez délicat, ça peut être très aidant, mais ça peut être aussi très insécurisant si c'est mal amené, surtout en cas de traumatisme. Je pense que c'est vraiment à adapter en fonction du patient et de comment il se sent.

CR : Très bien, et du coup, vous, vous avez déjà eu des patients atteints de TCA qui consultaient un ostéopathe en parallèle de leur suivi médical, ou pas ?

E2 : Oui, oui oui c'est déjà arrivé.

CR : Et quels en étaient les retours ? Que concernaient-ils ?

E2 : Les retours ils sont plus souvent positifs, et ça concernait surtout de la détente, parfois du sommeil. Et après, les douleurs plus abdominales, ils disaient que oui, ça les aidait un peu à se relâcher.

CR : Ok, du coup, vous avez déjà collaboré directement avec un ostéopathe dans le passé ? Et si oui, comment ça s'est passé ? Et sinon, pourquoi ?

E2 : Collaboration directe, très peu. Avant, je ne savais pas vraiment que ça pouvait être utile pour un patient atteint de TCA, mais je serai sûrement plus amenée à le faire plus le temps avance.

CR : Tout à l'heure, je vous ai demandé les bénéfices possibles de l'ostéopathie, mais du coup, là, si on se réfère plus vraiment au TCA, pour vous, quels pourraient être les bénéfices potentiels de l'ostéopathie sur la prise en charge des patients atteints de TCA ?

E2 : Euh... je pense que potentiellement, ça peut être sur le stress, les troubles digestifs, les douleurs par rapport au corps. En vrai, un peu comme les patients qui n'ont pas TCA, juste forcément, ça sera peut-être plus axé sur le digestif ou sur le stress.

CR : Ok, et quelles seraient, vous, vos attentes concrètes vis-à-vis d'un ostéopathe qui prend justement en charge des patients atteints de TCA ?

E2 : J'attendrai beaucoup d'écoute, de la prudence, des connaissances des TCA, bien évidemment, et après, surtout, savoir repérer les signes d'alerte médicaux.

CR : Ok, et selon vous, quelles compétences ou connaissances supplémentaires un ostéopathe devrait-il avoir pour travailler avec des patients atteints de TCA ?

E2 : Peut-être des connaissances en psychotrauma ou au moins une grande sensibilité à ça. Ce serait un... un plus, je pense.

CR : Ok, très bien. Et quelles conditions vous sembleraient vraiment indispensables pour que cette collaboration soit sécurisante ?

E2 : Je pense surtout de la communication en fait avec le médecin généraliste et que l'ostéo respecte bien le cadre, qui respecte le sujet médical et qui donne bien toutes les informations au médecin généraliste. S'il repère quelque chose ou quoi, il le partage directement avec le médecin et pas forcément que via le patient, qui peut éventuellement le garder pour lui et ne rien dire.

CR : Ok, parfait, merci beaucoup. Et quel risque ou limite identifiez-vous si l'ostéopathie est vraiment intégrée sans cadre précis dans un suivi de TCA ?

E2 : Peut-être de banaliser la gravité ou de passer à côté de certaines complications ? Euh je... Ouais, si, ouais de passer à côté de quelque chose peut-être.

CR : Mmm et du coup, quel serait un indicateur ou un critère qui permettrait selon vous d'évaluer l'efficacité ou la pertinence de l'ostéopathie dans ce contexte ?

E2 : Soit l'amélioration des symptômes, soit déjà que ça n'impacte pas la prise en charge médicale, mais surtout que le patient se sente mieux et sente l'utilité de l'ostéopathie. Vraiment, le ressenti du patient serait primordial.

CR : Oui, on est bien d'accord. Et du coup, vous pensez que l'ostéopathie pourrait contribuer à une approche plus globale et complémentaire des troubles de comportement alimentaire ?

E2 : Oui, je pense que ça peut contribuer à une approche plus globale, juste qu'il faut que ce soit bien intégré.

CR : Ok, du coup, selon vous, quel patient pourrait le plus en bénéficier ?

E2 : Hmm, soit avec beaucoup de tensions corporelles, des douleurs, des troubles digestifs, mais qui sont déjà un peu stabilisés sur le plan somatique.

CR : D'accord. Et au contraire, quelle... situation vous semblerait inadaptée ou risquée pour une prise en charge ostéopathique ?

E2 : Alors la dénutrition sévère ou l'instabilité médicale, ou des patients vraiment très dissociés ou traumatisés, sans vraiment cadre sécure.

CR : Ok, parfait. Quelle place donneriez-vous à l'ostéopathie dans un parcours de soins comme celui-ci ?

E2 : Je dirais en complément. Pas forcément en première ligne, mais vraiment en complément des psys, du médecin généraliste, ça peut aider.

CR : Ok, et selon vous, du coup, quel dispositif serait nécessaire pour valider ou encadrer l'intégration de l'ostéopathie dans le suivi des TCA ?

E2 : Peut-être une formation. Ce serait intéressant, une formation que les médecins et les ostéos feraient en même temps, avec les psys aussi, enfin tous ceux qui veulent. Et comme ça, on aurait tous la même formation dessus. Après, peut-être un peu plus de recherche pour montrer que l'ostéopathie et les TCA, ça peut être prouvé.

CR : Ok. Et si, du coup, vous deviez formuler une recommandation pour améliorer la collaboration entre ostéopathes et autres professionnels de santé, ce serait laquelle ?

E2 : Bah plus créer du lien direct... Ouais, juste créer du lien. Que ce soit un mail, un message, un coup de téléphone, peu importe, mais créer un lien.

Entretien 3 :

CR : Bonjour, est-ce que vous pouvez vous présenter, donc la profession, lieu, le type d'exercice, enfin tout ça ?

E3 : Oui, alors bonjour, moi je suis médecin généraliste en cabinet de ville, je fais de la médecine vraiment classique, avec beaucoup de suivi au long cours.

CR : Et depuis combien de temps exercez-vous ?

E3 : J'exerce depuis... neuf ans, je dirais.

CR : Ok, et depuis combien de temps, du coup, vous accompagnez des patients atteints de troubles du comportement alimentaire ?

E3 : J'en vois surtout depuis quatre, cinq ans, j'ai l'impression que ça augmente en ce moment, surtout chez les adolescents.

CR : Ça fait quelle proportion de vos patients qui sont concernés par les TCA ?

E3 : Peut-être un patient sur dix, chez les douze à vingt-cinq ans, du coup, surtout.

CR : Ok, très bien, et comment vous définirez votre rôle, vous, au sein du parcours de soins de ces patients ?

E3 : Mon rôle, je le vois surtout comme celui qui repère, qui alerte. Je suis souvent le premier à qui les parents parlent, ou le premier qui voit vraiment la perte de poids.

CR : Très bien, comment vous définirez les TCA avec vos mots ou vos connaissances ?

E3 : C'est un trouble psy qui s'exprime par le corps, par la nourriture, le poids. Mais bon, derrière, c'est vraiment de la souffrance, plus que juste un trouble.

CR : Ok, très bien, et quel type de TCA vous rencontrez le plus fréquemment dans votre pratique ?

E3 : Je vois surtout des anorexies débutantes, ou des conduites de restriction un peu masquées. Et pas mal d'hyperphagies aussi, peut-être plus chez les jeunes adultes que les adolescents.

CR : Ok, et quel impact vous observez le plus souvent chez vos patients, que ce soit psychologique, physique, peu importe ?

E3 : Surtout de la fatigue, des douleurs abdominales, de l'irritabilité, de la baisse des résultats scolaires quand il s'agit d'en avoir, des vertiges, un peu ce qui ressort.

CR : Ok, quelle idée reçue ou représentation sociale vous semblerez encore les plus répandues sur les TCA ?

E3 : Souvent c'est une question d'image ou de mode, ou alors que ça va passer avec l'âge, ou « c'est normal à cet âge-là », plutôt des trucs comme ça quoi.

CR : Ouais, je vois le genre. Et quelles complications médicales ou somatiques voyez-vous le plus souvent associées justement aux TCA ?

E3 : Je vois surtout de l'amaigrissement, de l'hypotension, des carences, ou des chutes de cheveux, tout ça quoi.

CR : Ok, selon vous y a-t-il des besoins fondamentaux qui restent encore insuffisamment pris en charge du coup ?

E3 : Oui, le soutien des familles, parfois ils ne se rendent pas forcément compte que c'est important alors que l'enfant a besoin de ça. Sinon, l'image du corps, en fait on est souvent débordé par l'urgence du poids, que du coup on ne voit pas forcément le problème plus profond qu'il peut y avoir derrière.

CR : Ok, et est-ce que vous voyez justement des besoins différents en fonction de l'âge, du sexe ou du stade du trouble ?

E3 : Oui, chez les ados souvent c'est très imbriqué avec la famille, chez les adultes il y a plus de chronicité, donc parfois ça remonte à il y a des années, mais juste c'était caché en silence. Après les hommes c'est plus compliqué que les femmes, donc ils ont plus besoin d'un suivi important je pense. Enfin techniquement tout le monde a besoin d'être suivi, mais je dirais ça.

CR : Ok, très bien. Et est-ce que vous travaillez du coup avec d'autres professionnels de santé pour le suivi de vos patients atteints de TCA ?

E3 : Oui, je travaille avec des psychologues, parfois des psychiatres, des diététiciens, ou alors le service hospitalier quand vraiment ça devient trop compliqué.

CR : Ok, et comment ça se passe du coup les échanges avec ces différents professionnels ?

E3 : Ils sont assez variables, quand on se connaît c'est simple, sinon chacun fait un peu dans son coin.

CR : Oui c'est souvent ce qu'on me dit, ahah. Et il y a quand même des points positifs, donc quels sont les points positifs de cette collaboration ?

E3 : C'est vraiment la complémentarité et que si on travaille tous ensemble, parfois ça peut aller plus vite aussi pour le patient.

CR : Et au contraire du coup, quelles peuvent être les limites ou les difficultés de cette collaboration ?

E3 : Surtout le manque de temps, ou alors les délais pour les rendez-vous psy. Nous on essaye de prendre les choses assez rapidement, surtout si c'est une urgence. Mais bon, si les psys ne sont pas disponibles, parfois ça peut être compliqué.

CR : Ok, très bien. Du coup, quelle amélioration serait nécessaire pour rendre la prise en charge plus complète ou plus efficace ?

E3 : Du coup, un accès plus rapide aux soins psy ahah, et sinon plus de communication, je dirais.

CR : Ok, du coup, si vous pouvez imaginer un parcours de soins idéal pour un patient atteint de TCA, à quoi ressemblerait-il ?

E3 : Le parcours idéal ? Il n'y a rarement jamais de parcours parfait, mais je dirais un repérage assez précoce, un psy rapidement, un suivi médical assez régulier, un vrai lien entre nous tous. Après, c'est surtout en fonction des patients, ils n'auront pas les mêmes besoins, donc pas forcément le même parcours de soins.

CR : Si maintenant on parle un peu plus de l'ostéopathie, qu'est-ce que ça évoque pour vous ?

E3 : L'ostéopathie, je l'associe à une approche par le corps, le toucher, les tensions. Vous travaillez seulement avec vos mains, quoi.

CR : Ok, et selon vous, ça occupe quelle place dans le système de soins actuel ?

E3 : C'est un peu à côté du parcours médical classique, mais les patients y vont beaucoup, donc ça a sa place en tant que soins secondaires.

CR : Ok, du coup, pour vous, les patients connaissent assez bien l'ostéopathie ?

E3 : Je ne sais pas, oui, je suppose. Oui, je suppose.

CR : Dans quel cas ou pour quels symptômes pensez-vous qu'un patient peut consulter un ostéopathe ?

E3 : Je pense surtout pour des douleurs de dos, d'articulation, de genoux, voilà.

CR : Ok, et du coup, d'après vous, quels peuvent être les bénéfices de l'ostéopathie ?

E3 : Mmmh, ça soulage ? De la détente ?...

CR : Ok, très bien. Et quel frein identifiez-vous à l'intégration de l'ostéopathie dans un parcours de soins ?

E3 : Peut-être du coup un manque de lien avec nous ou alors un manque de croyance, parce que pas tout le monde y croit forcément, donc ça peut rendre les communications ou l'intégration difficiles.

CR : Ok, et comment vous percevez le toucher thérapeutique dans le contexte justement de patients atteints de TCA qui peuvent parfois être marqués par un rapport complexe au corps ou des traumatismes ?

E3 : Ça peut être difficile à vivre, je pense. Je pense que ça demande beaucoup de douceur, de ne pas y aller trop direct et de bien voir avec le patient s'il n'y a pas de soucis de ce côté-là et sinon de travailler avec le patient. Donc ça peut être positif mais difficile, je dirais.

CR : Ok, du coup vous avez déjà eu des patients atteints de TCA qui consultèrent l'ostéopathe en parallèle de vous ou pas du tout ?

E3 : Oui, j'en ai eu plusieurs, plusieurs

CR : Et quel retour ont-ils fait et ça concernait quoi comme retour ?

E3 : Souvent c'était sur la détente, le stress ou du coup juste des douleurs abdominales qui effectivement étaient diminuées. Donc je pense que le retour était plutôt positif.
J'ai jamais eu de retour très très négatif sur l'ostéopathie en général.

CR : Ok, et du coup ça vous a amené à collaborer directement avec un ostéopathe ou pas du tout ?

E3 : Collaboration directe, non, quasiment jamais. J'avoue qu'on ne se connaît pas vraiment. Je ne connais pas d'ostéopathe, je n'en ai pas à proximité. Il faudrait que je le fasse parce que c'est vrai que j'ai quand même des retours positifs mais disons que ce n'est pas la chose à laquelle je pense en premier, mais il faudrait.

CR : Ok, et du coup tout à l'heure on parlait des bénéfices de l'ostéopathie mais si on se réfère plus aux TCA, quels peuvent être les bénéfices potentiels sur la prise en charge des TCA ?

E3 : Je pense que ça peut aider sur le stress, sur les douleurs du coup comme tout patient. Mais peut-être mieux aider à ressentir son corps et peut-être le voir différemment. Je pense que ça peut quand même aider.

CR : Ok, et pour vous, quelles seraient vos attentes concrètes vis-à-vis d'un ostéopathe qui prend en charge des TCA ?

E3 : J'attendrai qu'il soit à l'écoute, prudent, qu'il connaît bien sûr les TCA et surtout qu'il sache rassurer le patient et réadresser s'il y a vraiment besoin et que ce n'est plus dans ses compétences à lui.

CR : Ok, et quelles compétences ou connaissances supplémentaires un ostéopathe devrait-il avoir pour travailler avec des patients TCA ?

E3 : Je dirais de la douceur, du respect, des connaissances sur les TCA, peut-être avoir fait une formation ? Peut-être.

CR : Ok, du coup, si vous avez une condition qui serait vraiment indispensable pour que cette collaboration soit sécurisante, ce serait laquelle ?

E3 : De la communication. Franchement, de la communication à 200% et rester dans un rôle complémentaire, donc que l'ostéo ne prenne pas non plus la place du médecin et qu'il y ait toujours ce suivi médical qui reste important.

CR : Ok, et quel risque ou limite identifiez-vous si l'ostéopathie est intégrée sans cadre précis justement dans un suivi TCA ?

E3 : Passer à côté d'une aggravation, ne pas voir des signes d'alerte, ne pas voir la rechute si jamais il y en a, un peu passer à côté de quelque chose.

CR : Ok, et quel indicateur pour vous permettrait d'évaluer l'efficacité ou la pertinence de l'ostéopathie dans ce contexte ?

E3 : Tout simplement que le patient se sente mieux et qu'il sente que ça l'aide. L'avis du patient est le plus important.

CR : Très bien. Du coup, pensez-vous que l'ostéopathie pourrait contribuer à une approche plus globale et plus complémentaire des troubles du comportement alimentaire justement ?

E3 : Oui, ça peut totalement contribuer à une approche plus globale si tout est bien fait, bien sûr.

CR : Ok, du coup, selon vous, quels patients pourraient le plus en bénéficier ?

E3 : Ceux qui sont assez stressés, anxieux ou très tendus physiquement ?

CR : Et au contraire, quelle situation vous semblerait un peu inadaptée ou risquée pour une prise en charge ostéopathique ?

E3 : La dénutrition importante ou alors l'instabilité médicale, mais si la personne n'est pas stable ou pas suivie, je pense que c'est pas forcément la meilleure des choses d'aller voir un ostéopathe.

CR : Ok, du coup, quelle place donneriez-vous à l'ostéopathie dans un parcours de soins comme celui-ci ?

E3 : Bah vraiment en complément dans un réseau médical plutôt.

CR : Ok, et selon vous, quel dispositif serait nécessaire pour valider et encadrer l'intégration de l'ostéopathie dans le suivi des TCA justement ?

E3 : Je pense une formation, ça pourrait être pas mal. Sinon, surtout des recherches pour montrer que ça peut aider et que tout le monde ait un peu la même vision et que l'ostéopathe sache aussi comment aider et qu'est-ce qu'il faudrait suivre. Peut-être un protocole dans ce cas-là.

CR : Ok, très bien. Et si vous deviez formuler une recommandation pour améliorer la collaboration entre ostéopathes et autres professionnels de santé, ce serait laquelle ?

E3 : Bah franchement, créer des liens. Juste des liens et comme ça au moins ça sécurise vraiment les choses et ça permet d'avoir un suivi global.

Entretien 4 :

CR : Bonjour, merci beaucoup de me consacrer du temps du coup pour cet entretien. Alors pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter un peu, que ce soit par cours, lieu d'exercice, un peu tout ce que vous voulez dire.

E4 : Ok, oui, alors bonjour, moi je suis médecin généraliste, je suis en maison de santé pluriprofessionnelle dans une petite ville. On est plusieurs médecins, il y a aussi des infirmières, kinés, psychologues, enfin voilà, on bosse surtout en équipe.

CR : C'est trop cool. Et depuis combien de temps exercez-vous ?

E4 : J'exerce depuis six ans.

CR : Et ça fait combien de temps que vous accompagnez des patients atteints de troubles du comportement alimentaire ?

E4 : J'en vois depuis... Je sais pas, en soit depuis tout le temps, juste j'en vois de plus en plus, plus le temps avance quoi.

CR : Ok, et vous direz que c'est à peu près quelle proportion de vos patients qui sont concernés par ce trouble ?

E4 : Je dirais que ça représente peut-être dix pourcents de mes consultations, surtout chez les quinze à trente ans.

CR : Ok, et vous définirez comment votre rôle au sein du parcours de soins de ces patients-là justement ?

E4 : Bah je suis plus celui qui va suivre le patient dans la durée, dans le sens où je surveille un peu forcément le poids, mais je fais un peu le lien entre tout le monde.

CR : Ok, comment définiriez-vous les TCA avec vos mots, vos connaissances ?

E4 : Pour moi les TCA c'est des troubles complexes où l'alimentation devient une façon de gérer des émotions et le corps il devient un peu le terrain d'expression de certaines choses qui sont enfouies et qui ne veulent pas forcément ressortir.

CR : Ok, hyper intéressant. Et quel type de TCA vous rencontrez le plus fréquemment dans votre pratique ?

E4 : Je vois beaucoup de restrictions alimentaires, pas toujours une anorexie typique comme on connaît. Après il y a souvent aussi de l'hyperphagie qui est beaucoup trop souvent oubliée et donc forcément beaucoup de honte avec.

CR : Quel impact observez-vous le plus souvent chez vos patients ? Que ce soit psychologique, physique, sociaux, professionnels, enfin peu importe.

E4 : Beaucoup de fatigue, des malaises, un relâchement scolaire énorme et souvent c'est ça un peu le premier signe qu'il ne faut surtout pas mettre à l'écart. Après forcément il y a des troubles digestifs, des troubles hormonaux, des conflits familiaux parce que la famille ne comprend pas forcément l'enfant. En vrai ça va un peu dépendre de chaque patient mais en global voilà.

CR : Ok, et quelles complications médicales ou somatiques vous voyez le plus souvent associées au TCA ?

E4 : Bah du coup des vertiges, des douleurs abdominales ou des troubles du transit. Après si vraiment ça va loin bah du coup il y aura forcément des carences, de l'hypotension. En fait ça dépend de à quel stade on parle.

CR ; Ok, généralement quand vous prenez en charge des patients atteints de TCA, ça va souvent jusqu'à un stade élevé où vous arrivez entre guillemets à repérer assez rapidement et du coup prendre en charge assez rapidement.

E4 : Franchement ça dépend ça dépend tellement d'où vient le problème. Parfois c'est très très bien caché, on ne s'en rend compte qu'à la fin ou parfois juste on s'en rend compte dès le début mais c'est compliqué à régler. Vraiment c'est très aléatoire et très en fonction du patient.

CR : Et selon vous justement est-ce qu'il y a des besoins fondamentaux qui restent encore insuffisamment pris en charge ? Et du coup si oui lesquels ?

E4 Oui bah je dirais plus le travail sur le rapport au corps et à l'émotionnel. Enfin on parle souvent de poids, de chiffres mais au final c'est plus le psychologique qui vient à travailler là-dessus.

CR : Est-ce que vous percevez des différences dans les besoins des patients selon leur âge, leur sexe ou justement le stade ?

E4 : Oui forcément chez les ados déjà c'est beaucoup plus fréquent donc ils ont des besoins peut-être un peu plus importants mais chez les adultes d'un autre côté c'est moins fréquent, ils vont plus le cacher, ils vont se sentir plus responsables. Donc ils ont tout aussi des besoins, c'est juste des besoins des besoins différents mais en soi tout aussi importants. Et pareil en fait chez les femmes c'est plus fréquent que chez les hommes donc techniquement je dirais qu'il y a plus de besoins mais d'un autre côté il y a plus de besoins de soutien chez les hommes vu qu'ils s'en cachent plus. C'est un peu compliqué ahah.

CR : ahah et quelle idée reçue ou représentation sociale vous semble encore les plus répandue sur les TCA ?

E4 : Je dirais que les gens ils se disent que c'est une phase, que ça va passer, que si le poids est encore normal ou pas assez bas ou pas assez haut bah c'est pas grave alors qu'en soi ça peut déjà l'être.

CR : Du coup vous travaillez avec plusieurs professionnels de santé et lesquels collaborent le plus souvent dans le suivi de vos patients atteints de TCA ?

E4 : Bah ce sera surtout du coup des psychologues ou psychiatres, des diététiciens et sinon ouais parfois endocrinologues voilà enfin en global c'est ceux à qui je penserais en premier.

CR : Et comment ça se passe les échanges avec ces différents professionnels ?

E4 : Bah ils sont plus faciles quand on est en maison de santé forcément si on est sur place les uns les autres qu'on peut se parler directement. En vrai c'est assez pratique après par exemple endocrinologue si c'est en dehors bon ça devient un peu plus compliqué il y a forcément moins d'échanges mais j'avoue que ouais j'ai la chance d'avoir une psychologue dans ma maison de santé donc ça va.

CR : Oui tant mieux ! Et du coup quels sont les points positifs que vous observez dans cette collaboration ?

E4 : Bah du coup c'est facile et donc c'est bien parce qu'on arrive à mieux accompagner le patient s'il y a une bonne communication entre tous et puis on peut peut-être aussi mieux comprendre pourquoi le patient a ces troubles-là.

CR : Et au contraire quelles sont les limites ou difficultés de cette collaboration ?

E4 : Mmmh le manque de temps. Ouais parfois c'est compliqué d'avoir du temps mais bon encore je trouve que pour ma part ça va.

CR : Ok tant mieux ahah. Et du coup quelle amélioration selon vous pourrait être nécessaire pour rendre la prise en charge plus complète ou plus efficace qu'elle ne l'est déjà ?

E4 : Bah du coup je dirais plus de temps sinon je sais pas trop que... qu'on sache directement dès qu'il y a un trouble du comportement alimentaire ahah ce serait plus pratique mais bon ça c'est pas possible malheureusement.

CR : Ahah effectivement ça serait cool. Et du coup ce serait quoi votre parcours de soins idéal pour un patient atteint de TCA ? Il ressemblerait à quoi ?

E4 : Ce serait un suivi un peu de tout le monde pas d'attente pour avoir des rendez-vous que ce soit chez le psychologue, chez l'endocrinologue, enfin peu importe... Ouais pas d'attente qu'on puisse renvoyer le patient directement chez la psy par exemple et ouais que le patient se sente bien pris en charge et pas oublié.

CR : Ok si maintenant on passe un peu plus à l'ostéopathie qu'est-ce que ça évoque pour vous ?

E4 : Pour moi c'est une approche corporelle qui peut aider à relâcher les tensions surtout via le toucher du coup.

CR : Ok et selon vous quelle place occupe l'ostéopathie dans le système de soins actuels ?

E4 : Bah je pense que c'est vraiment très très utilisé de plus en plus mais du coup pas vraiment intégré encore je sais pas trop.

CR : Ok et pensez-vous que les patients connaissent bien l'ostéopathie ?

E4 : Oui oui en fait ça dépend un peu des patients mais je pense qu'ils connaissent, pas tout le monde en a recours parce que c'est cher et c'est pas forcément remboursé mais les patients connaissent, du moins je pense.

CR : Ok et dans quel cas ou pour quels symptômes pensez-vous qu'un patient peut consulter un ostéopathe ?

E4 : Souvent ils y vont parce qu'ils ont mal au dos ou alors ils ont des douleurs articulaires, ils ont mal aux genoux, ils ont une entorse, un peu ce genre de choses.

CR : Ok très bien et quels sont d'après vous du coup les bénéfices possibles de l'ostéopathie ?

E4 : Je pense que les bénéfices ça peut être de la détente, du coup diminution des douleurs, d'être soulagé voire de plus avoir mal du tout parfois. Ouais voilà. Pas forcément de guérir mais de soulager. Ouais soulager.

CR : Et quel frein identifiez-vous dans l'intégration de l'ostéopathie dans un parcours de soins ?

E4 : Le manque de communication avec nous peut-être ou alors peut-être qu'en fait ce soit reconnu et qu'on puisse vraiment le conseiller à tous les patients même ceux qui n'ont pas forcément les moyens.

CR : Ok intéressant. Et comment vous percevez le toucher thérapeutique dans le contexte de patients justement atteints de TCA qui peuvent parfois être marqués par un rapport complexe au corps ou à des traumatismes ?

E4 : Moi je pense que ça peut être bien si c'est bien amené parce que forcément il y a des patients qui ne sont pas prêts. Il faut respecter les limites du patient et s'il se sent pas prêt ou que c'est trop tôt, il ne faut pas le brusquer. Mais pour autant je pense que ça peut l'aider à reprendre un peu conscience de son corps.

CR : Ok très bien. Et du coup vous avez déjà eu des patients atteints de TCA qui consultent un ostéopathe en parallèle ou pas du tout ?

E4 : Oui oui j'en ai plusieurs qui consultent un ostéopathe. Il y en a qui ont consulté avant et du coup forcément ils ont plus de facilité à y aller aussi pendant tout simplement.

CR : Et est-ce que vous avez déjà eu des retours sur quoi ils étaient ? Est-ce qu'ils étaient positifs, négatifs ? Que concerne-t-il ?

E4 : Les retours, oui souvent ils étaient positifs mais en soit comme pour n'importe quel problème, ça aide à détendre, ça soulage des douleurs. C'est un temps pour soi aussi, l'ostéopathie mine de rien c'est vraiment un temps pour le patient où il va se concentrer sur lui-même et et pouvoir vraiment pendant toute la séance penser à lui et au fait de se détendre. Voilà.

CR : Ok et du coup vous avez déjà collaboré directement avec un ostéopathe pour un patient atteint de TCA ? Si oui, comment ça s'est passé ? Si non, pourquoi ?

E4 : C'est assez rare, il me semble avoir déjà fait peut-être une ou deux fois. C'est possible et ça s'est toujours bien passé mais c'est vrai que c'est pas le réflexe que j'ai à chaque fois et puis j'ai pas forcément envie de brusquer le patient. J'estime que s'il en a besoin, il le pensera de lui-même. Après les fois où je l'ai fait, je me souviens plus exactement pourquoi mais je me suis dit que c'était une bonne idée et au final je regrette absolument pas.

CR : Pour vous, quel bénéfice potentiel de l'ostéopathie pourrait-elle apporter dans la prise en charge des TCA ?

E4 : Ça pourrait être sur le stress, sur les tensions, les douleurs digestives du coup je pense et forcément un peu le rapport au corps.

CR : Ok et quelles seraient vos attentes concrètes vis-à-vis d'un ostéopathe prenant en charge des patients atteints de TCA ?

E4 : J'attends qu'il connaisse un minimum le sujet, qu'il soit très à l'écoute et vigilant en fonction du stade et de si le patient est à l'aise ou pas.

CR : Ok et selon vous quelles compétences ou connaissances supplémentaires un ostéopathe devrait-il avoir pour travailler avec ce genre de patients ?

E4 : Beaucoup de respect et de la capacité à s'adapter surtout parce que bon c'est pas un sujet non plus très très simple.

CR : Ok quelles conditions vous sembleraient indispensables pour que cette collaboration soit sécurisante ?

E4 : Beaucoup de communication notamment du coup avec peut-être les médecins. Après je sais pas si je suis objective. Sinon un cadre assez clair et qui connaisse très bien son sujet.

CR : Ok très bien et quels risques ou limites identifiez-vous si l'ostéopathie est intégrée son cadre précis dans un suivi des TCA ?

E4 : De ne pas voir la gravité ou de la banaliser, enfin de ne pas forcément s'en rendre compte et de brusquer le patient par rapport à son rapport au corps peut-être si c'est fait trop brusquement.

CR : Ok et quels indicateurs ou critères pour vous permettraient d'évaluer l'efficacité ou la pertinence de l'ostéopathie dans ce contexte ?

E4 : Le bien-être du patient. Vraiment un retour de plusieurs patients qui prouvent que ça fonctionne et qui ressentent vraiment du bien-être et de l'amélioration grâce à l'ostéopathie.

CR : Ok donc pensez-vous que l'ostéopathie pourrait contribuer à une approche plus globale et complémentaire des TCA ?

E4 : Oui totalement ça peut intégrer dans une approche globale. Si c'est bien fait, peut-être pas pour tous les patients mais ça peut.

CR : Et bah justement quel patient pourrait le plus en bénéficier selon vous ?

E4 : Ceux qui sont assez anxieux, qui ont besoin d'être rassurés, d'être vraiment suivis et forcément pas un stade très très avancé non plus.

CR : Ok donc pour vous quelle situation semblerait trop inadaptée ou risquée à part que le stade soit trop avancé ?

E4 : Bah que le stade soit trop avancé. Pour moi c'est tout, en soit si le patient il est ok, qu'il est consentant et que le stade n'est pas non plus extrême j'en vois pas le souci.

CR : Ok et quelle place idéale donneriez-vous à l'ostéopathie dans un parcours de soins comme celui-ci ?

E4 : Bah vraiment en complément pour aider mais en complément pas en première intention.

CR : Et selon vous quel dispositif serait nécessaire pour valider et encadrer cette intégration-là ?

E4 : Des recherches en fait que ce soit beaucoup plus prouvé pour que vraiment tout le monde soit en accord et et qu'il n'y ait pas de de soucis de ce côté-là.

CR : Ok et pour finir, si vous deviez formuler une recommandation pour améliorer cette collaboration entre ostéopathe et votre professionnel de santé laquelle serait-il ?

E4 : Mmmh de créer plus de liens vraiment pour travailler en confiance et accentuer les recherches.

Entretien 5 :

CR : Bonjour, merci de me consacrer du temps pour cet entretien. Pour commencer, pouvez-vous vous présenter un petit peu ? Parcours, lieu d'exercice, tout ça ?

E5 : Oui, bien sûr. Alors, moi je suis médecin généraliste en ville, cabinet libéral, classique... Voilà.

CR : Ok, très bien. Depuis combien de temps exercez-vous ?

E5 : J'exerce depuis dix-sept ans.

CR : D’accord, et depuis combien de temps accompagnez-vous des patients atteints du trouble du comportement alimentaire ?

E5 : J'en vois régulièrement depuis longtemps, surtout chez les ados, les jeunes adultes. Ce n’est pas la majorité de ma patientèle non plus, mais c'est des situations qui prennent beaucoup de temps. Donc on s'en souvient quand même.

CR : Ok, et ça fait à peu près combien de proportions de vos patients qui sont concernés par les TCA ?

E5 : Je ne sais pas, dix pourcents chez les jeunes ? Je n’en sais rien.

CR : Ok pas de soucis, et comment définirez-vous votre rôle au sein du parcours de soins de ces patients ?

E5 : Mon rôle c'est de repérer, de faire le suivi, et que le patient aille mieux. C'est grâce à moi qu'il guérit.

CR : Ok, très bien. Merci beaucoup. Et comment du coup définirez-vous les TCA, vous, avec vos mots, vos connaissances ?

E5 : Ce sont des pathologies psychiatriques graves, avec un retentissement corporel majeur, et un vrai risque vital parfois, faut pas l'oublier.

CR : Oui, ça c'est sûr. Et quel type de TCA vous rencontrez le plus fréquemment dans votre pratique ?

E5 : Je vois surtout des anorexiques. Après, les boulimiques aussi, l'hyperphagie aussi.
Enfin, de tout, mais je dirais plus l'anorexie.

CR : Ok, et quel impact observez-vous le plus souvent chez vos patients, que ce soit physiques, psychologiques, sociaux, familiaux, professionnels, enfin peu importe ?

E5 : Ça dépend. Ça dépend des gens. Vous savez, il y a un peu de tout, il y a de la fatigue, il y a des carences, il y a de l'isolement, il y a la phobie sociale, il y a des conflits familiaux, enfin un peu de tout, voilà.

CR : Ok, et quelles idées reçues aux représentations sociales vous semblent encore les plus répandues sur les TCA ?

E5 : C'est une question de volonté. Souvent on dit, « bah, tu veux prendre du poids, prends-en, tu veux le perdre, perds-le, c'est pas si compliqué que ça », alors qu'en fait ça va plus loin que ça et les gens n'ont pas conscience.

CR : Ok. Et quelles complications médicales ou somatiques vous voyez le plus souvent associées au TCA ?

E5 : Bah, du coup, des carences, des troubles digestifs, de l'aménorrhée. Oui, souvent c'est ça qui revient.

CR : Très bien, très bien, très bien. Et pour vous, il y a des besoins fondamentaux de ces patients qui restent encore insuffisamment prêts en charge ? Si oui, lesquels ?

E5 : Oui, bien sûr. Les soins psy sont trop lents. On n'arrive pas à avoir un rendez-vous comme ça, du coup on perd du temps, on perd du soin, voilà.

CR : Et quelles différences percevez-vous dans les besoins des patients selon leur âge, leur sexe, leur stade de trouble, enfin, s'il y en a ?

E5 : Oui, il y en a sûrement, mais c'est plus en fonction des patients qu'en fonction de leur âge, leur sexe ou leur stade de trouble.

CR : Ok, très bien. Et du coup, quel professionnel collabore le plus souvent dans le suivi de vos patients atteints de TCA ?

E5 : La psy. Je collabore surtout avec une psy que je connais bien, et voilà.

CR : Ok, ok, ok. Et comment se passe du coup ces échanges avec cette psy ?

E5 : Ils sont corrects, vu que je la connais, ça va. Pas toujours fluide ou pas toujours rapide, mais quand elle a de la dispo, on va dire que ça va.

CR : Ok, du coup, quels sont les points positifs que vous observez avec cette collaboration ?

E5 : La complémentarité, je dirais. Ça aide beaucoup le patient.

CR : Ok, et quelles sont au contraire les limites ou difficultés de cette collaboration ?

E5 : Le manque de temps. Le manque de temps, parce que soit elle est trop prise, soit elle ne répond pas, soit elle n'a pas le temps. Moi, parfois, je n'ai pas le temps quand elle a le temps, donc il faut qu'on ait tous les deux le temps, sauf qu'on n'a pas le temps.

CR : D’accord, si vous pouviez imaginer un parcours de soins idéal pour un patient atteint de TCA, il ressemblerait à quoi ?

E5 : Une prise en charge rapide avec un suivi psy qui est assez important dès le début.
Limite, dès qu'on découvre le trouble, ce serait cool, comme vous dites les jeunes, ce serait l'idéal.

CR : Ok, si maintenant, on parlerait plus de l'ostéopathie. Qu'est-ce que ça évoque pour vous ?

E5 : Je vais être honnête, je suis plutôt réservée. C'est une approche manuelle qui peut soulager certaines douleurs, si vous voulez, mais les indications et les preuves, je n'en suis pas encore certain.

CR : Ok, très bien, tout à fait, vous avez le droit d'avoir votre avis et c'est le principal d'être honnête, c'est ce que je vous demande pour cet entretien donc parfait ahah. Et selon vous, vous pensez que l'ostéopathie occupe quelle place dans le système de soins actuel ?

E5 : C'est très utilisé, mais ça reste en dehors du cadre médical validé, je suis désolée.

CR : Et vous pensez que les patients connaissent bien ce que c'est l'ostéopathie ?

E5 : Les patients, souvent, ils pensent que ça peut tout régler, sans médicaments, sans rien. J'avoue, ça me retient un peu.

CR : Ok, et dans quel cas ou pour quels symptômes pensez-vous qu'un patient peut consulter un ostéopathe ?

E5 : Je ne sais pas, ça c'est eux, mais sûrement pour des douleurs de dos... bon, j'aurais dit des douleurs de dos.

CR : D'accord, très bien. Et quels sont, d'après vous, les bénéfices possibles de l'ostéopathie ?

E5 : Ça peut détendre le patient... ou alors, oui, ça peut aider dans des douleurs un peu musculosquelettiques. Mais j'ai toujours du mal à voir la place que ça pourrait avoir dans un trouble psychiatrique aussi sérieux que les TCA. Enfin... Vous n'êtes pas psy ?

CR : Oui, tout à fait, nous sommes pas psy, chacun son métier, mais c'est pour ça que je parle plus de l'ostéopathie en global que via les TCA. Et du coup, quel frein identifiez-vous dans l'intégration de l'ostéopathie dans un parcours de soins ?

E5 : Le manque de données scientifiques. En fait, on ne sait pas, on n'est pas au courant. Je pense que ça suffit comme argument.

CR : Et comment vous percevez le toucher thérapeutique dans le contexte des patients atteints de TCA qui peuvent parfois être marqués par un rapport complexe au corps ou à des traumatismes ?

E5 : Ça peut être très compliqué. Le rapport au corps est souvent compliqué avec eux, surtout s'il y a des traumatismes. Donc bon, ça peut être très intrusif et mal pris. Il faut faire d'autant plus attention avec ce genre de patients.

CR : Et du coup, vous avez déjà eu des patients atteints de TCA qui consultaient un ostéopathe en parallèle de leur sujet médical ou psychologique, ou pas spécialement ?

E5 : Oui, forcément. Il y a forcément des patients qui y vont d'eux-mêmes. Donc oui, s'ils connaissaient l'ostéopathie de base, qu'ils voyaient déjà un ostéopathe dans leur vie couramment, ils ne vont pas s'arrêter du jour au lendemain juste comme ça.

CR : Ok. Et du coup, quel retour ont-ils fait ? C'était plutôt positif, négatif, neutre ? Et ça concernait quoi ?

E5 : Oui, forcément, ça les détend... ils ne vont pas dire l'inverse. Ça les détend. Après, il y en a plein qui disent qu'il n'y a pas de changement non plus. Donc bon, je dirais plutôt positif et neutre.

CR : Ok. Et ça concernait quoi ? Plutôt des effets corporels, du coup de la détente ?

E5 : Oui. Ce que j'en ai retenu, c'est que ça aide à détendre.

CR : D'accord. Et du coup, vous n'avez jamais collaboré directement avec un ostéopathe pour un patient atteint de TCA ? Pourquoi ?

E5 : Je n'ai jamais collaboré avec un ostéopathe directement. Je n'en connais pas. Et vraiment, je ne me sens pas à l'aise avec ça. Donc je ne vais pas conseiller ça à mes patients, alors que moi, le premier, je n'y vais pas.

CR : C'est entendable. Et du coup, vous, quelles seraient vos attentes concrètes vis-à-vis d'un ostéopathe prenant en charge des patients atteints de TCA ?

E5 : Mes attentes, elles sont limitées. Si ça intervient, ça doit rester sur du confort. Donc mes attentes seraient du confort.

CR : Ok, et selon vous, quelles compétences ou connaissances supplémentaires un ostéopathe devrait-il avoir pour travailler avec des patients de TCA ?

E5 : Je ne sais pas. Qu'il connaisse très bien la maladie, déjà. Qu'il connaisse ses limites. C'est un ostéopathe, pas un médecin.
CR : Quelles conditions vous semblerez indispensables pour que cette collaboration soit sécurisante ?

E5 : Vraiment rester à sa place d'ostéopathe.

CR : ... D'accord. Et quel risque ou limite identifiez-vous si l'ostéopathie est intégrée sans cadre précis dans un suivi TCA ?

E5 : Oh là là là là. Ça pourrait retarder la prise en charge, ça pourrait banaliser le trouble ou renforcer justement la focalisation du patient sur son corps. Voilà. Ce ne serait pas forcément la meilleure des choses.

CR : Ok. Et pour vous, quels indicateurs ou critères permettraient d'évaluer l'efficacité ou la pertinence de l'ostéopathie dans ce contexte-là ?

E5 : Qu'on sache exactement ce que l'ostéopathe fait. Qu'il cherche seulement à soulager et à détendre le patient. Mais il ne peut pas y avoir d'indicateur ou de critère par rapport à l'évolution de la maladie en elle-même parce que ce n'est pas l'ostéopathe qui va la régler.

CR : D'accord. Du coup, pensez-vous que l'ostéopathie pourrait contribuer à une approche plus globale ou complémentaire des TCA ?

E5 : Non, je ne suis pas sûre. Enfin, ça peut aider le patient à se détendre encore une fois.
De là à aider dans la maladie, j'attends les preuves scientifiques.

CR : Très bien. Et selon vous, quels patients pourraient le plus en bénéficier s'il y en avait ?

E5 : Ceux qui ont des tensions, qui ont besoin d'être pris en charge encore plus globalement ou de se sentir plus écouté que chez la psy. Je n’en sais rien.

CR : Ok. Et quelles situations au contraire vous sembleraient inadaptées ou risquées pour une prise en charge ostéopathique ?

E5 : Si l'ostéopathe se prend pour le médecin ou le psychologue.

CR : Ok. Et une situation plus vis-à-vis du patient par exemple ?

E5 : Si le trouble est à un stade vraiment sévère, s'il y a une dénutrition trop grave ou si on parle d'hospitalisation ou si le patient n'a pas de suivi médical, s'il n'a jamais été diagnostiqué ou vu par un médecin.

CR : Très bien. Et du coup, quelle place idéale donneriez-vous à l'ostéopathie dans un parcours de soins comme celui-ci ?

E5 : Pas mis en avant du tout. Je le mettrais un peu de côté si les patients sont de vraiment le besoin, sinon pas forcément nécessaire.
CR : OK. Et selon vous, quel dispositif serait nécessaire pour valider et encadrer l'intégration de l'ostéopathie dans le suivi des TCA ?

E5 : Il faudrait des données plus solides.

CR : OK. Si vous deviez formuler une recommandation pour améliorer la collaboration entre ostéopathes et autres professionnels de santé, laquelle serait-elle ?

E5 : S'il y a une collaboration, il faut qu'elle soit très claire sur les rôles de chacun pour éviter toute confusion et que même le patient s'y retrouve et sache à qui il doit dire certaines choses ou à qui il peut le dire ou ne pas le dire.

Annexe VIII : Tableau de codage

N°	Codes	N°	Codes	N°	Codes
1	Cabinet libéral en groupe	**130**	Amener au recours à l'ostéopathie	**260**	Communication simple, mieux comprendre
2	Installé depuis 10 ans	**131**	Stress	**261**	Manque de temps
3	Age	**132**	Troubles digestifs	**262**	Avoir plus de temps
4	Prise en charge des TCA depuis huit à neuf ans	**133**	Douleurs	**263**	Repérer directement
5	Augmentation de la patientèle atteint de TCA au fil du temps	**134**	Axé sur le digestif ou le stress	**264**	Pas d'attente pour les différents rendez-vous
6	5% de la patientèle	**135**	Écoute	**265**	Patient bien pris en charge
7	Adolescents et jeunes adultes	**136**	Prudence	**266**	Approche corporelle pour relâcher les tensions via le toucher
8	Cas non repérés	**137**	Connaissances des TCA	**267**	Utilisé mais pas intégrer
9	Rôle de repère	**138**	Repérer les signes d'alerte	**268**	Connu
10	Repérage des signes, soutien, orientation	**139**	Connaissance en psycho-traumatique	**269**	Cher et pas remboursé
11	Rôle de suivi médical	**140**	Communication, respect du cadre	**270**	Dorsalgies
12	Psychologues, nutritionnistes, psychiatres	**141**	Communication	**271**	Douleurs articulaires

13	Initiative du patient	**142**	Banaliser	**272**	Gonalgies
14	Trouble obsessionnelle du rapport à l'alimentation	**143**	Passer à côté	**273**	Entorse
15	Anorexies, boulimies, hyperphagies	**144**	Amélioration des symptômes	**274**	Soulagement, détente
16	Anxiété, dépressions, culpabilité	**145**	Pas d'impact sur la prise en charge médicale	**275**	Soulager
17	Fatigue, épuisement, changements de poids,	**146**	Ressenti positif du patient	**276**	Manque de communication
18	Isolement	**147**	Ressenti du patient	**277**	Reconnaissance de l'ostéopathie, remboursement
19	Difficulté de parler des TCA	**148**	Bien intégré	**278**	Positif si bien amené
20	Cliché de la société et des réseaux	**149**	Tension corporelles	**279**	Respecter les limites du patient
21	Troubles digestifs, carences, troubles hormonaux, troubles cardiovasculaire	**150**	Douleurs	**280**	Reprendre conscience de son corps
22	Suivi psychologique insuffisant	**151**	Troubles digestifs	**281**	Plusieurs
23	Suivi continu oublié	**152**	Phase de stabilisation	**282**	Connaissance antérieure de l'ostéopathie
24	Influencence de la famille et de l'isolement en fonction de l'âge	**153**	Instabilité médicale	**283**	Positifs
25	Sous reconnaissance des TCA chez les garçons	**154**	Sans cadre sécurisé	**284**	Détente, soulagement
26	Variation des besoins selon la sévérité du trouble	**155**	Complément	**285**	Temps pour soi
27	Réseaux pluridisciplinaire présent	**156**	Formation commune	**286**	Une ou deux fois
28	Réseaux pluridisciplinaire informel	**157**	Recherches scientifiques	**287**	Bonne expérience
29	Communication irrégulière entre les professionnels de santé	**158**	Lien direct	**288**	Pas le premier reflexe

30	Communication bénéfique	**159**	Cabinet de ville, médecin classique avec suivi au long cours	**289**	Le patient y pensera de lui-même
31	Rassurer le patient,	**160**	Installé depuis 9 ans	**290**	Stress, tension, douleurs digestives, rapport au corps
32	Vision globale, mieux comprendre	**161**	Prise en charge des TCA depuis quatre, cinq ans	**291**	Connaissance des TCA, à l'écoute, vigilant
33	Manque de temps	**162**	Augmentation de la patientèle atteint de TCA	**292**	Respect et adaptation
34	Manque de cadre, de protocole. Avance à l'aveugle	**163**	Adolescents	**293**	Communication, connaissance des TCA
35	Déformation du patient	**164**	Un patient sur dix	**294**	Passer à côté de la gravité, brusquer le patient
36	Mieux se connaitre entre professionnels	**165**	Rôle de repère, d'alerte	**295**	Bien-être
37	Avoir un cadre commun	**166**	Rôle de repère	**296**	Retour des patients, amélioration
38	Formation commune sur les TCA	**167**	Trouble psychologique en lien avec le corps et la nourriture	**297**	Oui
39	Repérage rapide des premiers signes, puis un suivi pluridisciplinaire	**168**	Souffrance	**298**	Pas pour tous les patients
40	Communication	**169**	Anorexie débutantes et conduites restrictives	**299**	Patient anxieux
41	Approche manuelle de seconde intention	**170**	Hyperphagie	**300**	Patient sans suivi médical
42	Idée flou	**171**	Fatigue	**301**	Stade avancé
43	Douleurs musculosquelettiques	**172**	Douleur abdominales	**302**	Accord du patient
44	Stress	**173**	Irritabilité	**303**	Complémentaire
45	Troubles digestifs	**174**	Décrochage scolaire	**304**	Recherches scientifiques
46	Relâcher les tensions	**175**	Vertiges	**305**	Créer du lien
47	Soulager les douleurs	**176**	Cliché de la société	**306**	Recherches scientifiques

48	Bien être, reprendre contact avec son corps	**177**	Dépendant de l'âge	**307**	Cabinet libéral de ville
49	Manque de preuve scientifiques	**178**	Dépendant de l'âge	**308**	Installé depuis dix-sept ans
50	Croyances différentes	**179**	Amaigrissement, hypotension, carences, chutes de cheveux	**309**	Depuis longtemps
51	Contact physique apaisant	**180**	Soutien familial absent	**310**	Adolescents et jeunes adultes
52	Traumatismes, réactions négatives	**181**	Image du corps, problème profond	**311**	Dix pour-cent
53	Sensibilité et être à l'écoute	**182**	Adolescents imbriqué, adulte chronicité	**312**	Rôle de repère
54	Quelques-uns	**183**	Homme plus compliqué	**313**	Rôle de suivi
55	Varié	**184**	Psychologues, psychiatres, diététiciens	**314**	Rôle de faire ne sorte que le patient aille mieux
56	Initiative du patient	**185**	Service hospitalier	**315**	Rôle de guérir le patient
57	Bien être, soulagement, écoute	**186**	Réseaux pluridisciplinaires en fonction des connaissance	**316**	Pathologies psychiatriques avec un retentissement corporel et un risque vital
58	Soulagement digestif sans médicament	**187**	Réseaux pluridisciplinaires en fonction des connaissance	**317**	Anorexiques
59	Bonne connaissance des TCA	**188**	Complémentarité, rapidité	**318**	Boulimies et hyperphagie
60	Réorienter	**189**	Manque de temps	**319**	Fatigue, carences
61	Prudence, adaptation	**190**	Délais pour les psychologues	**320**	Isolement
62	Formations, recherche	**191**	Accès plus rapide aux psychologue	**321**	Phobie scolaire
63	Discussions, contact	**192**	Communication	**322**	Conflits familiaux
64	Mal à l'aise	**193**	Jamais de parcours de soin parfait	**323**	Volonté
65	Hospitalisation	**194**	Repérage précoce, rendez psychologie rapide, suivi médical, lien entre tous	**324**	Réduction à un manque de volonté

66	Retour des patients	**196**	Dépendant du patient	**325**	Manque de conscience
67	Compléter le reste	**197**	Approche par le corps, le toucher, les tensions. Travail avec les mains	**326**	Carences, troubles digestifs, aménorrhée
68	Phase de stabilisation	**198**	Soins secondaires	**327**	Lenteur des soins psychologique
69	État nutritionnel fragile	**199**	Connu	**328**	Perte de temps et de soin
70	Complément	**200**	Dorsalgies	**329**	Présence de différence
71	Formations, recherche	**201**	Douleurs articulaires	**330**	En fonction du patient
72	Relation de confiance	**202**	Gonalgies	**331**	Psychologue
73	Cabinet de ville, marqué en santé mentale	**203**	Soulagement, détente	**332**	Correcte grâce au contact
74	Installé depuis 15 ans	**204**	Manque de lien et manque de croyance	**333**	Manque de fluidité ou de rapidité
75	Prise en charge des TCA assez tôt	**205**	Difficile à vivre	**334**	Dépendant de la disponibilité
76	Prise en charge des TCA régulière depuis sept, huit ans	**206**	Douceur, communication	**335**	Complémentarité
77	10 à 15% de la patientèle	**207**	Positif mais difficile	**336**	Manque de temps
78	Adolescents et jeunes adultes	**208**	Plusieurs	**337**	Manque de temps et de coordination
79	Rôle de repère	**209**	Stress, détente, douleurs abdominales	**338**	Prise en charge rapide avec un suivi psychologique immédiat
80	Rôle de suivi	**210**	Positifs	**339**	Réservé
81	Contenir l'angoisse, rassurer, surveiller, bilans. Rôle global	**211**	Quasiment jamais	**340**	Approche manuelle permettant de soulager certaines douleurs
82	Psychiatres, psychologues, diététiciens, infirmiers	**212**	Manque de connaissance	**341**	En dehors du cadre médical validé

83	Service hospitalier	**213**	Manque de connaissance	**342**	Attente de guérison exclusivement par l'ostéopathie
84	Maladie psychologique en lien avec le corps et la nourriture	**214**	Pas la première pensée	**343**	Sur la retenue
85	Anorexie restrictive et formes mixtes avec boulimie	**215**	Stress, douleurs	**344**	Choix des patients
86	Hyperphagie	**216**	Ressentir son corps	**345**	Dorsalgie
87	Anxiété, dépression	**217**	Écoute, prudence	**346**	Douleurs musculosquelettiques
88	Fatigue, troubles digestifs, aménorrhée	**218**	Connaissance des TCA	**347**	Difficulté à voir la place de l'ostéopathie dans un trouble psychiatrique
89	Isolement	**219**	Rassurer le patient, réadresser	**348**	Ne pas sortir de notre rôle d'ostéopathe
90	Conflits familiaux	**220**	Douceur, respect, connaissance des TCA, formation	**349**	Manque de données scientifiques
91	Décrochage scolaire	**221**	Communication	**350**	Manque de connaissance
92	Isolement	**222**	Rôle de complémentarité	**351**	Très compliqué
93	Réduction à un manque de volonté, cliché de la société	**223**	Passer à côté d'une aggravation	**352**	Rapport au corps compliqué
94	Pas de réflexion	**224**	Passer à côté d'une information importante	**353**	Intrusif
95	Troubles digestifs, troubles hormonaux, trouble cardiovasculaire	**225**	Ressenti positif du patient	**354**	Plus attention
96	Temps d'écoute	**226**	Totalement	**355**	Les patients y vont par eux-mêmes
97	Accompagnent autour du corps délaissé	**227**	Patient stresser, anxieux, tendu	**356**	Connaissance antérieure de l'ostéopathie
98	Influencence de la famille et de l'isolement en fonction de l'âge	**228**	Dénutrition importante	**357**	Détente

99	Sous reconnaissance des TCA chez les garçons	**229**	Instabilité médicale	**358**	Pas de changement
100	Réseaux pluridisciplinaires en fonction des connaissance	**230**	Complément d'un réseau médical	**359**	Positif et neutre
101	Vision commune	**231**	Formation	**360**	Pas de collaboration direct
102	Manque de temps	**232**	Recherches scientifiques	**361**	Pas de connaissance
103	Coordination	**233**	Protocole	**362**	Pas à l'aise
104	Réseaux concernant les TCA	**234**	Créer des liens	**363**	N'en a pas recours personnellement
105	Référent clair, accès rapide psychologique, suivi régulier, communication	**235**	Maison de santé dans une petite ville	**364**	Limitées
106	Approche manuelle centrée sur le corps	**236**	Installé depuis six ans	**365**	Uniquement du confort
107	A côté du système conventionnel	**237**	Depuis tout le temps	**366**	Connaissance des TCA
108	De plus en plus connu	**238**	De plus en plus	**367**	Connaissance des limites
109	Dorsalgies	**239**	Dix pourcents de la patientèle	**368**	Garder son, rôle d'ostéopathe
110	Douleurs moins connues	**240**	Chez les quinze, trente ans	**369**	Garder son, rôle d'ostéopathe
111	Douleurs articulaires	**241**	Rôle de suivi	**370**	Retarder la prise en charge
112	Troubles digestifs	**242**	Rôle de lien entre tous	**371**	Banalisé le trouble, empirer la vision du patient sur son corps
113	Détente	**243**	Troubles complexes lié aux émotions, terrain d'expression	**372**	Communication et connaissance
114	Diminution de la douleur	**244**	Restrictions alimentaires	**373**	Garder son, rôle d'ostéopathe
115	Stress	**245**	Hyperphagie	**374**	L'ostéopathe ne va as guérir le patient
116	Mobilité	**246**	Fatigue, malaises	**375**	Non
117	Manque de preuves scientifiques	**247**	Décrochage scolaire	**376**	Détente possible

118	Manque de liens avec l'équipe	**248**	Troubles digestifs, troubles hormonaux	**377**	Manque de preuves scientifiques
119	Délicat	**249**	Conflits familiaux	**378**	Patients avec des tensions ou un besoin d'écoute
120	Aidant	**250**	Vertiges, douleurs abdominales, troubles du transit, carences, hypotension	**379**	L'ostéopathe sort de son rôle
121	Insécurisant si c'est mal amener	**251**	Rapport au corps et à l'émotionnel	**380**	Stade avancé du trouble
122	Adaptation	**252**	Côté psychologique	**381**	Dénutrition ou hospitalisation
123	Déjà arrivé	**253**	Adulte plus cacher et responsable	**382**	Absence de suivi médical ou de diagnostique
124	Positifs	**254**	Les hommes s'en cachent plus	**383**	Pas mis en avant
125	Détente	**255**	Compliqué	**384**	De côté, en fonction du besoin du patient
126	Sommeil	**256**	Phase, pas grave	**385**	Preuves scientifiques
127	Relâchement	**257**	Psychologues, psychiatres, diététiciens, endocrinologues	**386**	Collaboration avec des rôles claires et prédéfinis
128	Très peu	**258**	Réseaux pluridisciplinaire facile en maison de santé	**387**	Le patient doit connaitre le rôle de chacun
129	Manque de connaissance	**259**	Réseaux pluridisciplinaire facile en maison de santé		

Résumé :

Titre : Représentations et attentes des médecins généralistes sur la prise en charge ostéopathique des patients atteints de troubles du comportement alimentaire
Objectif : Ce mémoire a pour objectif d'explorer les représentations et les attentes des médecins généralistes concernant la prise en charge ostéopathique des patients atteints de troubles du comportement alimentaire (TCA). Il vise à comprendre leur positionnement, leurs connaissances, ainsi que les freins et leviers perçus pour intégrer l'ostéopathie dans un parcours de soins pluridisciplinaire.
Méthode : Une étude qualitative a été menée à partir d'entretiens semi-dirigés enregistrés puis retranscrits. Les médecins généralistes ont été recrutés via un réseau professionnel et personnel. L'analyse en théorisation ancrée a permis d'identifier les éléments récurrents dans leurs discours concernant l'ostéopathie, les TCA et la collaboration interprofessionnelle. La saturation des données n'a pas été atteinte, ce qui constitue une limite importante de l'étude.
Résultats : Les médecins généralistes expriment un intérêt pour les approches psychocorporelles, mais rapportent un manque d'informations fiables sur l'ostéopathie et une méconnaissance de ses indications dans les TCA. Les freins identifiés concernent l'hétérogénéité des pratiques ostéopathiques, l'absence de repères cliniques, et la difficulté à orienter les patients. Les praticiens reconnaissent néanmoins un potentiel d'accompagnement, notamment sur la relation au corps et la gestion des tensions somatiques.
Conclusion : L'étude met en évidence la nécessité d'améliorer la connaissance de l'ostéopathie au sein de la médecine générale et de renforcer la communication entre professionnels. L'ostéopathie pourrait constituer un complément pertinent dans la prise en charge globale des TCA, à condition d'un cadre plus structuré et d'une meilleure intégration dans le parcours de soins.
Mots-clés : Ostéopathie – Médecine générale – Troubles du comportement alimentaire – Représentations professionnelles – Étude qualitative

Abstract:

Title: General practitioners' perceptions and expectations regarding osteopathic treatment for patients with eating disorders
Objective: The aim of this thesis is to explore general practitioners' perceptions and expectations regarding osteopathic treatment for patients with eating disorders. It aims to understand their position, their knowledge, and the perceived barriers and drivers for integrating osteopathy into a multidisciplinary care pathway.
Method: A qualitative study was conducted based on semi-structured interviews that were recorded and then transcribed. General practitioners were recruited through professional and personal networks. Grounded theory analysis identified recurring themes in their discussions concerning osteopathy, eating disorders, and interprofessional collaboration. Data saturation was not achieved, which constitutes a significant limitation of the study.
Results: General practitioners express an interest in mind-body approaches, but report a lack of reliable information on osteopathy and a lack of knowledge about its indications in eating disorders. The obstacles identified relate to the heterogeneity of osteopathic practices, the absence of clinical benchmarks, and the difficulty in referring patients. Nevertheless, practitioners recognise its potential as a complementary therapy, particularly in relation to body image and the management of somatic tension.
Conclusion: The study highlights the need to improve knowledge of osteopathy within general medicine and to strengthen communication between professionals. Osteopathy could be a relevant complement to the overall management of eating disorders, provided that there is a more structured framework and better integration into the care pathway
Keywords: OMT – General medicine – Eating disorders – Professional representations – Qualitative study