HAL
open science

# Enquête menée auprès des médecins généralistes maîtres de stage de Haute-Normandie

Sophie Beaufreton

▶ To cite this version:

Sophie Beaufreton. Enquête menée auprès des médecins généralistes maîtres de stage de Haute-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2016. ⟨dumas-01303823⟩

HAL Id: dumas-01303823

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01303823v1

Submitted on 18 Apr 2016

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

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

Autorisation HAL

HAL Authorization

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE ROUEN

Année 2016 N°

**THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE**
**MÉDECINE GÉNÉRALE**

# Recourir ou ne pas recourir à l'ostéopathie, telle est la question

Enquête menée auprès des médecins généralistes
maîtres de stage de Haute-Normandie

**Présentée et soutenue publiquement le 20 janvier 2016**

Par Sophie BEAUFRETON
Née le 11 mars 1985 à Louviers

Président du Jury : Professeur Olivier VITTECOQ
Directrice de thèse : Docteur Valérie GUERET-MALEDON

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DOYEN : Professeur Pierre FREGER

ASSESSEUR : Professeur Michel GUERBET
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

## MÉDECINE

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS**

| | | |
|---|---|---|
| Mr Frédéric ANSELME | HCN | Cardiologie |
| Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR | HCN | Chirurgie plastique |
| Mr Bruno BACHY *(surnombre)* | HCN | Chirurgie pédiatrique |
| Mr Fabrice BAUER | HCN | Cardiologie |
| Mme Soumeya BEKRI | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mr Jacques BENICHOU | HCN | Bio statistiques et informatique médicale |
| Mr Jean-Paul BESSOU | HCN | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| Mme Françoise BEURET-BLANQUART *(surnombre)* | HCN | Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité |
| Mr Guy BONMARCHAND (*surnombre)* | HCN | Réanimation médicale |
| Mr Olivier BOYER | UFR | Immunologie |
| Mr Jean-François CAILLARD *(surnombre)* | HCN | Médecine et santé au travail |
| Mr François CARON | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |
| Mr Philippe CHASSAGNE | HCN | Médecine interne (gériatrie) |
| Mr Vincent COMPERE | HCN | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| Mr Antoine CUVELIER | HB | Pneumologie |
| Mr Pierre CZERNICHOW | HCH | Epidémiologie, économie de la santé |
| Mr Jean-Nicolas DACHER | HCN | Radiologie et imagerie médicale |
| Mr Stéfan DARMONI | HCN | Informatique médicale et techniques de communication |
| Mr Pierre DECHELOTTE | HCN | Nutrition |
| Mme Danièle DEHESDIN *(surnombre)* | HCN | Oto-rhino-laryngologie |
| Mr Frédéric DI FIORE | CB | Cancérologie |
| Mr Fabien DOGUET | HCN | Chirurgie Cardio Vasculaire |
| Mr Jean DOUCET | SJ | Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie |

| | | |
|---|---|---|
| Mr Bernard DUBRAY | CB | Radiothérapie |
| Mr Philippe DUCROTTE | HCN | Hépato-gastro-entérologie |
| Mr Frank DUJARDIN | HCN | Chirurgie orthopédique - Traumatologique |
| Mr Fabrice DUPARC | HCN | Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mr Eric DURAND | HCN | Cardiologie |
| Mr Bertrand DUREUIL | HCN | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| Mme Hélène ELTCHANINOFF | HCN | Cardiologie |
| Mr Thierry FREBOURG | UFR | Génétique |
| Mr Pierre FREGER | HCN | Anatomie - Neurochirurgie |
| Mr Jean François GEHANNO | HCN | Médecine et santé au travail |
| Mr Emmanuel GERARDIN | HCN | Imagerie médicale |
| Mme Priscille GERARDIN | HCN | Pédopsychiatrie |
| Mr Michel GODIN *(surnombre)* | HB | Néphrologie |
| M. Guillaume GOURCEROL | HCN | Physiologie |
| Mr Philippe GRISE *(surnombre)* | HCN | Urologie |
| Mr Olivier GUILLIN | HCN | Psychiatrie adultes |
| Mr Didier HANNEQUIN | HCN | Neurologie |
| Mr Fabrice JARDIN | CB | Hématologie |
| Mr Luc-Marie JOLY | HCN | Médecine d'urgence |
| Mr Pascal JOLY | HCN | Dermato - Vénéréologie |
| Mme Annie LAQUERRIERE | HCN | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Mr Vincent LAUDENBACH | HCN | Anesthésie et réanimation chirurgicale |
| Mr Xavier LE LOET | HCN | Rhumatologie |
| Mr Joël LECHEVALLIER | HCN | Chirurgie infantile |
| Mr Hervé LEFEBVRE | HB | Endocrinologie et maladies métaboliques |
| Mr Thierry LEQUERRE | HB | Rhumatologie |
| Mr Eric LEREBOURS | HCN | Nutrition |
| Mme Anne-Marie LEROI | HCN | Physiologie |
| Mr Hervé LEVESQUE | HB | Médecine interne |
| Mme Agnès LIARD-ZMUDA | HCN | Chirurgie Infantile |
| Mr Pierre Yves LITZLER | HCN | Chirurgie cardiaque |
| Mr Bertrand MACE | HCN | Histologie, embryologie, cytogénétique |
| M. David MALTETE | HCN | Neurologie |
| Mr Christophe MARGUET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Isabelle MARIE | HB | Médecine interne |
| Mr Jean-Paul MARIE | HCN | Oto-rhino-laryngologie |
| Mr Loïc MARPEAU | HCN | Gynécologie - Obstétrique |

| | | |
|---|---|---|
| Mr Stéphane MARRET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Véronique MERLE | HCN | Epidémiologie |
| Mr Pierre MICHEL | HCN | Hépato-gastro-entérologie |
| Mr Bruno MIHOUT *(surnombre)* | HCN | Neurologie |
| Mr Jean-François MUIR | HB | Pneumologie |
| Mr Marc MURAINE | HCN | Ophtalmologie |
| Mr Philippe MUSETTE | HCN | Dermatologie - Vénéréologie |
| Mr Christophe PEILLON | HCN | Chirurgie générale |
| Mr Jean-Marc PERON *(surnombre)* | HCN | Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale |
| Mr Christian PFISTER | HCN | Urologie |
| Mr Jean-Christophe PLANTIER | HCN | Bactériologie - Virologie |
| Mr Didier PLISSONNIER | HCN | Chirurgie vasculaire |
| Mr Bernard PROUST | HCN | Médecine légale |
| Mr François PROUST | HCN | Neurochirurgie |
| Mme Nathalie RIVES | HCN | Biologie du développement et de la reproduction |
| Mr Jean-Christophe RICHARD *(détachement)* | HCN | Réanimation médicale - Médecine d'urgence |
| Mr Horace ROMAN | HCN | Gynécologie - Obstétrique |
| Mr Jean-Christophe SABOURIN | HCN | Anatomie - Pathologie |
| Mr Guillaume SAVOYE | HCN | Hépato-gastrologie |
| Mme Céline SAVOYE–COLLET | HCN | Imagerie médicale |
| Mme Pascale SCHNEIDER | HCN | Pédiatrie |
| Mr Michel SCOTTE | HCN | Chirurgie digestive |
| Mme Fabienne TAMION | HCN | Thérapeutique |
| Mr Luc THIBERVILLE | HCN | Pneumologie |
| Mr Christian THUILLEZ | HB | Pharmacologie |
| Mr Hervé TILLY | CB | Hématologie et transfusion |
| Mr Jean-Jacques TUECH | HCN | Chirurgie digestive |
| Mr Jean-Pierre VANNIER | HCN | Pédiatrie génétique |
| Mr Benoît VEBER | HCN | Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale |
| Mr Pierre VERA | CB | Biophysique et traitement de l'image |
| Mr Eric VERIN | CRMPR | Médecine physique et de réadaptation |
| Mr Eric VERSPYCK | HCN | Gynécologie obstétrique |
| Mr Olivier VITTECOQ | HB | Rhumatologie |
| Mr Jacques WEBER | HCN | Physiologie |

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS**

| | | |
|---|---|---|
| Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG | HCN | Bactériologie – Virologie |
| Mr Jeremy BELLIEN | HCN | Pharmacologie |
| Mme Carole BRASSE LAGNEL | HCN | Biochimie |
| Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS | HCN | Chirurgie Vasculaire |
| Mr Gérard BUCHONNET | HCN | Hématologie |
| Mme Mireille CASTANET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Nathalie CHASTAN | HCN | Physiologie |
| Mme Sophie CLAEYSSENS | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mr Moïse COEFFIER | HCN | Nutrition |
| Mr Stéphanie DERREY | HCN | Neurochirurgie |
| Mr Manuel ETIENNE | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |
| Mr Serge JACQUOT | UFR | Immunologie |
| Mr Joël LADNER | HCN | Epidémiologie, économie de la santé |
| Mr Jean-Baptiste LATOUCHE | UFR | Biologie cellulaire |
| Mr Thomas MOUREZ | HCN | Bactériologie |
| Mr Jean-François MENARD | HCN | Biophysique |
| Mme Muriel QUILLARD | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mr Vincent RICHARD | UFR | Pharmacologie |
| Mr Mathieu SALAUN | HCN | Pneumologie |
| Mme Pascale SAUGIER-VEBER | HCN | Génétique |
| Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN | HCN | Anatomie |
| Mr Olivier TROST | HCN | Chirurgie Maxillo Faciale |

**PROFESSEURS AGRÉGÉS OU CERTIFIÉS**

| | | |
|---|---|---|
| Mme Dominique LANIEZ | UFR | Anglais |
| Mr Thierry WABLE | UFR | Communication |

## PHARMACIE

**PROFESSEURS**

| | |
|---|---|
| Mr Thierry BESSON | Chimie Thérapeutique |
| Mr Jean-Jacques BONNET | Pharmacologie |
| Mr Roland CAPRON (PU-PH) | Biophysique |
| Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite) | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUS | Biochimie |

| | |
|---|---|
| Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH) | Parasitologie |
| Mr Jean Pierre GOULLE | Toxicologie |
| Mr Michel GUERBET | Toxicologie |
| Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET | Physiologie |
| Mme Christelle MONTEIL | Toxicologie |
| Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH) | Microbiologie |
| Mme Elisabeth SEGUIN | Pharmacognosie |
| Mr Rémi VARIN (PU-PH) | Pharmacie clinique |
| Mr Jean-Marie VAUGEOIS | Pharmacologie |
| Mr Philippe VERITE | Chimie analytique |

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

| | |
|---|---|
| Mme Cécile BARBOT | Chimie Générale et Minérale |
| Mme Dominique BOUCHER | Pharmacologie |
| Mr Frédéric BOUNOURE | Pharmacie Galénique |
| Mr Abdeslam CHAGRAOUI | Physiologie |
| Mr Jean CHASTANG | Biomathématiques |
| Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB | Législation pharmaceutique et économie de la santé |
| Mme Elizabeth CHOSSON | Botanique |
| Mme Cécile CORBIERE | Biochimie |
| Mr Eric DITTMAR | Biophysique |
| Mme Nathalie DOURMAP | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUC | Pharmacologie |
| Mr Abdelhakim ELOMRI | Pharmacognosie |
| Mr François ESTOUR | Chimie Organique |
| Mr Gilles GARGALA (MCU-PH) | Parasitologie |
| Mme Najla GHARBI | Chimie analytique |
| Mme Marie-Laure GROULT | Botanique |
| Mr Hervé HUE | Biophysique et mathématiques |
| Mme Laetitia LE GOFF | Parasitologie - Immunologie |
| Mme Hong LU | Biologie |
| Mme Sabine MENAGER | Chimie organique |
| Mr Mohamed SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mme Malika SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mme Christine THARASSE | Chimie thérapeutique |
| Mr Frédéric ZIEGLER | Biochimie |

**PROFESSEURS ASSOCIÉS**

| | |
|---|---|
| Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ | Pharmacie officinale |
| Mr Jean-François HOUIVET | Pharmacie officinale |

**PROFESSEUR CERTIFIÉ**

| | |
|---|---|
| Mme Mathilde GUERIN | Anglais |

**ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE**

| | |
|---|---|
| Mr Jérémie MARTINET | Immunologie |
| Mme Sandrine DAHYOT | Bactériologie |

**ATTACHÉS TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

| | |
|---|---|
| Mr Romy RAZAKANDRAINIBE | Parasitologie |
| Mr François HALLOUARD | Galénique |
| Mme Caroline LAUGEL | Chimie organique |
| Mr Souleymane ABDOUL-AZIZE | Biochimie |
| Mme Maïté NIEPCERON | Microbiologie |

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

| | |
|---|---|
| Mme Cécile BARBOT | Chimie Générale et minérale |
| Mr Thierry BESSON | Chimie thérapeutique |
| Mr Roland CAPRON | Biophysique |
| Mr Jean CHASTANG | Mathématiques |
| Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB | Législation et économie de la santé |
| Mme Elisabeth CHOSSON | Botanique |
| Mr Jean-Jacques BONNET | Pharmacodynamie |
| Mme Isabelle DUBUS | Biochimie |
| Mr Loïc FAVENNEC | Parasitologie |
| Mr Michel GUERBET | Toxicologie |
| Mr François ESTOUR | Chimie organique |
| Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET | Physiologie |
| Mme Martine PESTEL-CARON | Microbiologie |
| Mme Elisabeth SEGUIN | Pharmacognosie |
| Mr Mohamed SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mr Philippe VERITE | Chimie analytique |

## MÉDECINE GÉNÉRALE

**PROFESSEUR**

| | | |
|---|---|---|
| Mr Jean-Loup HERMIL | UFR | Médecine générale |

**PROFESSEURS ASSOCIÉS À MI-TEMPS**

| | | |
|---|---|---|
| Mr Emmanuel LEFEBVRE | UFR | Médecine Générale |
| Mr Alain MERCIER | UFR | Médecine générale |
| Mr Philippe NGUYEN THANH | UFR | Médecine générale |

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS À MI-TEMPS**

| | | |
|---|---|---|
| Mr Pascal BOULET | UFR | Médecine générale |
| Mme Elisabeth MAUVIARD | UFR | Médecine générale |
| Mme Yveline SEVRIN | UFR | Médecine générale |
| Mme Marie Thérèse THUEUX | UFR | Médecine générale |

## ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

**PROFESSEURS**

| | | |
|---|---|---|
| Mr Serguei FETISSOV (med) | UFR | Physiologie (ADEN) |
| Mr Paul MULDER (phar) | UFR | Sciences du Médicament |
| Mme Su RUAN (med) | UFR | Génie Informatique |

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

| | |
|---|---|
| Mr Sahil ADRIOUCH (med) | Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905) |
| Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med) | Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079) |
| Mme Carine CLEREN (phar) | Neurosciences (Néovasc) |
| Mme Pascaline GAILDRAT (phar) | Génétique moléculaire humaine (UMR 1079) |
| Mr Nicolas GUEROUT (phar) | Chirurgie Expérimentale |
| Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med) | Physiologie (Unité Inserm 1076) |
| Mr Frédéric PASQUET | Sciences du langage, orthophonie |
| Mme Isabelle TOURNIER (phar) | Biochimie (UMR 1079) |

**CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS** : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

# REMERCIEMENTS

**À notre Président du Jury**

Monsieur le Professeur VITTECOQ Olivier

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Soyez assuré de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

**Aux Membres de notre Jury**

Madame le Professeur BEURET-BLANQUART Françoise et Monsieur le Professeur MACE Bertrand

Nous vous sommes très reconnaissante d'avoir accepté de juger ce travail.

Veuillez recevoir ici le témoignage de notre profond respect.

**À ma directrice de thèse**

Madame le Docteur GUÉRET-MALEDON

Tu m'as accordé ta confiance et ton soutien.

J'apprécie de travailler à tes côtés, tant au cabinet que lors de cette thèse.

Plus qu'une consœur, j'ai rencontré une amie.

**À tous les médecins qui ont répondu à ce questionnaire**

Merci pour le temps que vous avez bien voulu me consacrer.

**À mes maîtres de stage**

MM les Docteurs FAINSILBER, DUCHEZ, ADAM, BOUREZ, LIBERMANN

Merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale.

Veuillez recevoir le témoignage de ma sincère reconnaissance.

**Aux médecins hospitaliers rencontrés lors de mes stages**

Merci d'avoir partagé avec moi votre savoir.

**À mon compagnon**

Tu m'as soutenue et supportée depuis l'externat jusqu'à l'aboutissement de cette thèse.

Merci pour ta présence rassurante à mes côtés et pour le bonheur que tu m'apportes au quotidien.

**À mes parents**

Vous m'avez aidée et accompagnée durant toute ma vie. Vous avez toujours su être présents lorsque j'en avais besoin. Merci d'avoir cru en moi.

Si j'en suis arrivée là dans ma vie, c'est en grande partie grâce à votre soutien.

**À ma sœur**

Nous avons partagé nos joies et nos peines depuis notre petite enfance.

Merci d'être à mes côtés. J'espère que notre complicité durera de nombreuses années encore.

**À mes grands-parents maternels**

Durant ma scolarité, vous m'avez toujours accompagnée. Si j'arrive enfin à ce stade ces longues études, c'est aussi grâce à votre aide.

Je dédie cette thèse à mon grand-père parti avant l'aboutissement de ce travail.

**À mon grand-père paternel**

Parti beaucoup trop tôt lui aussi. Je sais que mes études comptaient beaucoup pour toi. J'espère que tu es fière de moi.

**À mes tante, oncles, cousins et beaux-parents**

J'ai également une pensée pour vous.

**À mes amis de la faculté de Rouen**

Merci pour ces années d'amitié. Une attention particulière à l'équipe d'internes des urgences d'Évreux.

**À mes amis du centre équestre de Vernon**

Merci pour votre présence et votre amitié.

# SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

# TABLE DES MATIÈRES

**PRÉAMBULE** **16**

**LA PLACE DE L'OSTÉOPATHIE EN FRANCE** **17**

I. LES MÉDECINES NON CONVENTIONNELLES 18
- A. Définition des médecines non conventionnelles 18
- B. La place des médecines non conventionnelles en France 20

II. L'OSTÉOPATHIE 24
- A. Historique 24
- B. Définition 24
- C. Les différents courants 25
- D. Indications 27
- E. Contre-indications 28
- F. Effets indésirables 28
- G. Comparaison avec les autres techniques manuelles reconnues 30

III. LA PLACE DE L'OSTÉOPATHIE EN FRANCE 31
- A. La position du gouvernement français 31
- B. Environnement médical 35

**ENQUÊTE DESCRIPTIVE** **37**

I. OBJECTIFS ET MÉTHODE 38
- A. Objectifs 38
- B. Population étudiée 38
- C. Élaboration du questionnaire 39
- D. Diffusion du questionnaire 39
- E. Analyse des données 40

II. RÉSULTATS 41
A. Participation 41
B. Caractéristiques de l'échantillon 41
C. Les médecins ayant recours à l'ostéopathie : groupe $O^+$ 46
D. Les médecins n'ayant pas recours à l'ostéopathie : groupe $O^-$ 49
E. Comparaison des groupes 51
III. DISCUSSION 52
A. Taux de participation et biais de l'étude 52
B. Représentativité de l'échantillon 53
C. Le recours à l'ostéopathie 54
D. Les causes de non recours à l'ostéopathie 56
E. Les éléments incitatifs 60

**CONCLUSION ET PERSPECTIVES 61**

**BIBLIOGRAPHIE 64**

**TABLE DES ABRÉVIATIONS 71**

# PRÉAMBULE

Mon premier contact avec les médecines non conventionnelles, aussi nommées parallèles, s'est produit lors de mon stage chez le praticien. Jusqu'à ma huitième année d'études de médecine, mes connaissances se limitaient à la médecine conventionnelle, la seule à m'avoir été enseignée. J'avais bien sûr eu connaissance des médecines non conventionnelles mais mon savoir se restreignait à quelques informations nébuleuses. Je pensais que ces pratiques évoluaient de manière totalement « *parallèle* » et distincte de la médecine « *classique* ». Dans cette vision dichotomique, ces deux perceptions de la santé ne pouvaient se rencontrer.

Pendant mes stages, je me suis aperçu que médecines conventionnelle et non conventionnelles pouvaient s'associer. Un médecin généraliste chez qui j'étais en stage exerçait l'ostéopathie, un autre l'homéopathie et la mésothérapie, un troisième l'ostéopathie et l'acupuncture, tandis qu'une infirmière de l'hôpital s'intéressait à l'aromathérapie. Mes recherches documentaires m'ont appris que les médecines non conventionnelles étaient beaucoup plus présentes dans la vie professionnelle des médecins généralistes que je ne le croyais. La plupart des études que j'ai lues montraient un intérêt des patients pour ces thérapies et un recours croissant. Pourtant celles-ci posaient, et posent encore, de nombreuses questions et suscitent nombre de controverses.

Je me suis intéressée plus précisément à l'ostéopathie pour deux raisons. La première est qu'il s'agit de la médecine non conventionnelle à laquelle j'ai été la plus confrontée. La seconde, et la principale, est sa position particulière dans l'offre de soins. L'ostéopathie a été officialisée et légalisée par la loi du 4 mars 2002. Cependant les instances médicales ne légitiment pas cette thérapie ; l'Académie nationale de médecine et le Conseil national de l'Ordre des médecins émettent de grandes réserves. Entre les positions discordantes des patients, de la Loi et des autorités médicales, quels sont les facteurs incitant les médecins généralistes à inclure, ou non, l'ostéopathie dans la prise en charge de leurs patients ?

# **PREMIÈRE PARTIE** :

# LA PLACE DE L'OSTÉOPATHIE EN FRANCE

# I. LES MÉDECINES NON CONVENTIONNELLES

## A. Définition des médecines non conventionnelles

### a) La médecine conventionnelle

Pour définir les médecines non conventionnelles (MNC), nous devons expliquer le système de soin conventionnel national, basé en France sur la médecine allopathique. L'allopathie est un mode de traitement entraînant un effet inverse de celui provoqué par la maladie grâce à l'administration de substances chimiques actives [1]. L'élément principal de la médecine conventionnelle moderne est l'*evidence based medicine* (EBM) ou *médecine fondée sur les preuves* [2]. Apparue au Canada dans les années 1980, la recherche de preuves servait à la formation des étudiants. Une dizaine d'années plus tard, cette théorie s'exporta pour aider les praticiens dans leur activité. Les preuves de l'efficacité d'une prise en charge sont obtenues soit par validation scientifique à l'issue d'essais cliniques, soit par consensus professionnel (accord et expérience de la majorité des professionnels de santé concernés après plusieurs années de recul) [3]. La décision du traitement se prend en fonction des données de la recherche, de l'expérience clinique, des préférences du patient et de son entourage.

Nous avons retenu pour notre travail que la médecine conventionnelle est une médecine clinico-biologique. Elle se fonde sur une démarche scientifique déductive s'appuyant sur des niveaux de preuves. Son objectif est de diminuer voire de faire disparaitre les symptômes d'une maladie.

### b) La médecine non conventionnelle

Les MNC ont plusieurs synonymes : médecines alternatives, complémentaires, douces, naturelles, traditionnelles, parallèles, globales, holistiques, para-médecines, pseudosciences… Le terme de *médecines non conventionnelles* fut retenu par la

Commission européenne de Bruxelles le 29 mai 1997. Il est aujourd'hui juridiquement admis par les institutions sanitaires.

De par leur extrême diversité (il existe plus de 4 000 pratiques ou disciplines), les MNC échappent à une définition précise. Certaines pratiques sont codifiées et réglementées. D'autres sont au contraire secrètes, mystiques, localisées géographiquement et transmises oralement. Les techniques employées sont variables avec des thérapies médicamenteuses, manuelles, spirituelles… Cette hétérogénéité fut traduite par la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : *« diverses pratiques, approches, connaissances et croyances sanitaires intégrant des médicaments à base de plantes, d'animaux et/ou de minéraux, des traitements spirituels, des techniques manuelles et exercices, appliqués seuls ou en association afin de maintenir le bien-être et traiter, diagnostiquer ou prévenir la maladie »* [4]. Le professeur Axel Kahn, chercheur à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), rappela que cette dénomination regroupait « *toutes les pratiques thérapeutiques non fondées sur les données actuelles de la connaissance scientifique et/ou des travaux de méthodologie rigoureuse et contrôlée, effectués par des expérimentateurs indépendants* ». À ces définitions doit être apportée une nuance géographique et historique. Les MNC font référence à des pratiques de santé ne faisant pas partie de la tradition du pays ou n'étant pas intégrées à son système de santé prédominant. L'acupuncture est une thérapie intégrée de la médecine traditionnelle chinoise mais de nombreux pays européens la définissent comme une MNC. De même, l'homéopathie développée en Europe au XVIII$^{e}$ siècle après l'introduction de l'allopathie, n'est pas considérée comme une médecine conventionnelle.

La définition retenue pour notre travail est celle du National center for complementary and alternative medicine (NCCAM) : « *un groupe de systèmes médicaux de santé, de pratiques et de produits divers qui ne sont actuellement pas considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle*» [5].

## B. La place des médecines non conventionnelles en France

### a) Le poids économique

L'estimation des frais de soins liés aux MNC dessine un vaste marché. Selon un rapport de 2002 de l'OMS, les dépenses mondiales liées aux MNC étaient considérables et en hausse rapide. Il mentionnait une somme de 60 milliards de dollars pour les médicaments traditionnels à base de plantes. Les dépenses liées aux MNC étaient de 2,3 milliards au Royaume-Uni et de 2,7 milliards aux États-Unis [4].

En France, l'estimation des dépenses liées aux MNC est complexe car elles sont moins visibles que celles de la médecine conventionnelle. Quelques chiffres sont disponibles via l'Assurance maladie concernant l'homéopathie et l'acupuncture. Prescrits par un médecin, ces traitements sont remboursés au nom de l'orientation médicale. Selon les chiffres de cet organisme, 716 000 actes d'acupuncture furent réalisés en 2009 soit 10 % des actes en cabinet de ville [6]. L'Assurance maladie dépenserait chaque année 70 millions d'euros pour l'homéopathie [7]. En 2004 l'État se désengagea partiellement avec un taux de remboursement des traitements homéopathiques passant de 65 à 35 %.

Les assurances privées et mutuelles prennent progressivement en charge les MNC. Les premiers remboursements eurent lieu il y a une dizaine d'années par la Société mutualiste interprofessionnel Rhône-Alpes (SMIRP) [8]. À l'époque, cela inquiéta le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), affecté par « *cette ouverture au charlatanisme* ». Ce phénomène s'amplifia et aujourd'hui la majorité des mutuelles remboursent en partie le recours aux MNC.

### b) L'avis des instances scientifiques

La communauté scientifique est partagée au sujet des MNC. Bernard Glorion, président du CNOM de 1993 à 2001, dénonça dans un rapport de 2001 le « *statisme de cette institution jusque dans les années 75-80* » [8]. Selon lui, le CNOM devait être « *représentatif des nombreux modes d'exercice* ». Mais interrogé sur les MNC, il

précisa à propos de la reconnaissance de l'ostéopathie et de la chiropraxie, « *nous n'avons jamais dit que nous étions favorables à ces reconnaissances. Une forte pression européenne est à l'origine de cette ouverture* ». En mars 2013, l'Académie nationale de médecine (ANM) remarqua que les MNC étaient « *un élément probablement irréversible de nos méthodes de soins […]. L'intérêt qui leur est porté […] oblige à les considérer avec sérieux* » [9]. Devant la place grandissante des MNC, elle recommanda aux facultés de médecine d'introduire une information sur ces pratiques au cours des études médicales, ce qui n'est actuellement pas réalisé. L'ANM était favorable à l'introduction des MNC à l'hôpital « *en supplément des moyens thérapeutiques validés* ». Elle y voyait un réel intérêt afin de « *préciser leur effet, de clarifier leur indication et d'établir les bonnes règles de leur utilisation* » [9].

Les facultés de médecine s'ouvrent progressivement aux MNC en proposant des diplômes universitaires ou inter-universitaires. Le cycle de formation le plus complet fut le diplôme universitaire des médecines naturelles (DUMENAT) créé en 1982 par le professeur Cornillot doyen de la faculté de Bobigny. Sept diplômes universitaires y étaient dispensés : acupuncture, auriculothérapie, ostéopathie, naturopathie, homéopathie, phytothérapie et mésothérapie. En 2012, le nouveau doyen de la faculté de Bobigny programma la fin progressive de ce diplôme [10]. D'autres initiatives inter-universitaires ont été mises en place, comme à Caen (médecine manuelle) et à Montpellier-Nîmes (médecine chinoise traditionnelle).

Bien que n'étant pas à proprement parler une institution scientifique, il convient de mentionner la position du Centre d'analyse stratégique (CAS). Il est chargé de faire des propositions économiques, sociales, environnementales ou technologiques au gouvernement. Dans son rapport de 2012, le CAS souhaitait un encadrement de la pratique des thérapeutes des MNC à l'image des *heilpratiker* allemands (praticiens de santé). Il suggéra l'instauration d'un label : « *les personnes qui ne sont ni des médecins, ni des professionnels paramédicaux devront se soumettre à des tests cliniques et juridiques pour obtenir cette appellation* » [11] [12]. Il préconisa le développement d'études bénéfices-risques et coûts-efficacité, ainsi que la création d'une plate-forme d'informations. Celle-ci recenserait les connaissances actuelles concernant les MNC, leurs praticiens et les plantes médicinales, permettant un « *choix*

*éclairé* » des patients. Comme l'ANM, le CAS suggéra de proposer aux étudiants des filières médicales et paramédicales une initiation facultative aux MNC.

c) Les établissements de santé et les praticiens

Les établissements de santé intègrent progressivement les MNC [13]. L'hôpital Robert Debré propose des cours d'autohypnose lors des cours de préparation à l'accouchement à but hypno-analgésique. Le docteur S. Brulé de l'hôpital Villejuif fait appel à l'auriculothérapie pour améliorer les douleurs chroniques liées aux traitements chirurgicaux et chimiothérapies. En juillet 2011, l'Assistance publique des hôpitaux de Paris créa un comité pour organiser des recherches sur les MNC. En décembre 2011, l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière reçut des médecins pour la deuxième journée d'études sur la médecine chinoise [14]. En septembre 2012, il signa un accord avec le ministre chinois de la santé pour former les médecins français à la médecine chinoise [15].

Les hôpitaux provinciaux font également appel aux MNC. Le service d'hépatologie de l'hôpital de la Croix-Rousse de Lyon propose depuis une quinzaine d'années, des consultations d'homéopathie pour diminuer les effets secondaires des traitements des hépatites et du sida. Au centre hospitalier universitaire de Nîmes, le docteur G. Tran propose des cours d'hypno-sédation ou anesthésies sous hypnose. Cette praticienne nota que « *l'hypnose est reconnue par nos sociétés savantes [Société française d'anesthésie et de réanimation] depuis 2004 comme pratique alternative à l'anesthésie générale* » [13], et que cette méthode permet de réduire le temps passé en salle de réveil. L'équipe obstétricale du centre hospitalier universitaire de Strasbourg utilise l'acupuncture dans plusieurs indications : en salle de travail pour rendre les contractions plus efficaces, pour accélérer la dilatation du col, pour améliorer l'allaitement ou en cas de baby-blues.

Le statut ambigu des praticiens de MNC rend difficile l'obtention de données fiables. Selon un rapport de la Direction de la recherche, des études et de l'évaluation statistique (DRESS) [16] datant de 2001, il était dénombré 95 000 médecins généralistes en France dont 10 036 ayant un exercice médical particulier. 4 526 pratiquaient l'homéopathie, 3 762 l'acupuncture, et 1 748 praticiens les deux.

d) Les patients et leur recours aux MNC

Il est difficile d'obtenir des informations précises et concordantes sur ce sujet. Les études montraient ([8] [17] [18] [19] [20] [21] [22] [23] [24]) que 30 à 50 % de la population française ont eu recours au moins une fois à une MNC.

La nature de cette population divergeait selon les études mais nous pouvons retrouver des critères communs. Il s'agissait d'une population majoritairement féminine. L'âge moyen s'étalait de 18 à 64 ans avec une prédominance pour la tranche d'âge des 30 – 50 ans. Les patients ayant recours aux MNC étaient principalement issus d'un milieu social élevé (cadres, professions intermédiaires et intellectuelles supérieures). L'étude du Credes [17] présenta une exception puisqu'elle indiquait que principalement les agriculteurs et les artisans-commerçants y avaient recours. Le lieu de vie (rural ou urbain) ne semblait pas être un critère pertinent. Nous notons néanmoins que les pratiques « *traditionnelles* » (rebouteux, etc.) étaient plus fréquentes en milieu rural, et les médecines plus récentes (ostéopathie, chiropraxie, naturopathie, etc.) en milieu urbain. Les patients avaient recours aux MNC majoritairement en complément de la médecine conventionnelle. Les raisons principales pour cet engouement étaient l'épargne médicamenteuse, une écoute plus longue et attentive, l'impression d'un traitement naturel moins agressif [19] [25]. La majorité des patients avançaient une efficacité des MNC puisque les taux avoisinaient les 80 % de satisfaction dans les différentes études [14] [21] [22].

# II. L'OSTÉOPATHIE

## A. Historique

L'ostéopathie fut créée au milieu des années 1880 par le médecin américain Andrew Taylor Still. Déçu par la médecine après la perte de trois de ses enfants par méningite, cet autodidacte rompit avec la médecine traditionnelle en 1874. Il puisa dans les médecines grecque, égyptienne, indienne et élabora une théorie selon laquelle les remèdes permettant de restaurer la santé se trouveraient dans le corps lui-même. Les maladies seraient causées par l'impossibilité totale ou partielle des nerfs de diffuser le fluide vital.

A. Taylor Still créa la première école indépendante d'ostéopathie en 1882 à Kirskville dans le Missouri. Son élève John Martin Littlejohn créa à Londres, en 1918, la première école européenne. Ce fut en 1950 que Paul Geny ouvrit la première école française. En 1954, le docteur Robert Maigne inventa la médecine manuelle – ostéopathie basée sur les connaissances scientifiques. Il fonda le Syndicat des médecins ostéothérapeutes français (SMOF) qui devint le Syndicat de médecine manuelle – ostéopathie de France (SMMOF).

## B. Définition

L'ostéopathie est définie comme : *« une pratique exclusivement manuelle dont le but est de pallier les dysfonctionnements de mobilité des tissus du corps humain* » [26]. Trois concepts guident cette thérapie [27] :

- Le corps est envisagé dans son unité fonctionnelle. Le corps constituerait un ensemble équilibré dont les différentes parties seraient interdépendantes les unes des autres.

- La structure gouvernerait la fonction. Les altérations de la structure seraient la cause des problèmes de santé et des dysfonctionnements du corps. La charpente osseuse serait solidaire et garante de l'harmonie des systèmes nerveux, musculaire et circulatoire.
- Le corps aurait une capacité d'auto-guérison. Une bonne circulation (artério-veineuse, lymphatique, etc.) serait indispensable à une bonne santé et toute entrave lui serait nuisible. Le traitement fut développé comme moyen de faciliter les mécanismes normaux d'autorégulation et d'auto-guérison du corps.

Pour la réalisation du traitement, le praticien recherche le dysfonctionnement de mobilité tissulaire par un diagnostic dit *spécifique*. L'information provenant des mécano-récepteurs activés par les contraintes tissulaires modifie la mobilité tissulaire. La mobilité perturbée entraîne un catabolisme qui entretient la lésion tissulaire. Ce phénomène est appelé la *lésion ostéopathique*. Cette dernière est définie comme une modification de structure qui assure sa propre continuité dans le temps et qui est réversible en cas de traitement approprié.

## C. Les différents courants

Il existe plusieurs courants dans l'ostéopathie [28] [29].

### a) L'ostéopathie structurelle

Base de l'ostéopathie, elle fut découverte et perfectionnée par A. Taylor Still. Cette pratique traite les blocages articulaires. Pour les soigner, le praticien utilise des techniques exclusivement manuelles par manipulations directes ou contractions musculaires (techniques myotensives). La manipulation est un « *geste spécifique et contrôlé qui restaure la mobilité du ou des mouvements mineurs perturbés dans les limites des amplitudes physiologiques et qui restaure les qualités fonctionnelles des tissus mis en relation. C'est une réponse manuelle non forcée au diagnostic ostéopathique* ». Il s'agit d'une manœuvre passive, de haute vélocité et de courte amplitude.

b) L'ostéopathie fonctionnelle

Elle compléta l'ostéopathie structurelle durant la deuxième moitié du XX$^{e}$ siècle. Elle concerne les organes internes et les fascias enveloppant muscles et viscères. Les principes de base sont les mêmes que pour l'ostéopathie structurelle : la recherche d'une restriction de mobilité et sa correction manuelle. Les viscères présentent à l'état normal une mobilité minime (appelée motilité) qui peut être perturbée. Par des tests manuels, l'ostéopathe recherche les tensions anormales des fascias et des ligaments qui retiennent les viscères à l'appareil musculo-squelettique. Par de très fins mouvements indolores et non-agressifs, il libère ces tissus de leurs surtensions afin de restaurer leur souplesse.

c) L'ostéopathie crânio-sacrée

Elle naquit durant la première moitié du XX$^{e}$ siècle sous l'égide de William Sutherland, élève de Still. Bien que le crâne ne contienne que peu d'articulations, les principes ostéopathiques s'y appliquent. La légère malléabilité de ses os, et la manière dont ils s'imbriquent, autorisent une infime mobilité due aux tensions des membranes attachées à l'intérieur et l'extérieur de la boîte crânienne. La technique de mobilisation consiste en de légères pressions appliquées à des endroits précis de la tête selon un rythme particulier, de manière très douce. Il arrive que l'ostéopathe applique le même type de technique au sacrum afin de libérer les ligaments de la colonne vertébrale, d'où le nom de technique crânio-sacrée.

d) Médecine manuelle - ostéopathie [9] [30]

La médecine manuelle - ostéopathie de Robert Maigne, rhumatologue, est une technique thérapeutique réservée aux médecins et professionnels de santé diplômés. Elle se fonde sur des manipulations non-douloureuses et des mouvements contraires basés sur un déplacement libre et indolore. Cette thérapie utilise des techniques aux résultats éprouvés pour traiter la colonne vertébrale et les membres. Ainsi, le SMMOF préconise peu les techniques crâniennes et viscérales car « *les bases scientifiques ne sont pas encore convaincantes* ».

## D. Indications

Selon la réglementation française, l'ostéopathie est destinée aux troubles fonctionnels du corps humain, excluant les pathologies organiques. Le Syndicat français des ostéopathes donne comme indications [31] :

- Les articulations et les muscles : rachialgies ; certaines entorses (cheville, genou, poignet, etc.) ; certaines tendinopathies (tennis-elbow, golf-elbow, périarthrite, etc.) ; traumatologie du sport ; certaines perturbations de l'articulé dentaire.
- Le système nerveux : céphalées, migraines ; état d'hypernervosité (anxiété, troubles du sommeil, stress, fatigue, irritabilité, etc.) ; névralgies (cruralgies ; sciatiques ; névralgies cervico-brachiales, d'Arnold ou intercostales).
- Le système digestif et viscéral : troubles de la digestion (constipation, diarrhées chroniques, ballonnements, brûlures d'estomac, colites spasmodiques, nausées, difficultés de digestion) ; troubles génito-urinaires (règles irrégulières, douloureuses ; douleurs lors des rapports sexuels ; troubles prostatiques ; certaines incontinences, etc.).
- Les séquelles de traumatisme : accidents de la voie publique ; conséquences de chutes et de chocs (coccyx, épaule, crâne, etc.) ; travail post-chirurgical après cicatrisation.

Ce spectre varie selon les écoles de pensées. L'Union fédérale des ostéopathes de France y joint les systèmes oto-rhino-laryngé et pulmonaire (sinusite, rhinite, acouphènes, vertiges, asthme, bronchite) [32]. Ostéos de France ajoute que l'ostéopathie crânienne est « *recommandée pour les bébés ayant eu une naissance difficile ayant déformé la tête* » [29]. Selon le SMMOF [33] les indications sont plus restreintes : « *les indications habituelles pratiquées par les médecins ostéopathes concernent la colonne vertébrale et les membres (problèmes articulaires, musculaires et tendineux dans une moindre mesure) où les techniques sont très éprouvées et des études scientifiques ont été menées* ».

## E. Contre-indications

Toute manipulation peut présenter un risque si les contre-indications ne sont pas respectées. Elles concernent toutes les fragilités ostéo-articulaires, qu'elles soient d'origine traumatique (fracture, entorse, luxation, etc.), infectieuse, inflammatoire, tumorale (bénigne ou maligne), etc. Les pathologies vasculaires, notamment les insuffisances vertébro-basilaires, et neurologiques constituent également des contre-indications aux manipulations.

Le détail des contre-indications, absolues et relatives, est présenté dans l'annexe 1.

## F. Effets indésirables

Des effets indésirables bénins sont possibles après une séance d'ostéopathie (gêne locale, céphalée, asthénie, etc.). Les conséquences peuvent être plus graves : évolution défavorable d'une pathologie, aggravation de lésions ostéo-articulaires préexistantes, compression des structures nerveuses nécessitant une libération chirurgicale, dissection ou thrombose de l'artère vertébro-basilaire [34]. La dissection de l'artère vertébrale est facilitée par une lésion anatomique préexistante sur l'artère controlatérale, du fait du déséquilibre des pressions sanguines. Le risque est également plus élevé en cas de rigidité artérielle athéromateuse, d'ostéophytes compressifs ou d'autres facteurs de risque artériel. Cette complication est favorisée par les manipulations en extension et rotation du rachis cervical supérieur [35]. La dissection entraîne une atteinte du territoire vertébro-basilaire avec possible infarctus du tronc cérébral ou de l'encéphale. Dans 90 % des cas, les symptômes surviennent immédiatement ou dans les heures qui suivent la manipulation. Le pronostic est mauvais avec 90 % de décès en cas d'atteinte bulbaire et 35 % en cas de lésion de l'artère vertébrale [36].

Les accidents par manipulations vertébrales restent faibles et les accidents graves sont rares. Selon l'Union latine et européenne de la médecine manuelle, le nombre d'accidents fut estimé à deux pour un million de manipulations vertébrales, et

deux accidents vertébro-basilaires pour un million de manipulations du rachis cervical [37]. Les statistiques des assurances Gamm et Axa [38] et du Sou médical [36] avançaient les mêmes chiffres.

Les accidents post-manipulatifs étant imprévisibles, le principe de précaution s'applique. Dans cet objectif, le Dr. Robert Maigne présenta quelques recommandations :

- L'interrogatoire pré-manipulatif recherche des manifestations indésirables (vertiges, nausées, etc.) après une précédente manipulation. Cette constatation peut témoigner d'un accident ischémique minime, voire d'un simple spasme vasculaire, et contre-indique totalement les manipulations cervicales.
- L'examen clinique et neurologique est indispensable avant toute manipulation cervicale.
- Les contre-indications absolues et relatives aux manipulations cervicales doivent être respectées.
- Au cours de la première consultation, les manipulations cervicales seront évitées, au profit des traitements médicamenteux et manipulations dépourvus de danger. Les manipulations cervicales seront envisagées en second recours, en préférant celles limitant au maximum la rotation.
- Il convient d'informer le patient sur les manipulations cervicales et les risques encourus. Les vertiges et céphalées après un traitement doivent entrainer une consultation de contrôle rapidement.

## G. Comparaison avec les autres techniques manuelles reconnues

| | OSTÉOPATHIE | CHIROPRAXIE | KINÉSITHERAPIE |
|---|---|---|---|
| Historique | Créée aux États-Unis en 1874 par le Dr. Andrew Taylor Still, elle est reconnue en France depuis le 4 mars 2002. | La chiropraxie fut créée dans les années 1880 par Daniel David Palmer à partir de l'ostéopathie. Elle est reconnue en France depuis le 4 mars 2002. | La kinésithérapie fut créée et reconnue en 1946. Elle a d'abord permis de soigner et rééduquer les blessés de la seconde guerre mondiale. |
| Objectif – principes | Un défaut de mobilité de l'organisme (articulation, muscle, ligament, viscère, etc.) entraine une lésion source de douleurs.<br>Son objectif est de rétablir l'harmonisation et la mobilité des structures de tout l'organisme.<br>Sa vision est holistique. | Elle s'appuie sur la relation du système nerveux avec les autres systèmes du corps à partir de la colonne vertébrale. Les subluxations vertébrales perturbent l'influx nerveux causant des douleurs.<br>Son objectif est de rétablir le bon fonctionnement du rachis.<br>Sa vision est holistique. | Elle intervient de manière locale pour rendre le maximum d'autonomie à un patient. Elle diminue les douleurs, assure la mobilité articulaire et veille au bon fonctionnement musculaire. Elle lutte également contre les troubles circulatoires (artériel, veineux, lymphatiques, respiratoire). |
| Formation | Le cursus de formation est de 3 520 heures minimum, à temps plein ou partiel. | Le cursus de formation est de 6 ans à temps plein, soit plus de 5000 heures de cours (théoriques et pratiques). La formation est uniformisée à l'échelle mondiale ; il n'existe qu'une école en France. | Le cursus de formation est de 3 ans à temps plein, dont une année de médecine. La formation est uniformisée à l'échelle nationale. |
| Place dans le système de soins français | L'ostéopathe est un professionnel de première intention. Certaines manipulations nécessitent l'obtention d'un certificat médical.<br>Ses séances ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale. | Le chiropraticien est un professionnel de première intention ; il n'est pas soumis à un certificat médical.<br>Ses séances ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale. | Le kinésithérapeute est un professionnel paramédical qui intervient sur ordonnance d'un médecin.<br>Ses séances sont alors prises en charge par la sécurité sociale, le plus souvent à 60 %. |
| Techniques | L'ostéopathe traite le corps dans son ensemble. Il effectue des manipulations non forcées exclusivement. | Le chiropracteur ne traite que la colonne vertébrale. Il peut effectuer des manipulations :<br>- non forcées,<br>- instrumentales,<br>- avec vecteurs de force. | Le kinésithérapeute utilise des techniques passives (massage, étirement musculaires, mobilisation articulaires) ou actives (exercices de renforcement musculaires ou de rééducation). Il peut s'appuyer sur différentes techniques, telles la cryothérapie, les ultrasons, la balnéothérapie, etc. |

# III. LA PLACE DE L'OSTÉOPATHIE EN FRANCE

## A. La position du gouvernement français

### a) Le rapport Lannoye

L'Union européenne exerça une influence sur ses États membres dans le processus de reconnaissance des MNC. Cette pression s'accentua suite à l'adoption de la résolution sur le statut des MNC par le Parlement européen. Le 27 octobre 1994 eut lieu au Parlement un débat houleux soulevant de nombreuses interrogations sur la place des MNC. Son Président décida de renvoyer la proposition de résolution. Un mois plus tard, la Commission de l'environnement, de la santé publique et de la protection des consommateurs proposa d'établir un rapport sur les MNC. Il fut dirigé par Paul Lannoye, député belge ayant mené des débats sur ces pratiques depuis 1992, d'où le nom de *rapport Lannoye*.

Selon ce rapport, deux conceptions de la santé coexistaient au sein de l'Union européenne. La première, prédominante dans les pays du Sud de l'Europe et en France, considérait que seuls les médecins pouvaient pratiquer les soins de santé. Quelques actes pouvaient être délégués au personnel paramédical. La seconde, prédominante au Nord, estimait que toute personne pouvait pratiquer les soins de santé, y compris les praticiens de MNC. Seuls certains actes étaient réservés aux médecins, qui détenaient l'autorité et restaient la référence en matière d'organisation des soins. Selon la Commission européenne, cette législation hétérogène créait des disparités entre les patients. L'accès aux différents soins variait selon les pratiques reconnues dans chaque pays. Le rapport Lannoye préconisa une législation et une harmonisation du statut des praticiens non conventionnels. Cette législation devait toutefois veiller à garantir l'innocuité et la qualité des pratiques dispensées. La Commission conseilla de reconnaître l'absence de nocivité pour les disciplines bénéficiant d'une reconnaissance dans au moins un pays membre. Le rapport précisa que la recherche d'efficacité n'était « *pas possible selon les méthodes scientifiques généralement admises, ou suscite, pour le moins, de sérieuses controverses* » [40]. La Commission rapporta que la plupart des praticiens de MNC était organisée au niveau

national voire européen. Elle entendait par là qu'existait « *un code de conduite professionnel, définissant les règles à respecter par les membres actifs de la profession de même qu'un registre des membres de ladite profession* » [40]. L'Union européenne était encouragée à harmoniser le statut des praticiens en son sein, y compris dans les pays ne considérant pas ces pratiques. Un remboursement par la Sécurité sociale fut préconisé dès lors qu'une thérapie était reconnue comme efficace. L'objectif était de favoriser le libre choix thérapeutique pour le patient et de limiter les dépenses via un barème médico-mutualiste. La Commission s'inquiéta des risques de dérives : la souscription à ce barème devait rester un libre choix pour le praticien ; et le système ne devait pas exclure les assurances privées.

Le vote de la résolution s'effectua au Parlement européen le 29 mai 1997. Celui-ci refléta le clivage des pays européens : 152 voix en faveur, 125 voix opposées et 28 abstentions. Le texte fut adopté en première lecture : « *le Parlement demande à la Commission d'élaborer en priorité une étude approfondie sur l'innocuité, le champ d'application et le caractère complémentaire et/ou alternatif de chaque discipline non conventionnelle ainsi qu'une étude comparative entre les modèles juridiques nationaux auxquels sont affiliés les praticiens de ces médecines. Il demande également si les résultats de cet examen leur permettent de s'engager dans un processus de reconnaissance des MNC de prendre les mesures nécessaires pour favoriser la mise en place de comités appropriés* » [40]. Entrèrent dans le cadre de ces médecines la chiropraxie, l'homéopathie, la médecine anthroposophique, la médecine traditionnelle chinoise, y compris l'acupuncture, le shiatsu, la naturopathie, l'ostéopathie et la phytothérapie.

b) <u>Le gouvernement français et l'ostéopathie</u>

Dans le passé, le gouvernement français sembla indécis vis-à-vis des MNC, ballotté entre les patients regroupés en associations, la communauté scientifique et médicale. Le rapport Lannoye incita la France à mettre en place une commission dont le travail aboutit à l'article 75 de la loi n° 2002-303 des « *Droits des Malades* » du 4 mars 2002. Celui-ci légalisa le titre d'ostéopathe : « *l'usage professionnel du titre*

*d'ostéopathe […] est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique* » [41]. Ce titre peut être indiqué sur la plaque du professionnel par la mention DO (diplômé en ostéopathie). Les décrets d'application furent pris le 25 mars 2007 et publiés au Journal officiel de la République française le 27 mars 2007.

*Le décret 2007-435 [42]*

Ce décret concerne les conditions d'exercice de l'ostéopathie. La première partie rapporte que sont autorisées « *les manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain* » excluant toute pathologie organique nécessitant un traitement médical ou chirurgical. Ces manipulations sont « *exclusivement manuelles et externes […] non instrumentales, directes ou indirectes, non forcées* ». Le décret précise que l'ostéopathe doit orienter le patient vers un médecin en cas de pathologie ne relevant pas de sa compétence ou d'absence d'amélioration des symptômes. L'ostéopathe ne peut pas pratiquer des manipulations gynéco-obstétricales et touchers pelviens. Un certificat médical de non contre-indication est impératif pour les manipulations du crâne, de la face, du rachis chez le nourrisson de moins de six mois, et du rachis cervical quel que soit l'âge. Ces remarques ne sont pas applicables *« aux médecins ni aux autres professionnels de santé lorsqu'ils sont habilités à réaliser ces actes* ».

La seconde partie explicite l'usage professionnel du titre d'ostéopathe. Le diplôme pour les médecins et personnels paramédicaux (sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmières) est délivré par « *une université de médecine »*. Ce diplôme est « *reconnu par le Conseil national de l'Ordre des médecins* ». Il peut aussi être délivré par un établissement privé agréé. Ces derniers forment également les non-professionnels de la santé. Tous les professionnels doivent s'enregistrer auprès de la préfecture de leur résidence professionnelle en précisant la nature des diplômes ou des études suivies. Les professionnels de santé mentionnent également leur diplôme médical ou paramédical. Pour les personnes usant du titre d'ostéopathe avant la publication du décret, le préfet de région du lieu d'exercice a pu délivrer une autorisation d'exercice. Pour cela, les professionnels devaient justifier d'une formation conforme au décret ou d'une « *expérience professionnelle dans le domaine de l'ostéopathie d'au moins cinq années consécutives et continues au cours des huit*

*dernières années* ». Les ressortissants européens titulaires d'un diplôme d'ostéopathie peuvent demander une autorisation d'exercice auprès du directeur général de l'Agence régionale de la santé.

*Le décret 2007-437* [43]

Ce décret est relatif à la formation des ostéopathes visant « *à l'acquisition des connaissances nécessaires à la prise en charge des troubles fonctionnels* ». Jusqu'en 2014, la formation se déroulait en 2 600 heures minimum, dont « *1 435 heures d'enseignement théorique des sciences fondamentales et de biologie et 1 225 heures d'enseignement théorique et pratique de l'ostéopathie* ». Le programme se décomposait en : physiopathologie et pharmacologie ; appareil locomoteur, fonctions normales et pathologiques ; système nerveux central et périphérique, fonctions normales et pathologiques ; appareil ostéo-articulaire, fonctions normales et pathologies rhumatismales ; appareils cardio-vasculaire et respiratoire, fonctions normales et pathologiques ; psycho-sociologie et aspects réglementaires ; concepts et techniques de l'ostéopathie. Comme nous le verrons ultérieurement, ce décret a été récemment modifié par de nouveaux textes de loi rentrés en vigueur en septembre 2015. Il existait, et existe encore, des dispenses partielles de formation pour certaines professions de santé (inscrites dans le code de la santé publique et fixées par arrêté ministériel).

Le décret stipule également les conditions d'agrément des établissements formant à l'ostéopathie. Cette partie fut également modifiée par les nouveaux textes de loi. Jusqu'en 2014, l'agrément était accordé « *pour une durée de quatre ans par le ministère chargé de la santé après avis d'une commission nationale d'agrément* ». Pour cela, l'établissement devait assurer une formation conforme aux conditions citées ci-dessus ; être engagé dans une démarche d'évaluation de la qualité de l'enseignement proposé ; avoir une équipe pédagogique composée « *d'enseignants permanents, de professionnels de santé et de personnes autorisées à la pratique de l'ostéopathie* ». Ces conditions étaient considérées remplies pour les universités. À la rentrée scolaire 2014, nous dénombrions en France soixante-quatorze établissements privés agréés pour la formation en ostéopathie des titulaires du baccalauréat. La durée et le contenu de la formation était très variables (de trois à six ans selon l'ANM [9]). Pour les professionnels de santé, dix-sept facultés proposaient un diplôme inter-universitaire *médecine manuelle - ostéopathie* : Aix-Marseille, Bobigny,

Paris XIII, Bordeaux, Caen, Dijon, Grenoble, Lille, Lyon, Paris V, Paris VI, Reims, Rennes, Saint-Étienne, Strasbourg, Toulouse, Tours. Vingt-trois écoles d'ostéopathie, distinctes ou non des facultés citées, proposaient une formation pour les professionnels de santé.

## B. Environnement médical

### a) Les instances

En 2006, la Haute autorité de santé (HAS) réalisa une étude documentaire sur les métiers d'ostéopathe et chiropracteur en Europe [44]. L'objectif était d'établir un état des lieux des modalités d'organisation et d'exercice de ces professions dans les pays européens (Belgique, Royaume-Uni, Suède, Suisse) où elles étaient reconnues et régulièrement pratiquées. L'HAS dicta le 17 janvier 2007 sa ligne de conduite concernant les décrets 2007-435 et 2007-437 décrits précédemment. Cette position fut transcrite dans le cadre de l'article R 161-72 du Code de la sécurité sociale [45], modifié par le décret n° 2012-597 du 27 avril 2012 : « *Dans le domaine de l'information des professionnels de santé et du public sur le bon usage des soins et les bonnes pratiques, la Haute autorité […] établit les recommandations de bonnes pratiques concernant les ostéopathes et les chiropracteurs et est consultée sur les dispositions réglementaires prises pour l'application de l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 modifiée relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* » [41].

L'ANM publia un rapport le 10 janvier 2006 intitulé *l'Ostéopathie et Chiropraxie* [9]. Elle y pointa la grande hétérogénéité dans le mode d'accès à ces disciplines (médecins, auxiliaires médicaux, étudiants sans formation médicale) pour une pratique identique ; le nombre excessif d'écoles d'où des débouchés aléatoires. Pour l'ANM, ostéopathie et chiropraxie devraient être considérées avec sérieux au vu de l'augmentation des publications et projets de recherche. Elle se montra néanmoins septique sur leur efficacité par manque de preuves. Elle recommanda d'en éviter l'usage sans avis médical et de les considérer comme une « *méthode adjudante*

*pouvant compléter les moyens de la médecine* » [9] et non une solution de premier recours.

b) Praticiens et patients

La France est au premier rang européen concernant la densité d'ostéopathes (un pour 5 546 habitants selon le registre des ostéopathes de France de 2010). L'analyse de la démographie montre une rapide augmentation des professionnels ostéopathes (11 608 en janvier 2010 et 15 083 en juillet 2011, soit une augmentation de 30 %) y compris des médecins ostéopathes (passant de 1 120 à 1 372 pour la même période, soit une hausse de 22 %) [46].

Les chiffres concernant les patients sont imprécis, les études étant peu nombreuses. Selon un sondage Opinion Way effectué près de 1 000 individus pour le SMMOF en 2010, 42 % des personnes interrogées affirmaient avoir consulté un ostéopathe, dont 20 % dans les douze derniers mois [30].

# **DEUXIÈME PARTIE** :

ENQUÊTE DESCRIPTIVE
AUPRÈS DES MAÎTRES DE STAGE
DE HAUTE-NORMANDIE

# I. OBJECTIFS ET MÉTHODE

## A. Objectifs

Le médecin généraliste se trouve à la jonction entre les patients, la Loi et les instances médicales. Il doit associer les avis et recommandations de chacun pour assurer la prise en charge optimale de ses patients. Qu'en est-il lorsque ces avis divergent ? L'ostéopathie intéresse les patients, la Loi la légalise. Cependant, les instances médicales restent sceptiques vis-à-vis de cette MNC. L'objectif principal de cette étude descriptive quantitative anonymisée est de décrire et quantifier les éléments incitant les médecins à recourir, ou non, à cette thérapie.

Les objectifs secondaires sont de :

- Décrire les indications à ce recours,
- Rechercher les éléments à préciser pour aider le médecin généraliste à statuer sur l'ostéopathie.

## B. Population étudiée

L'enquête a été réalisée auprès des maîtres de stage des universités (MSU) en médecine générale. Ces derniers accueillent dans leur cabinet des étudiants en deuxième cycle des études médicales ou des internes en médecine générale. Une partie d'entre eux participent également à l'enseignement théorique de médecine générale en troisième cycle des études médicales.

En nous basant sur la liste fournie par l'Université de Rouen aux internes en médecine générale, nous dénombrons près de 200 MSU en Haute-Normandie. Nous avons constitué un échantillon à partir du trombinoscope des MSU sur le site internet du Collège national des généralistes enseignants [47]. Nous avons sélectionné les médecins généralistes pour lesquels une adresse e-mail était disponible soit 84 médecins.

## C. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir des éléments identifiés dans la littérature ([6], [21], [22], [48]). Le formulaire a été réalisé grâce au logiciel Survey Monkey [49] permettant la création d'enquêtes en ligne. Il a été testé auprès de médecins généralistes ; les questions ambiguës ont été reformulées.

L'enquête présentait des questions à choix multiples, à choix simples et des questions ouvertes. Elle était divisée en quatre parties (cf. questionnaire en annexe 2) :

- « *vous et votre exercice* », afin de décrire les caractéristiques de l'échantillon.
- « *votre expérience en ostéopathie* » pour étudier le recours à l'ostéopathie de l'échantillon et leur ressenti personnel et professionnel.
- « *vous avez recours à l'ostéopathie* » étudiant les raisons pour lesquelles les médecins généralistes utilisent cette MNC ; et « *vous n'avez pas recours à l'ostéopathie* » pour en décrire les freins.
- « *éléments incitatifs* » portant sur les éléments pouvant aider les médecins généralistes à recourir à l'ostéopathie.

## D. Diffusion du questionnaire

Comme énoncé précédemment, nous avons sélectionné les 84 médecins généralistes – MSU dont l'adresse e-mail était disponible sur le site du Collège national des généralistes enseignants. Un courrier électronique leur a été envoyé le 01 février 2014 avec le lien permettant l'accès anonyme au questionnaire (*https://fr.surveymonkey.com/s/M5GX5Y2*). Le formulaire était disponible jusqu'au 31 mars 2014 inclus ; un e-mail de rappel a été envoyé début mars 2014.

Sur les 84 e-mails envoyés, dix adresses électroniques étaient erronées, un médecin généraliste nous a indiqué qu'il était retraité et un autre qu'il travaillait exclusivement comme urgentiste. Au total, 72 questionnaires ont été transmis.

## E. Analyse des données

Les résultats ont été exploités à l'aide du logiciel Survey monkey. Dans un premier temps, nous avons réalisé une étude descriptive de la totalité de l'échantillon, puis des médecins ayant recours à l'ostéopathie d'une part, et ceux n'y ayant pas recours d'autre part.

Dans un second temps, des variables ciblées ont été comparées entre ces deux populations à l'aide du test de Fisher sur le site Biostatgv [50]. Les résultats de comparaison ont été considérés comme statistiquement significatifs au-delà du seuil $p = 0,05$ avec un intervalle de confiance de 95 %.

# II. RÉSULTATS

## A. Participation

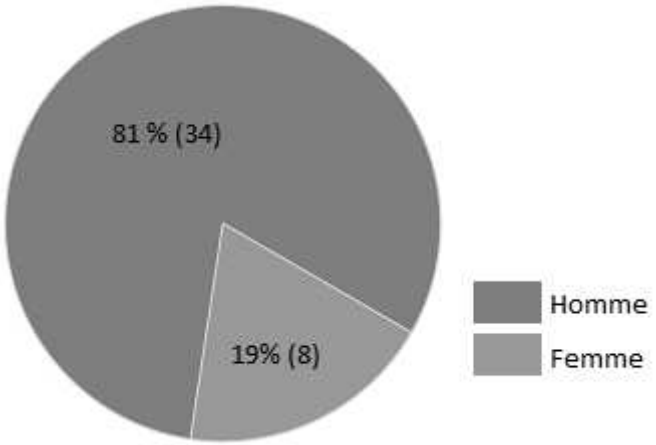
Le taux de participation est de 58,33 % ce qui représente quarante-deux réponses reçues entre le 01 février et le 31 mars 2014 inclus.

## B. Caractéristiques de l'échantillon

### a) Vous et votre exercice

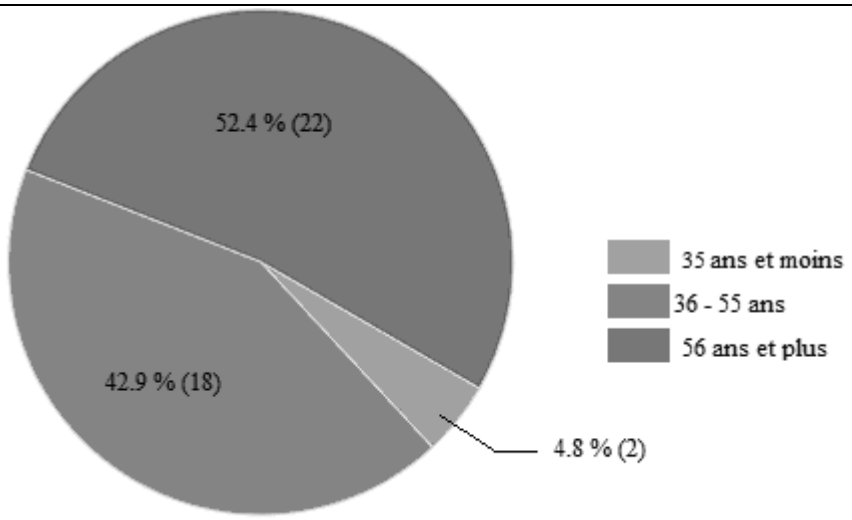
On retrouve une majorité d'hommes (81 %).

Quel est votre sexe ?



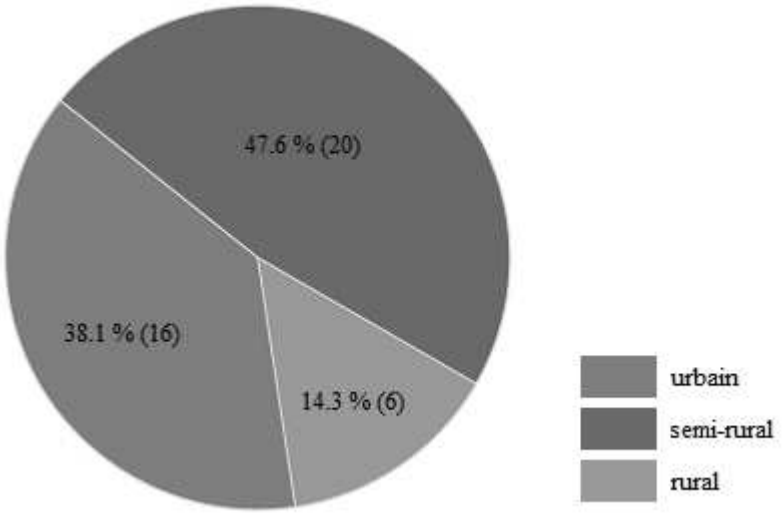
Parmi ces médecins, 4,8 % ont 35 ans ou moins, 42,9 % ont entre 36 et 55 ans, et 52,4 % ont 56 ans et plus.

Quel est votre âge ?



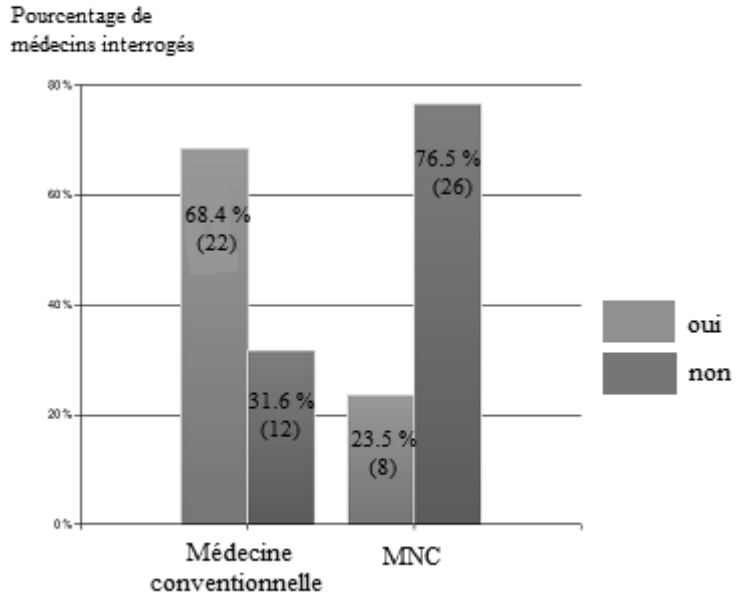

Ils exercent principalement en milieu semi-rural (47,6 %) et urbain (38,1 %).

Quel est votre lieu d'exercice ?



68,4 % des répondants déclarent avoir une formation complémentaire en médecine conventionnelle (deux médecins en soins palliatifs, un en allergologie, deux en santé publique, un en gériatrie, un en urgence pédiatrique, deux en prise en charge de la douleur, trois en médecine du sport, un en médecine tropicale). 23,5 % ont un diplôme en médecine non conventionnelle (quatre médecins en ostéopathie, cinq en homéopathie, un en K-taping, un en acupuncture). À noter que quatre médecins généralistes ont une formation dans les deux modes d'exercice.

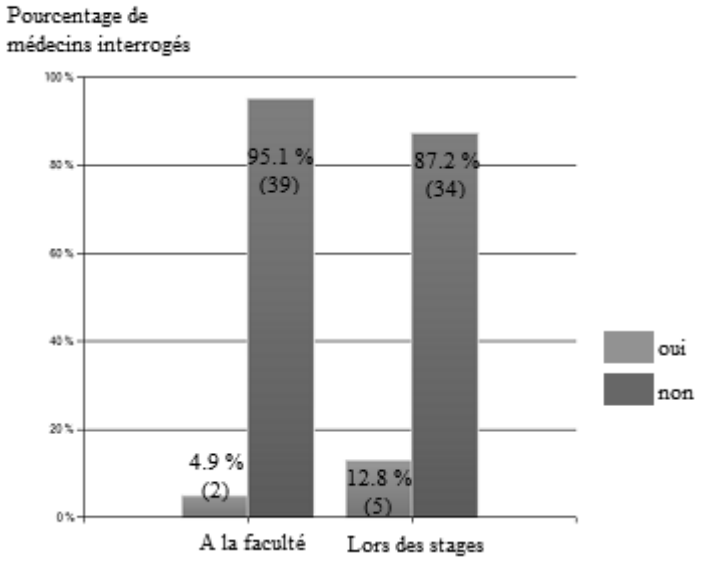
Avez-vous une formation complémentaire ?




b) Votre expérience en ostéopathie

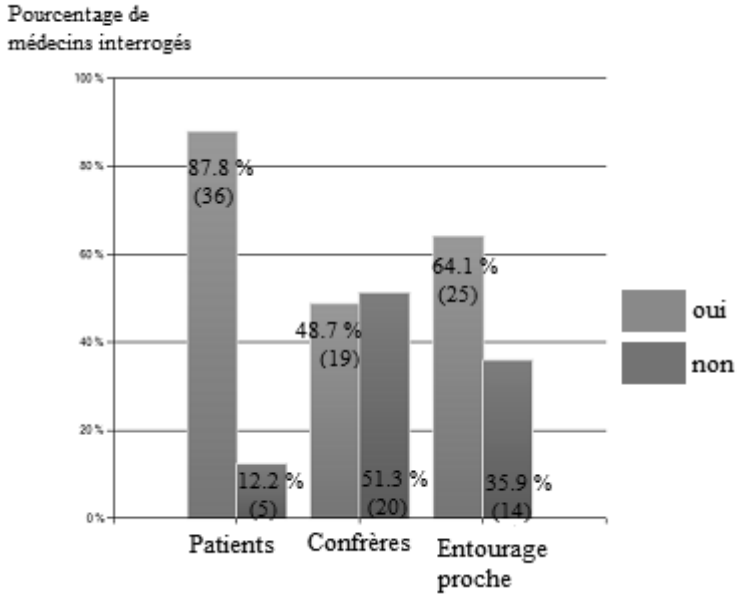
En grande majorité, les répondants n'ont eu aucune initiation à l'ostéopathie lors de leurs études. 4,9 % des médecins interrogés en ont eu une à la faculté, et 12,8 % lors de leurs stages. Personne n'a eu de formation simultanée dans les deux lieux proposés.

Lors de vos études, avez-vous eu une initiation à l'ostéopathie ?



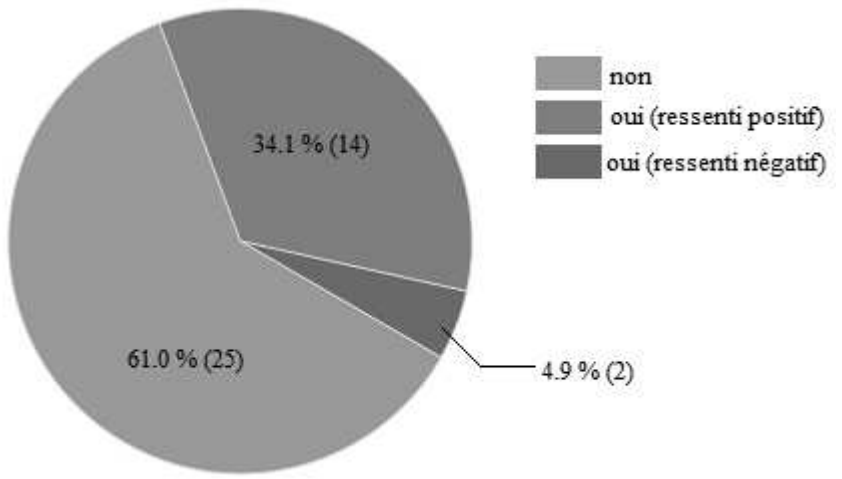

87,8 % des sondés rapportent un retour majoritairement positif de la part de leurs patients, 48,7 % de la part de leurs confrères et 64,1 % de leur entourage proche.

Avez-vous eu des retours majoritairement positifs de la part … ?



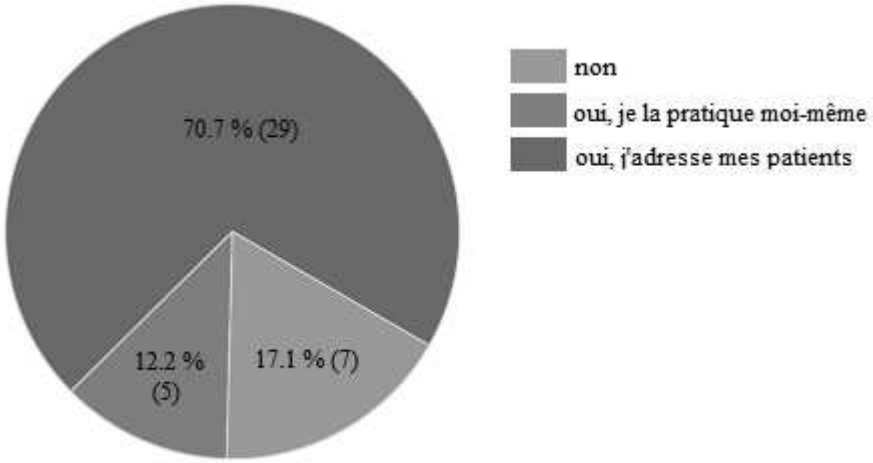
61 % des médecins interrogés n'ont jamais eu de recours personnel à l'ostéopathie. Parmi les autres, quatorze personnes ont eu un ressenti positif et deux un ressenti négatif.

Avez-vous eu recours pour vous-même à l'ostéopathie ?




En majorité (70,7 %), les répondants adressent leurs patients à un ostéopathe tandis que 12,2 % pratiquent eux-mêmes cette thérapie. 17,1 % ne l'incluent pas dans la prise en charge thérapeutique de leurs patients.

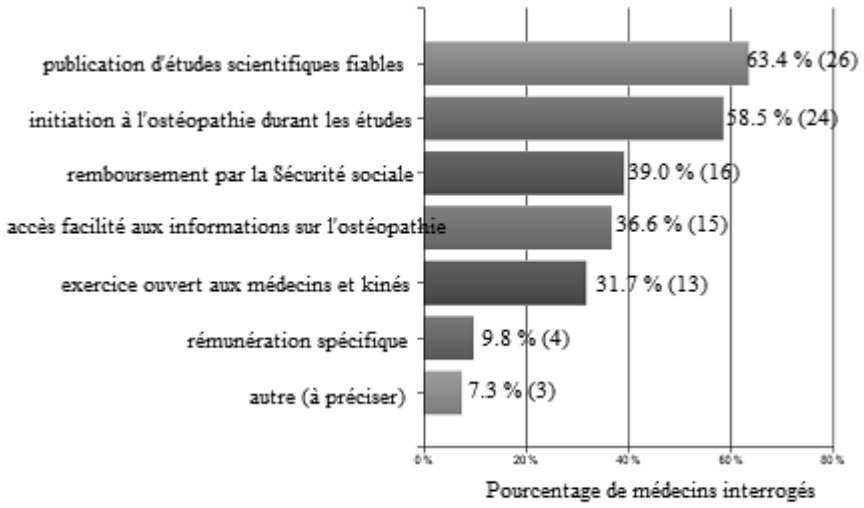
Incluez-vous l'ostéopathie dans la prise en charge de vos patients ?



c) Éléments incitatifs

Les principaux éléments qui inciteraient les médecins généralistes à recourir à l'ostéopathie sont, d'après les personnes interrogées, la publication d'études scientifiques fiables (63,4 %) suivie de l'initiation à l'ostéopathie lors des études médicales (58,5%).

Quels éléments inciteraient les médecins généralistes à recourir à l'ostéopathie ? (plusieurs réponses possibles)




Les répondants ont rajouté aux réponses proposées :

- *« la reconnaissance de l'ostéopathie en tant que profession paramédicale au même titre que les podologues, les diététiciennes, les orthophonistes, etc.. »,*
- *« des formations continues régulières dans ce domaine »,*
- *« le désir de découvrir une technique efficace ».*

## C. Les médecins ayant recours à l'ostéopathie : groupe $O^+$

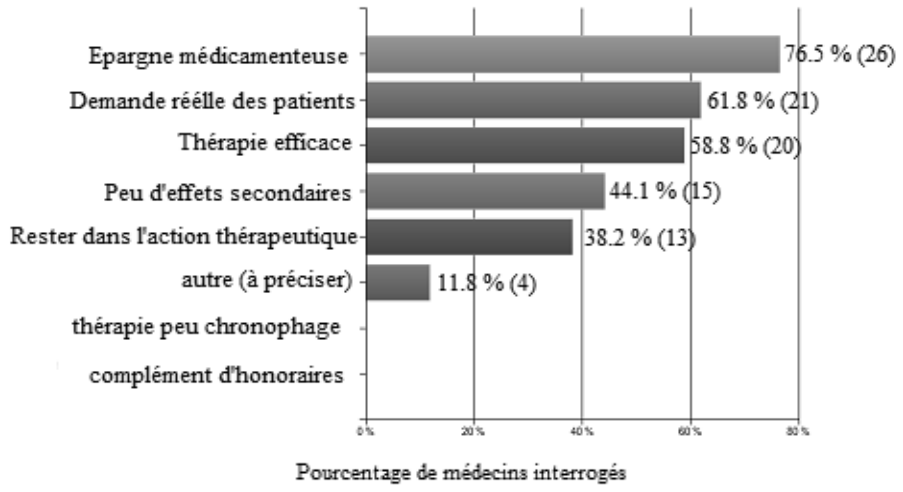
Cette catégorie regroupe les médecins ayant recours à l'ostéopathie dans la prise en charge de leurs patients, soit sur un mode d'adressage (vingt-neuf médecins) soit en la pratiquant eux-mêmes (cinq médecins). Il s'agit principalement d'hommes (79,4 %) exerçant en milieu semi-rural (52,9 %) et urbain (32,4 %). 5,9 % ont 35 ans ou moins, 47,1 % entre 36 et 55 ans et 47,1 % 56 ans et plus.

73,2 % ont une formation complémentaire en médecine conventionnelle et 28,6 % en médecine non conventionnelle. Lors de leurs études, 5,9 % ont eu une initiation à l'ostéopathie à la faculté, 15,6 % lors de leurs stages.

94,1 % ont eu des retours majoritairement positifs de la part des patients, 57,6 % de la part des confrères et 69,7 % de leur entourage proche. 41,2 % des médecins ont eu un recours personnel à l'ostéopathie avec un ressenti positif, 2,9 % avec un avis négatif, 55,9 % n'y ont pas eu recours.

Les principales raisons du recours à l'ostéopathie sont une épargne médicamenteuse (76,5 %), une réelle demande des patients (61,8%) et l'efficacité de la thérapie (58,8 %).

Pourquoi avez-vous recours à l'ostéopathie ? (plusieurs réponses possibles)

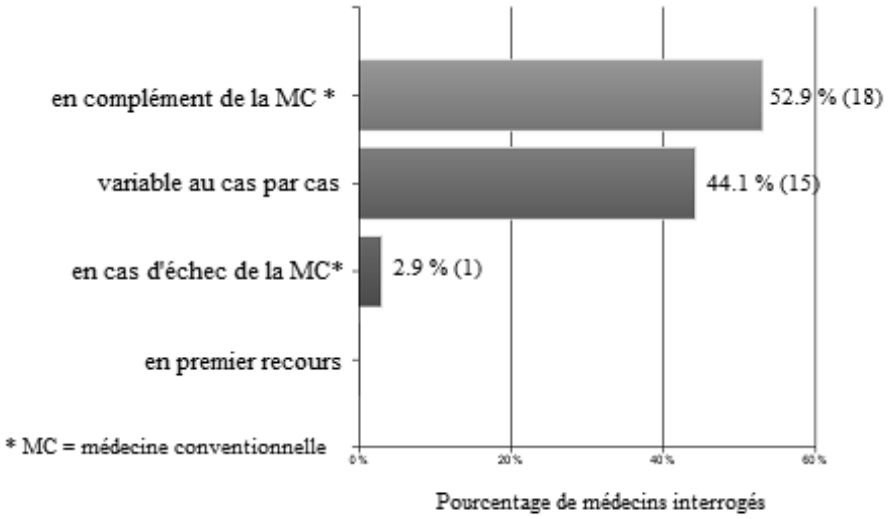



Les répondants ont rajouté aux propositions :

- *« soulagement rapide si indications bien posées »,*
- *« bien indiquée, l'ostéo est plus pertinente qu'un traitement conventionnel »,*
- *« Non remboursement ce qui induit un effet placebo majeur »,*
- *« ça fait travailler ma collègue ostéopathe ».*

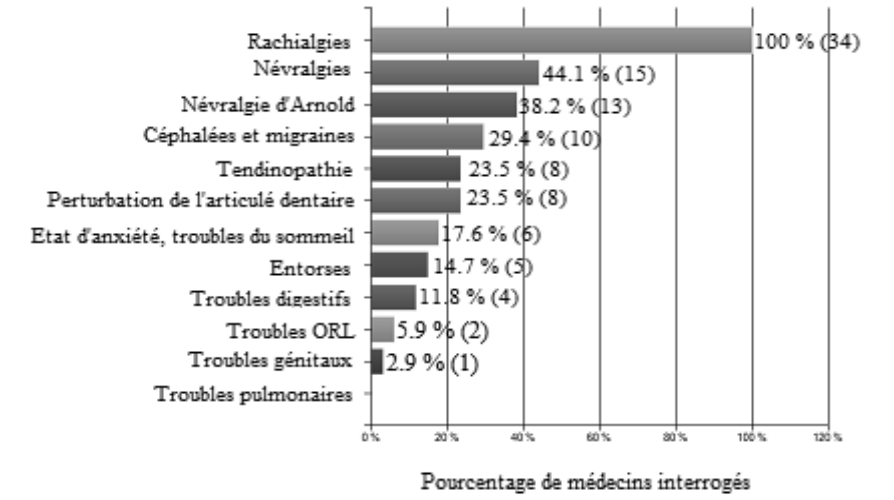
Dans la majorité des cas, l'ostéopathie est utilisée en complément de la médecine conventionnelle (52,9 %).

Vous utilisez majoritairement l'ostéopathie … ?




La principale indication ostéopathique citée est représentée par les rachialgies (100 %).

Pour quelles indications avez-vous recours à l'ostéopathie ? (plusieurs réponses possibles)




Les réponses libres concernent exclusivement l'appareil ostéo-articulaire. Les rachialgies sont citées par treize personnes, quatre la limitent aux lombalgies, une aux dorso-lombalgies, une précise les rachialgies mécaniques. Nous retrouvons ensuite une indication rhumatologique sans précision (sept répondants), les arthralgies mé-

caniques (un), les troubles de l'appareil locomoteur (un), le syndrome de la charnière (un) et les douleurs chroniques sans précisions (un).

## D. Les médecins n'ayant pas recours à l'ostéopathie : groupe $O^-$

Étant donné le faible effectif (sept médecins) de cette population, les résultats sont décrits en chiffre et non en pourcentage.

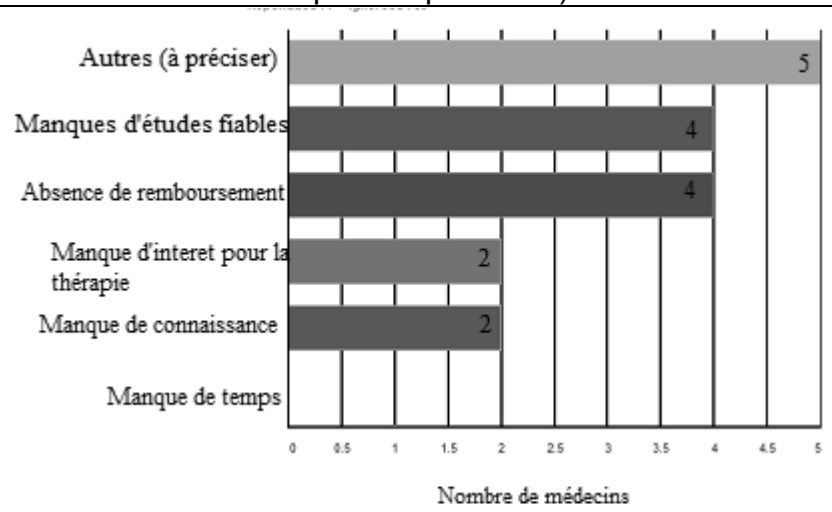
Il s'agit principalement d'hommes (six sondés) ; deux ont entre 36 et 55 ans et cinq ont 56 ans et plus. Quatre personnes exercent en milieu urbain, deux en milieu semi-rural et une en milieu rural.

Quatre ont une formation complémentaire en médecine conventionnelle. Personne n'a de formation en médecine non conventionnelle. Lors de leurs études, il n'y a eu aucune initiation à l'ostéopathie, que ce soit à la faculté ou lors de leurs stages.

Quatre médecins ont eu des retours majoritairement positifs de la part des patients. La plupart des médecins n'ont pas eu de retour positif de la part des confrères (six médecins) ou de leur entourage proche (quatre médecins). Un médecin a eu recours personnellement à l'ostéopathie avec un ressenti négatif. Les six autres médecins n'y ont pas eu recours.

Les principales raisons du non recours à l'ostéopathie sont un manque d'études scientifiques fiables sur son efficacité (quatre médecins) et une absence de prise en charge par la sécurité sociale (quatre).

Pourquoi n'avez-vous pas recours à l'ostéopathie ? (plusieurs réponses possibles)




Les répondants ont rajouté qu'ils étaient dérangés par :

- L'idée d'une solution magique :

- « *Disciple de Descartes, je ne saurai cautionner la pensée magique. J'ai personnellement l'impression que l'ostéopathie est surtout profitable au porte-monnaie de ceux qui la pratiquent qu'à ceux qui la subissent ...* » ;
- *« Utilisation à toutes les sauces, pour tout et n'importe quoi, on fait miroiter une solution magique, on rend les patients dépendants... je suis très déçu de la pratique actuelle de l'ostéopathie. Il y a quelques ostéopathes mais ce n'est pas la majorité.* »

- Un manque d'encadrement créant un flou chez les professionnels pratiquant l'ostéopathie :

- « *trop d'approches différentes, trop de flou sur les méthodes, effets secondaires non négligeables* » ;
- « *diplômes d'ostéopathie d'horizons très divers ; difficile d'éviter les pseudos ostéopathes...* »

## E. Comparaison des groupes

Le test de Fisher a été utilisé pour comparer plusieurs variables entre les groupes $O^+$ et $O^-$. Avec cette étude, nous ne retrouvons aucune influence significative de l'âge, du sexe, de la formation complémentaire et du lieu d'exercice sur la pratique de l'ostéopathie. Par contre, les médecins du groupe $O^+$ ont, de manière statistiquement significative, plus souvent eu une initiation à l'ostéopathie lors de leur formation initiale ($p= 0,04$). Les retours positifs de leurs patients ou confrères sont aussi significativement plus importants ($p = 0,02$ pour chacune de ces variables). En revanche, l'avis de leur entourage n'a pas de valeur significative statistiquement ($p = 0,1$). Un recours personnel à l'ostéopathie est également significativement plus important dans le groupe $O^+$ ($p = 0,04$), sans que le ressenti négatif ou positif n'ait de valeur statistique ($p = 0,1$).

# III. DISCUSSION

## A. Taux de participation et biais de l'étude

Le taux de participation de notre étude est de 58,33 %, soit 42 répondants. Ce faible échantillonnage peut être à l'origine d'un défaut de puissance de l'étude. Si nous comparons le nombre de répondants au nombre de médecins généralistes haut-normands (1 551), la marge d'erreur est de 14,92 %. Cette marge d'erreur est une estimation statistique : lorsqu'une modalité représente 50 % des réponses, avec une marge d'erreur de 5 % (la plus communément admise), cela signifie que si le même sondage est refait dans les mêmes conditions, la réponse pourra varier entre 45 % et 55 %. Pour avoir une marge d'erreur de 5 % dans notre enquête, il aurait fallu obtenir 309 réponses. Si nous comparons nos résultats aux 200 MSU haut-normands, population sur laquelle portait notre étude, la marge d'erreur est de 13,47 %.

Le taux de participation de notre étude peut s'expliquer par différentes raisons. L'envoi du questionnaire par e-mail a pu poser des difficultés techniques liées au caractère électronique de l'enquête. Un médecin nous a informée de sa tentative infructueuse de répondre à l'enquête, le lien transmis dans l'e-mail ne fonctionnant pas pour lui. Le titre de l'étude *Les médecins généralistes et l'ostéopathie* a pu créer un biais de sélection des répondants, en laissant penser que le questionnaire ne s'adressait qu'à ceux ayant recours à l'ostéopathie. Un argument en faveur de cette hypothèse est la grande proportion de répondants ayant recours à l'ostéopathie (82,9 %). Ce biais a été limité en précisant dans l'email accompagnant le lien du questionnaire, que cette étude s'adressait à tous les médecins généralistes quel que soit leur lien avec l'ostéopathie.

L'étude présente quelques biais de mesure liés à des erreurs de formulation ou d'interprétation des items, soulignées par deux répondants. Le premier pense que « *tout le questionnaire est déjà pro-ostéopathie* », le second trouve que « *les questions sont mal ciblées parfois* » estimant qu'il n'est pas « *ostéo* ». Nous notons cependant

que les réponses au questionnaire sont cohérentes concordant avec une bonne compréhension globale des items du questionnaire.

## B. Représentativité de l'échantillon

L'atlas démographique [51] des médecins généralistes haut-normands de 2014 retrouvait une proportion de 58 % d'hommes et 42 % de femmes (en accord avec les proportions nationales respectivement de 57 % et 43 %). Notre échantillon surreprésente les médecins masculins (81 %). Les répondants de moins de 35 ans se répartissent à part égale entre les hommes et les femmes, alors que la proportion de médecins hommes est de 82 % environ pour les plus de 55 ans. La proportion de femmes plus élevée dans les tranches d'âge les plus faibles témoigne d'une féminisation progressive de la démographie médicale. Ce phénomène a été retrouvé dans les enquêtes nationales du CNOM [51] et de la Caisse autonome de retraite des médecins de France [52].

Notre échantillon est plus âgé que la moyenne des médecins généralistes haut-normands [51], pouvant expliquer la surreprésentation des hommes. Au niveau régional, l'âge moyen était de 52 ans en 2014, avec 27,2 % de médecins généralistes de plus de 60 ans. Dans notre enquête, la proportion des plus de 56 ans est de 52,4 % suggérant un âge moyen supérieur à 56 ans. Nous notons, tant au niveau régional que lors de notre enquête, un vieillissement de la démographie médicale. La proportion des médecins dans les tranches d'âges les plus faibles est inférieure à celles évoquées précédemment (13,2 % des médecins généralistes avaient moins de 40 ans au niveau régional ; 4,8 % des répondants de notre étude avaient moins de 35 ans).

L'échantillon de médecins généralistes interrogés dans cette enquête n'est pas complétement représentatif des médecins généralistes haut-normands en ce qui concerne l'âge et le sexe. Cela a pu influencer les résultats du travail présenté ici.

## C. Le recours à l'ostéopathie

Dans notre enquête, 70,7 % des médecins généralistes interrogés adressent leurs patients à un ostéopathe (12,2 % pratiquent eux-mêmes cette thérapie). Ce taux est concordant avec les différentes études réalisées sur ce sujet (72 % dans l'étude de Cécile Dumoulin [53] et 73 % dans celle d'Ait M-Hammed Moloud [21]). Ce résultat tend à démontrer une banalisation du recours de l'ostéopathie par les médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients. Dans quelles conditions se fait ce recours ?

Deux courants de pensées sont présents au sein de l'ostéopathie. Historiquement, elle naquit aux États-Unis sous l'égide du Dr Andrew Taylor Still. Son précepte comprenant un enseignement médical en plus de l'enseignement holistique, deux tendances apparurent parmi ses élèves. L'une resta fidèle à la conception holistique, l'autre intégra les progrès de la médecine. Cette divergence persista dans le développement de l'ostéopathie. La seconde conception, développée par Robert Maigne en France, est appelée médecine manuelle - ostéopathie. Éloignée de la vision holistique de l'enseignement initial, elle s'appuie sur des données scientifiques et anatomiques pour traiter les dérangements intervertébraux mineurs (DIM). Il s'agit de souffrances fonctionnelles retrouvées par l'examen clinique topographique alors que les bilans complémentaires sont normaux. La douleur provient de l'articulation intervertébrale (disque, articulation postérieure, élément musculo-ligamentaire de cohésion) et/ou de l'irritation de la branche postérieure du nerf rachidien correspondant. Cette irritation engendre dans son territoire des modifications tissulaires algiques. Le diagnostic de ces DIM s'effectue par quatre manœuvres qui recherchent uniquement la provocation d'une douleur (et non une restriction de mobilité comme dans l'ostéopathie holistique) : la pression latérale de l'épine vertébrale, la pression axiale de l'épine, la pression – friction sur les articulations postérieures et la pression du ligament intra-épineux. Le traitement s'effectue ensuite par des manipulations vertébrales, « *mouvement passif bref et forcé, tendant à porter les éléments d'une articulation ou d'un ensemble d'articulations, au-delà de leur jeu habituel, à la limite du jeu anatomique possible* » selon Robert Maigne. Le mode d'action des manipulations vertébrales fait débat mais il est admis, notamment par la Société française de rhu-

matologie « *qu'elles induisent des stimulations proprioceptives des structures d'innervation capsulo-ligamentaires, modulant les sensations douloureuses* » [54]. Cette conception non-holistique de l'ostéopathie est celle qui est la plus connue des médecins généralistes. L'indication de l'ostéopathie unanimement citée par les médecins généralistes tant dans cette étude que celle de Cécile Dumoulin [53] concerne les rachialgies. Les réponses libres précisent qu'il s'agit de rachialgies mécaniques, prédominées par les lombalgies. Cette surreprésentation peut s'expliquer par le fait que les rachialgies soient le second motif de consultation chez le médecin généraliste (9 % des consultations), dominées par les lombalgies. La lombalgie commune ou non spécifique représente environ 85 % des lombalgies aiguës vues en consultation. Celle-ci se rapproche fortement des DIM de Robert Maigne, expliquant le recours massif de l'ostéopathie dans cette indication.

Les MNC peuvent être différenciées selon leur place par rapport à la médecine conventionnelle. Les approches globales non spécifiques telles que la médecine traditionnelle chinoise, qui tendent à se substituer au système allopathique, sont dites alternatives. À l'opposé, les thérapies spécifiques, ciblées sur le diagnostic ou la thérapeutique tendent à s'associer à la médecine conventionnelle pour faciliter une prise en charge : elles sont dites complémentaires. L'ostéopathie, surtout dans sa vision non holistique, rentre dans cette seconde catégorie. Notre étude retrouve qu'une majorité de médecins généralistes interrogés utilisent l'ostéopathie en complément de la médecine conventionnelle (52,9 %). Ces résultats concordent avec ceux retrouvés par Cécile Dumoulin [53] et Anne-Christine Law-Yee [6]. Cela s'explique par le fait que le premier recours de l'ostéopathie concerne les rachialgies, nécessitant souvent la prescription concomitante d'antalgiques. Les techniques manuelles viennent alors en complément pour réduire cette prise de traitement. L'avantage de l'épargne médicamenteuse est cité par une majorité de médecins généralistes du groupe $O^+$ (76,5 %), en accord avec l'étude de Cécile Dumoulin [53], correspondant à la première raison de recours à l'ostéopathie de notre enquête.

La seconde raison évoquée à ce recours est la demande des patients (61,8 % des répondants du groupe $O^+$). L'étude d'Ait M' Hammed Moloud [21] concernant l'usage des MNC par les médecins généralistes, retrouvait que 64 % des répondants avaient recours à ces thérapies par « *volonté de conserver la relation médecin – ma-*

*lade* ». *A contrario*, l'étude de Cécile Dumoulin dédiée à l'ostéopathie retrouvait une absence de lien entre recours à l'ostéopathie et demande des patients [53]. Cette divergence peut s'expliquer par une formulation et une interprétation différentes des items. Certains médecins ont pu comprendre « *ressentez-vous une pression de la part des patients, qui vous pousse à inclure l'ostéopathie ?* » ou au contraire « *ressentez-vous un intérêt de la part des patients, qui vous incite à vous intéresser à cette thérapie ?* ». Dans le premier cas, la demande des patients serait vue comme un élément contraignant. Dans le second, les patients susciteraient de la curiosité chez le médecin généraliste.

L'étude présentée ici s'oriente vers cette seconde conception. La majorité des médecins de cette étude n'ont pas eu d'initiation à l'ostéopathie lors de leur formation initiale théorique et pratique. Alors, comment se sont-ils intéressés à l'ostéopathie ? Un grand nombre de patients vont chez l'ostéopathe avant même de consulter leur médecin. Devant le ressenti positif des patients, le médecin se serait intéressé à cette thérapie. Cette hypothèse, qui nécessiterait une autre étude pour être confirmée, s'appuie également sur un second résultat de notre enquête : les retours positifs des patients suite à des séances d'ostéopathie sont significativement plus importants ($p = 0,02$) chez les médecins généralistes incluant l'ostéopathie dans leur arsenal thérapeutique.

## D. Les causes de non recours à l'ostéopathie

Dans notre enquête, la majorité des médecins généralistes n'ayant pas recours à l'ostéopathie exprime un trouble quant au niveau de preuve et à l'efficacité de cette thérapie. Quatre médecins sur les sept du groupe $O^-$ déclarent ne pas avoir recours à l'ostéopathie en raison du manque d'études fiables sur son efficacité. Ce trouble est aussi exprimé par les médecins généralistes du groupe $O^+$. Si ces médecins rapportent globalement une satisfaction de l'efficacité de l'ostéopathie, cet argument ne se trouve qu'en troisième position pour expliquer leur recours à l'ostéopathie (58,8 %).

Les médecins sondés évoquent un effet placebo : « *je ne saurai cautionner la pensée magique* » ; « *on fait miroiter une solution magique* ». L'effet placebo est un effet subjectif mais réel, produit sur une personne par un médicament, une thérapie,

ou une relation médecin – malade, n'ayant pas d'efficacité démontrée. La science a mis en évidence que cet effet modifie des paramètres physiologiques suite à la sécrétion d'endorphine. Il est la conséquence biochimique d'une suggestion symbolique ; il œuvre ainsi à la frontière du psychologique et du physiologique. Ce lien corps – esprit dans l'ostéopathie est souligné indirectement par un médecin généraliste du groupe $O^+$ : il existe un « *non remboursement ce qui induit un effet placebo majeur* ». Cette conception se retrouve dans les psychothérapies au cours desquelles le paiement marque un investissement du patient dans sa guérison. Pour d'autres médecins généralistes, l'absence de remboursement de l'ostéopathie par la sécurité sociale est un frein à son recours (quatre médecins sur les sept du groupe $O^-$). Cependant dans les études réalisées [53] [6], cette absence de prise en charge n'empêchait pas un nombre élevé de médecins généralistes à faire appel à l'ostéopathie.

Un autre frein au recours à l'ostéopathie rapporté par les sondés du groupe $O^-$ est le manque d'homogénéité des études d'ostéopathies et leur manque d'encadrement. Cet inconvénient fut aussi dénoncé dans les thèses de Cécile Dumoulin [53] et de Katiuska Stekel [48]. Le Dr Bernard Morand, Président du Syndicat national des médecins rhumatologues (SNMR) déclara que « *des officines dites 'écoles d'ostéopathie' se sont multipliées et ont bénéficié d'agréments laxistes* » [56]. Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) datant d'avril 2010 mit également l'accent sur les défauts de formation et d'agrément des écoles d'ostéopathie [57].

Jusqu'en 2002, l'ostéopathie était réservée aux médecins. La loi du 4 mars 2002 reconnut la qualité d'ostéopathe à toute personne titulaire d'un diplôme d'ostéopathie, professionnel de santé ou non. Ce changement de législation, associé à un manque de définition de l'ostéopathie et de son champ d'application, entraina des divergences entre ostéopathes exclusifs (sans formation médicale ou paramédicale) et professionnels de santé. Ces divergences furent à l'origine d'un retard de publication des décrets d'application, qui furent promulgués en 2007 [42] [43]. Selon l'IGAS [57], cela amena à « *une situation inédite de semi-reconnaissance d'un dispositif proche de celui applicable aux professionnels de santé par des acteurs qui ne sont pas reconnus comme des professionnels de santé* ». L'absence de définition précise de l'ostéopathie a également eu des conséquences quant au contenu des

programmes de formation. Le décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 décrit la durée de formation minimale (2 660 heures) en déterminant la part d'enseignement théorique des sciences fondamentales et de biologie (1 425 heures réparties en six unités de formations) et celle applicable aux enseignements théorique et pratique de l'ostéopathie (1 225 heures sans détailler son contenu). L'absence de référentiel précis de la formation nécessaire aux ostéopathes conduisit à une hétérogénéité selon les établissements. La durée de l'enseignement variait de trois à six ans. Pour les formations de trois ans, l'IGAS notait en 2010 que plusieurs écoles proposaient une formation complémentaire facultative après l'obtention du diplôme [57], non soumise au décret 2007-437 de 2002.

Ce même décret règlemente les conditions d'agrément des établissements dispensant la formation d'ostéopathie. Cet agrément est donné par le ministère chargé de la santé, suite à l'avis obligatoire, mais consultatif, d'une commission nationale. Dans son rapport de 2010, l'IGAS déclarait : « *près d'un tiers des écoles ont obtenu un agrément sur recours gracieux à la suite, le plus souvent, d'un avis défavorable de la commission nationale d'agrément* ». Cela conduisit à la perte de crédibilité de la procédure. Les écoles d'ostéopathie se sont multipliées allant jusqu'à soixante-quatorze établissements agréés. Cette augmentation des écoles d'ostéopathie fut corrélée à une croissance exponentielle du nombre d'ostéopathes, passant de 4 000 en 2002 à environ 22 000 en 2014 (dont 1 700 médecins, 7 500 masseurs-kinésithérapeutes et 12 500 ostéopathies non professionnels de la santé). Le SNMR fit part de son inquiétude devant cet accroissement [56]. Son Président, Dr Bernard Morand, dénonça le fait que « *la démographie anarchique des ostéopathes en France a banalisé l'ostéopathie, si bien que les patients vont d'abord chez l'ostéopathe et ne consultent leur médecin qu'en cas d'échec* ». Il craignait des manipulations inappropriées avec un risque d'effets indésirables graves, tels qu'une compression des structures nerveuses avec paralysie, une dissection de l'artère vertébro-basilaire ou un accident vasculaire du tronc cérébral. Pour limiter les accidents, le décret 2007-435 du 25 mars 2007 [42], relatif aux actes et conditions d'exercice de l'ostéopathie, rend obligatoire l'obtention d'un certificat médical de non contre-indication pour certaines manipulations (du crâne et de la face, du rachis chez le bébé de moins de six mois, du rachis cervical quel que soit l'âge) effectuées par les non-médecins. De son côté, l'IGAS craignait que l'augmentation du nombre d'ostéopathes entraine un effet de concurrence, certains ostéopathes connaissant

des difficultés financières face à une clientèle peu nombreuse. Cette situation précaire pourrait amener certains praticiens à prendre des risques en ne récusant pas les patients qui ne relèveraient pas de leurs soins. Outre les risques cités précédemment, ce comportement exposerait les patients à un risque de retard de diagnostic. Les médecins généralistes de notre enquête semblent conscients de l'existence de ces risques, puisque 44,1 % des médecins du groupe $O^+$ citent le peu d'effets indésirables comme raison du recours à l'ostéopathie.

Ce manque d'uniformisation des programmes d'enseignements entraine une remise en cause des ostéopathes et de leurs capacités, plus que de l'ostéopathie elle-même. Cécile Dumoulin retrouva dans son étude [53] que la majorité des médecins généralistes souhaitait un exercice de l'ostéopathie uniquement ouvert aux médecins et masseurs-kinésithérapeutes. Adamo Bassel [55] retrouva également que 82,5 % des médecins généralistes interrogés pensaient que l'ostéopathie devait être réservée aux médecins ou professionnels ayant obtenu un diplôme délivré par une faculté de médecine. Cela n'est pas un inconvénient majeur retrouvé dans notre étude, puisque seuls 31,7 % pensent qu'un exercice uniquement ouvert aux médecins et masseurs-kinésithérapeutes les inciterait à recourir à l'ostéopathie. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des médecins généralistes de notre étude ont recours à l'ostéopathie dans les conditions actuelles. Un changement de législation ne changerait probablement pas ce recours. Néanmoins, la réglementation des établissements et de la formation dispensée a été récemment modifiée. Des décrets [58] [59] parus en septembre et décembre 2014 allongent la durée de formation et encadrent davantage les écoles. Les temps d'enseignement sont augmentés, passant de 2 660 heures à 4 860 heures ; les étudiants doivent par ailleurs réaliser 150 consultations complètes et validées. Les critères d'agrément des écoles ont été renforcés ; l'autorisation est valable cinq ans et pour un nombre maximal d'étudiants fixé annuellement.

## E. Les éléments incitatifs

En accord avec les résultats précédents, le principal élément qui inciterait les médecins généralistes à avoir recours à l'ostéopathie est un plus grand nombre d'études scientifiques fiables concernant cette thérapie (63,4 % des répondants de notre enquête).

Il convient de souligner que la méthode d'évaluation de l'efficacité de l'ostéopathie, tout comme des autres MNC, fait débat. Les partisans des MNC pensent que le mécanisme de fonctionnement de ces thérapies diffère de la médecine conventionnelle. Selon eux, le système d'évaluation doit différer, sans que nous ayons trouvé un document présentant une nouvelle méthode d'évaluation. Les personnes les plus sceptiques souhaitent une démonstration de l'efficacité basée sur l'EBM. L'ANM est favorable à l'introduction des MNC à l'hôpital, notamment afin de « *préciser leur effet, de clarifier leur indication et d'établir les bonnes règles de leur utilisation* » [9].

Un autre élément incitatif, peu soulevé dans les résultats discutés précédemment, est l'initiation à l'ostéopathie durant les études médicales. Dans notre recherche, 58,5 % des médecins généralistes pensent qu'il s'agirait d'un facteur motivant l'inclusion de l'ostéopathie dans la prise en charge des patients. Nous pouvons effectivement le penser puisque notre étude indique que le groupe $O^+$ a, de manière statistiquement significative, plus souvent eu une initiation à l'ostéopathie lors de sa formation initiale ($p = 0,04$). L'ANM et le CAS [9] [12] sont eux-mêmes favorables à une formation de base aux MNC lors des études de médecine générale. L'ANM nota en 2013 que les MNC étaient « *un élément probablement irréversible de nos méthodes de soins* ». Les médecins généralistes vont être de plus en plus confrontés aux questions des patients, et une formation de base semble nécessaire pour aider les praticiens.

# CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Le médecin généraliste se trouve en position de pivot entre la Société représentée par les patients, la Loi, et les autorités médicales telles que l'ANM, le CNOM et la HAS. Le patient se questionne et interpelle régulièrement le médecin généraliste. La Loi reconnait l'ostéopathie depuis le 4 mars 2002. Cependant les instances médicales ne légitiment pas la pratique de l'ostéopathie. Dans un rapport du 10 janvier 2006, l'ANM pointait une grande hétérogénéité dans les praticiens, un nombre excessif d'écoles ; elle était sceptique quant à l'efficacité de cette thérapie par manque de preuves [9]. Bernard Glorion, président du CNOM, déclara dans un rapport de 2001 [8] : « *nous n'avons jamais dit que nous étions favorables à ces reconnaissances* » en évoquant la légitimation de l'ostéopathie et de la chiropraxie.

Devant ces positions pressantes et discordantes, nous constatons deux avis parmi les médecins généralistes. Le premier groupe, majoritaire dans notre enquête (82,9 % des répondants à l'enquête), fait appel à l'ostéopathie, surtout pour des rachialgies, les lombalgies mécaniques étant prédominantes. Cette thérapie intervient de manière complémentaire à la médecine conventionnelle (52,9 % des répondants du premier groupe). Les principales raisons de ce recours sont une épargne médicamenteuse (76,5 %), une demande importante des patients (61,8 %) et l'efficacité de cette thérapie (58,8 %). *A contrario*, le second groupe de médecins généralistes émet de grandes réserves quant à l'ostéopathie. Une des principales raisons invoquées est le manque d'études fiables et le manque d'encadrement de la formation des ostéopathes. Les éléments statistiquement significatifs incitant les médecins à recourir à l'ostéopathie, selon notre étude, sont les retours positifs de la part des patients ($p = 0,02$) et de leurs confrères ($p = 0,02$), ainsi qu'une initiation à l'ostéopathie lors de leur formation initiale ($p = 0,04$).

Au vu de ces résultats, plusieurs perspectives sont envisageables pour permettre aux médecins généralistes de statuer sur l'ostéopathie. Il conviendrait d'effectuer des recherches pour déterminer l'efficacité de cette thérapie avec un niveau de preuves acceptable. Il existe plusieurs études à ce sujet, la grande majorité restant discu-

table. D'après un rapport de l'INSERM datant du 30 avril 2012 [33], « *la plupart de ces études présentent de réelles limites méthodologiques (absence d'allocation des traitements en 'aveugle', critères d'efficacité subjectif, etc.)* ». Des recherches doivent être poursuivies pour préciser le rôle et l'efficacité des diverses techniques, ainsi que leurs indications et leurs contre-indications. Dans cet objectif, l'ANM souhaitait une ouverture des MNC à l'hôpital afin de « *préciser leur effet, de clarifier leur indication et d'établir les bonnes règles de leur utilisation* ». [9]

Un second axe de réflexion se porte vers un meilleur encadrement des ostéopathes et de leur formation. Nous avons vu précédemment que, jusqu'à la rentrée scolaire 2014, de nombreuses écoles ont obtenu, dans des conditions discutables, un agrément pour enseigner l'ostéopathie. La multiplication de ces écoles a entrainé une augmentation exponentielle du nombre d'ostéopathes. Leur formation hétérogène pose question concernant la qualité de soins et les risques pour le patient. Dans ce contexte, plusieurs textes de loi [58] [59] sont entrés en vigueur à la rentrée 2015. Ils allongent la durée de formation d'ostéopathie et favorisent l'enseignement pratique. Les critères d'agréments des écoles privées ont été renforcés ; ainsi seuls 23 établissements ont reçu un agrément de cinq ans sur les 37 candidatures. Cependant ces nouveaux décrets ne satisfont pas tout le monde. Le docteur Jean-François Rey, Président de l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS), regretta « *qu'aucune procédure ne permette aux patients d'identifier clairement les professionnels de santé ostéopathes et les ostéopathes 'bien-être'* » [60]. Si la Loi évolue dans ce domaine, des progrès semblent nécessaires afin d'assurer la sécurité maximale des patients.

Un troisième axe de réflexion concerne l'initiation des médecins généralistes à l'ostéopathie, et de manière plus globale aux MNC, lors de leur formation initiale. Les patients se tournent de plus en plus vers ces thérapies. Selon la littérature, près de 50 % de la population française ont eu recours au moins une fois à une MNC. Les médecins généralistes risquent d'être de plus en plus confrontés aux questions des patients à ce sujet. Comme le remarqua l'ANM [9], les MNC « *sont un élément probablement irréversible de nos méthodes de soins* ». Elle recommanda aux facultés de médecine d'introduire une information sur ces pratiques au cours des études mé-

dicales. Elle rejoignit à ce sujet l'avis du CAS qui suggéra une initiation facultative aux MNC.

Bien que très controversées et source de discordes, les MNC, dont l'ostéopathie, vont probablement voir leur place augmenter dans l'offre de soins de nos patients. Il convient alors de les considérer avec sérieux et d'obtenir des données fiables pour donner une information claire, loyale et appropriée à nos patients.

# BIBLIOGRAPHIE


1- MASSARD J.A. *Histoire de la médecine*. Luxembourg : Centre Universitaire de Luxembourg, 2002, 165 p.

2- UTARD G. *Evidence based medicine - la médecine fondée sur les preuves*. France : Université Paris Descartes, 2011, 25 p.

3- Ministère des affaires sociales et de la santé. *Pratiques de soins non conventionnelles - introduction* [en ligne]. 2011. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/pratiques-de-soins-non-conventionnelles-introduction.html#

4- Organisation mondiale de la santé. *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002 - 2005*. Suisse, 2002.

5- National center for complementary and alternative medicine. *Are you considering complementary medicine ?* [en ligne]. États-Unis, 2013. Disponible sur : http://nccam.nih.gov/health/decisions/consideringcam.htm

6- LAW-YEE A.C. *Attitude du médecin généraliste face aux thérapies complémentaires*. Thèse d'exercice de médecine. Tours : faculté de médecine de Tours, 2011, 88 p.

7- BORNAREL L. *Les médecines non-conventionnelles*. Lyon, France : Centre Ressources Prospectives du Grand Lyon, novembre 2006, 38 p.

8- DEREY E. *Réflexions sur les médecines non conventionnelles suivies de deux médecines énergétiques: la médecine traditionnelle chinoise et la trame*. Thèse d'exercice de pharmacie. Angers : faculté de pharmacie d'Angers, 2003, 68 p.

9- BONTOUX D., COUTURIER D., MENKES C.J. *Thérapies complémentaires - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi- leur place parmi les ressources de soins*. France : Académie nationale de médecine, mars 2013, 31 p.

10- ETIENNE C. *Dumenat à la faculté de Bobigny – UFR SMBH* [en ligne]. Clés de santé. 2012. Disponible sur: http://clesdesante.com/article-dumenat-a-la-faculte-de-bobigny-ufr-smbh-109956808-html/

11- BRESSON A. *Un label pour encadrer les médecines alternatives*. Métrofrance, France, 3 octobre 2012. Disponible sur : http://www.metronews.fr/info/un-label-pour-encadrer-les-medecines-alternatives/mljc!3nemJuSRITCM/

12- Centre d'analyse stratégique. *Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ?* La note d'analyse n°290, octobre 2012, 12 p.

13- VITRY F., VINCENT-ROYOL P. *Médecines alternatives et complémentaires* [en ligne]. France. Disponible sur : http://www.hopital.fr/Hopitaux/Vos-dossiers-sante/Medecines-alternatives-et-complementaires

14- VAN INGREN F., SOULAY C., BOMBOY A. *La santé sans médicaments*. Ça m'intéresse, septembre 2012, n° 379, p.58 - 69.

15- MICHELON V. *L'AP-HP s'initie à la médecine chinoise*. Métrofrance, 28 septembre 2012, p.11.

16- DARRINE S, NIEL X. *Les médecins omnipraticiens au 1er janvier 2000*. Études et Résultats n°99, France : Dress, janvier 2001, p.8.

17- DUMESNIL S., GRANDFILS N., LAFUR P., et al. *Santé, soins et protection sociale en 1997*. Questions d'économie de la santé n°17, France : Credes, février 1999.

18- RODRIGUES M. *Les médecines alternatives et complémentaires en oncologie*. In : AERIO, 5e rencontre Patients de l'Association A.R.Tu.R, France, mars 2011, 9 p.

19- MAYER-LEVY C. *Recours aux médecines complémentaires et alternatives parmi les patients de médecine générale à Paris*. Thèse d'exercice de médecine. Paris : faculté de médecine Paris Descartes, décembre 2010, 54 p.

20- SCHMIDT J., AFAK N., DUHAUT P., et al. *Recours aux médecines parallèles : enquête chez 1423 patients hospitalisés en médecine interne*. In : Société nationale française de médecine interne, Congrès SNFMI, juin 2007, 1 p.

21- AIT M'HAMMED M. *Évaluation du recours aux médecines complémentaires et alternatives en médecine générale dans le département de l'Oise*. Thèse d'exercice de médecine. Amiens : faculté de médecine d'Amiens, septembre 2012, 64 p.

22- BACH S., PIOTTON S., VILARINO R., et al. *Les médecines parallèles*. Suisse : immersion en communauté, juin 2006, 111 p.

23- SIMON L., PREBAY D., BERETZ A., et al. *Médecines complémentaires et alternatives suivies par les patients cancéreux en France*. In : Bull Cancer. Volume 94, n°5, France, mai 2007, p 483-488.

24- TRAGER-MAURY S., TOURNIGAND C., MAINDRAULT-GOEBEL F., et al. *Utilisation de médecine complémentaire chez les patients atteints de cancer dans un service de cancérologie français*. In : Bull Cancer. Volume 94, n°11, France, novembre 2007, p. 1017-1025.

25- IFOP. *Les Français et les médecines naturelles - Résultats détaillés*. n° 1-6598, SPAS organisation, novembre 2007, 29 p.

26- MARGUERITTE S., PICARD M. *Référentiel de compétences du métier d'ostéopathe*. Version 1, France : AFO - Association Française d'Ostéopathie, 2009, 34 p.

27- CCMO mutuelle. *Pour tout savoir sur les médecines douces et les médecines complémentaires*. Les guides essentiels. France, mai 2007, 92 p.

28- VAUTRAVERS P., ISNER-HOROBETI M.E., MAIGNE J.Y. *Mise au point : manipulations vertébrales - ostéopathie. Évidences/ignorances*. In : revue du rhumatisme, n°76. France : elsevier masson, février 2009, p 405-409.

29- OSTEOS DE FRANCE. *L'ostéopathie en quelques mots* [en ligne]. France : ostéos de France. Disponible sur : http://osteos.net/p01.php

30- MATHIEU J.L. *Présentation*. [en ligne]. France : syndicat de médecine manuelle-ostéopathie de France. Disponible sur : http://www.osteopathe-syndicat.fr/actualite-osteopathe-du-sfdo/item/395-revenus-des-osteopathes-analyse-des-donnees-des-aga.html

31- SYNDICAT FRANÇAIS DES OSTEOPATHES. *Consultation en ostéopathie* [en ligne]. France : syndicat français des ostéopathes. Disponible sur : http://www.osteopathe-syndicat.fr/component/rsifaq/?view=category&id=1

32- OSTEOPATHES DE FRANCE. Définition de l'ostéopathie [en ligne]. France : ostéopathes de France. Disponible sur : http://www.osteofrance.com/osteopathie/definition/

33- BARRY C., FALISSARD B. *Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie*. France : Inserm U669, avril 2012, 194 p.

34- Ministères des affaires sociales et de la santé. *Ostéopathie*. Le point sur les produits de santé et du corps humain, 2013, 4 p.

35- BONIVIER J., CRIELAARD J.M., DEVOGHEL J.C. *Les pratiques non conventionnelles - Évaluation de l'efficacité thérapeutique et de l'innocuité par analyse des essais cliniques et des études scientifiques*. Belgique : Groupe de contact du FNRS, octobre 1998, 37 p.

36- NEDELEC J.L. *Manipulations vertébrales et responsabilités (aspects juridiques des manipulations vertébrales)*. France, février 2011, 37 p.

37- GRIMAUD E. *Médecins et ostéopathes : des rapports difficiles. Éléments d'analyse de la situation.* Rennes : Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes, 2013, 41 p.

38- DE ROUGEMONT M. *Accidents de manipulations vertébrales ayant fait l'objet d'une réclamation auprès de Gamm et Axa entre 1996 et 2003*. France, 18 p.

39- TOP SANTE. *Thérapies manuelles*. 200 questions-réponses, mars 2013, hors-série n°6, p. 61-71. ISSN 1152-7137.

40- LANNOYE P. *Rapport sur le statut des médecines non conventionnelles. Commission de l'environnement, de la santé publique et de la protection des consommateurs*. n°A4-0075/971997. France, mars 1997, 23 p.

41- *Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. N°2002-303, article 75, avril 2011.

42- Ministère de la santé et des solidarités. *Décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie*. Journal Officiel, 27 mars 2007, 4 p.

43- Ministère de la santé et des solidarités. *Décret n° 2007-437 du 25 mars 2007relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation*. Journal Officiel, 27 mars 2007, 3 p.

44- BLANCHARD N., FAGANI F., GADENNE S. *Étude documentaire sur les professions d'ostéopathe et chiropracteur en Europe : Belgique, Royaume-Uni, Suède, Suisse*. France : Haute autorité de santé, 16 juin 2006, 183 p.

45- Ministère de la santé et des sports. *Article R161-72 du code de la santé publique*. Modifié par le décret n°2012-597 du 27 avril 2012 portant sur les missions de la Haute autorité de santé. Journal officiel, n°2009.06.063 du 3 juin 2009, 2 p.

46- Registre des ostéopathes de France. *La démographie des ostéopathes en France – la démographie nationale de 2010 à 2013* [en ligne]. France, février 2014. Disponible sur: http://www.osteopathie.org/demographie.html

47- http://www.rouen.cnge.fr/#

48- STEKEL K. *Le recours aux médecines complémentaires par les médecins suisses : peut-on parler d'un élargissement du paradigme médical ?* Mémoire d'exercice en économie et administration de la santé. Suisse : université de Lausanne, 1999, 109 p.

49- https://fr.surveymonkey.com/

50- http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=tests/fisher

51- http://demographie.medecin.fr/demographie

52- Caisse autonome de retraite des médecins de France. *Démographie au 1er juillet 2014*. France, 15 septembre 2014, 2 p.

53- DUMOULIN C. *Recours des médecins généralistes à l'ostéopathie : enquête auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée*. Thèse d'exercice de médecine. Nantes : faculté de médecine de Nantes, 24 avril 2012, 156 p.

54- Société française de rhumatologie. *Thérapeutiques manuelles et manipulations*. Gestes et traitements expliqués. France, 3 p.

55- ADAMO B. *Perception et utilisation des médecines non conventionnelles par les médecins généralistes*. Thèse d'exercice de médecine. Paris XIII : faculté de médecine de Bobigny, 22 juin 2012, 73 p.

56- LECRUBIER A. *Boom des ostéopathes : le regard de Bernard Morand, rhumatologue – ostéopathe*. Medscape France, 2 juillet 2013.

57- DURAFFOURG M., VERNEREY M. *Le dispositif de formation à l'ostéopathie*. France : inspection générale des affaires sociales, avril 2010, 95 p.

58- http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029449275

59- http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=?cidTexte=JORFTEXT000029894161&dateTexte=&oldAction=dernierJO&categorieLien=id

60- GATTUSO C. *L'ostéopathie à l'heure du grand ménage ?* Le quotidien du médecin, 22 janvier 2015, n° 9380, p 2 – 3.

# TABLE DES ABRÉVIATIONS

ANM : Académie nationale de médecine

CAS : Centre d'analyse stratégique

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

DIM : dérangements intervertébraux mineurs

DRESS : Direction de la recherche, des études et de l'évaluation statistique

DUMENAT : diplôme inter-universitaires des médecines naturelles

EBM : e*vidence based medicine*

HAS : Haute autorité de santé

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MNC : médecines non conventionnelles

MSU : maître de stage des universités

NCCAM : National center for complementary and alternative medicine

OMS : Organisation mondiale de la santé

SMIRP : Société mutualiste interprofessionnel Rhône-Alpes

SMMOF : Syndicat de médecine manuelle – ostéopathie de France

SMOF : Syndicat des médecins ostéothérapeutes français

SNMR : Syndicat national des médecins rhumatologues

UNPS : Union nationale des professionnels de santé

# ANNEXE 1 : CONTRE-INDICATIONS À L'OSTÉOPATHIE

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES AU TRAITEMENT OSTÉOPATHIQUE

- Absence de consentement du patient
- Praticien ne pouvant déterminer la qualité des tissus du patient

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES AUX TECHNIQUES DIRECTES

- En raison d'une maladie systémique : maladie provoquant une fragilité des tissus osseux, ligamentaires, tendineux, conjonctif, artériel, veineux, etc. ; hémorragies ; hémophilies ; augmentation du délai de coagulation ; phlébite.
- En raison d'une fragilité locale : pathologie des parois ou obstruction artérielle ou veineuse diagnostiquée ou suspectée ; traumatisme récent non bilanté ; accident vasculaire cérébral, hydrocéphalie, hématome extra ou sous-dural ; glaucome non contrôlé ; cholécystite aiguë, appendicite aiguë, péritonite ; néphrite aiguë ; processus néoplasique ; hernie discale aiguë avec signe neurologique
- Spécifique aux techniques de haute vélocité et faible amplitude : appareillage d'ostéosynthèse ; instabilité articulaire ; hématome et autre épanchement.

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES AUX TECHNIQUES DIRECTES

- Squelette fragile : personnes âgées, ostéoporose, ostéopénie
- Squelette non mature : pré-pubère, ostéochondroses

CONTRE-INDICATIONS AUX TECHNIQUES INDIRECTES

- Fragilité locale : pathologie des parois ou obstruction artérielle ou veineuse diagnostiquée ou suspectée ; traumatisme récent non bilanté ; accident vasculaire cérébral, hydrocéphalie, hématome extra ou sous-dural ; glaucome non contrôlé ; cholécystite aiguë, appendicite aiguë, péritonite ; néphrite aiguë ; processus néoplasique ; hernie discale aiguë avec signe neurologique.

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES AUX MANIPULATIONS CERVICALES

- Pathologie des artères cervicales
- Affections rachidiennes tumorales, infectieuses, fracturaires, malformatives (Arnold Chiari, canal cervical étroit, etc.), inflammatoire, post-traumatisme de moins de six semaines
- Névralgie cervico-brachiale par hernie discale ou ostéophytose
- Ostéoporose

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES AUX MANIPULATIONS CERVICALES

- Anticoagulants
- Facteurs de risques vasculaires cervico-crâniens (tabac, hypertension artérielle, estroprogestatifs)
- Patient âgé
- Enraidissement important du rachis cervical

# ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE

## VOUS ET VOTRE EXERCICE

***1. Quel est votre sexe ?**

- Homme
- Femme

***2. Quel est votre âge ?**

- 35 ans et moins
- entre 36 et 55 ans
- 56 ans et plus

***3. Quel est votre lieu d'exercice ?**

- rural
- semi-rural
- urbain

***4. Avez vous une formation complémentaire ?**

| | Oui | Non |
|---|---|---|
| Médecine conventionnelle | ○ | ○ |
| Médecine parallèle | ○ | ○ |

Laquelle ou lesquelles ?

## VOTRE EXPERIENCE EN OSTEOPATHIE

***5. Lors de vos études, avez-vous eu une initiation à l'ostéopathie ?**

| | Oui | Non |
|---|---|---|
| A la faculté | ○ | ○ |
| Lors de vos stages | ○ | ○ |

**6. Avez-vous eu des retours majoritairement positifs sur l'ostéopathie de la part.... ?**

| | Oui | Non |
|---|---|---|
| Patients | ○ | ○ |
| Confrères | ○ | ○ |
| Entourage proche | ○ | ○ |

**7. Avez-vous eu recours pour vous-même à l'ostéopathie ?**

- ○ non
- ○ oui, avec un ressenti positif
- ○ oui, avec un ressenti négatif

***8. Incluez-vous l'ostéopathie dans la prise en charge de vos patients ?**

- ○ non
- ○ oui, je la pratique moi-même
- ○ oui, j'adresse mes patients à un ostéopathe

## VOUS AVEZ RECOURS A L'OSTEOPATHIE

### *9. Pourquoi avez-vous recours à l'ostéopathie ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ peu d'effets indésirables
- ☐ thérapie peu chronophage
- ☐ thérapie efficace
- ☐ permet une épargne médicamenteuse
- ☐ permet de rester dans l'action thérapeutique
- ☐ répond à une réelle demande des patients
- ☐ permet un complément d'honoraires
- ☐ autre (veuillez préciser)

### 10. Vous utilisez majoritairement l'ostéopathie :

- ○ en cas d'échec de la médecine conventionnelle
- ○ en complément de la médecine conventionnelle
- ○ en premier recours, avant la médecine conventionnelle
- ○ variable, au cas par cas

### 11. Pour quelles indications avez-vous recours à l'ostéopathie ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Rachialgies (lumbago, torticolis, côtes ou vertèbres déplacées)
- ☐ Entorses
- ☐ Tendinopathie : tennis-elbow, golf-elbow, périarthrite
- ☐ Perturbation de l'articulé dentaire
- ☐ Céphalées et migraines
- ☐ Névralgies d'Arnold
- ☐ Etat d'anxiété, hypernervosité, troubles du sommeil, stress
- ☐ Névralgies : cruralgies, sciatiques, névralgies cervico-brachiale
- ☐ Troubles digestifs : constipation, diarrhée chronique, ballonnement, nausées...
- ☐ Troubles génitaux : règles irrégulières, règles douloureuses, dyspareunies
- ☐ ORL : rhinites, sinusites, acouphènes...
- ☐ Pulmonaire : asthme

### 12. Quelle est l'indication principale dans votre pratique ?

## VOUS N'AVEZ PAS RECOURS A L'OSTEOPATHIE

***13. Pourquoi n'avez-vous pas recours à l'ostéopathie ? (plusieurs réponses possibles)**

- ☐ manque d'intérêt pour cette approche thérapeutique
- ☐ manque d'études scientifiques fiables sur son efficacité
- ☐ manque de connaissances
- ☐ manque de temps lors des consultations pour y avoir recours
- ☐ absence de prise en charge par la sécurité sociale
- ☐ Autre (veuillez préciser)

## ELEMENTS INCITATIFS

***14. Quels éléments inciteraient les médecins généralistes à recourir à l'ostéopathie ? (plusieurs réponses possibles)**

- ☐ la publication d'études scientifiques fiables
- ☐ l'initiation à l'ostéopathie durant les études médicales
- ☐ un accès facilité aux informations concernant cette approche thérapeutique
- ☐ une rémunération spécifique
- ☐ un remboursement par la sécurité sociale
- ☐ un exercice ouvert uniquement aux kinésithérapeutes et aux médecins
- ☐ Autre (veuillez préciser)

## FIN DU SONDAGE

Merci d'avoir répondu à ce sondage.
N'oubliez pas de cliquer sur "Terminé" en bas de cette page pour envoyer vos réponses.

**15. Avez-vous des remarques ?**

En raison de l'anonymat des questionnaires, si vous souhaitez une réponse à vos remarques, merci d'indiquer votre adresse email.

**16. Souhaitez-vous recevoir ma thèse par email ? Si oui, merci d'indiquer votre adresse ci-dessous.**

# ANNEXE 3 : MNC CITÉES

ACUPUNCTURE : il s'agit de l'une des cinq branches de la médecine traditionnelle chinoise (cf. ci-dessous). Elle se base sur une approche énergétique et holistique. Selon la pensée médicale orientale, elle agit sur le Qi (énergie) qui circule dans le corps par la voie des méridiens. Des aiguilles insérées à la surface de la peau stimulent des points d'acupuncture précis pour régulariser le Qi, agissant sur les fonctions physiologiques, organiques et psychiques.

AURICULOTHÉRAPIE : technique thérapeutique complémentaire à tout autre traitement, mise au point dans les années 1950 par le Dr Paul Nogier. Elle repose sur l'hypothèse qu'il existerait une correspondance entre l'oreille externe et les différents organes du corps. Il serait alors possible de soigner ces différents organes en piquant le pavillon de l'oreille à l'aide d'aiguilles d'acupuncture.

AUTOHYPNOSE : technique basée sur la relaxation, destinée à se plonger soi-même dans un état hypnotique pour se connecter à son inconscient. Cette pratique vise à affronter ses peurs, à se confronter à ses fantasmes, et à améliorer son état psychologique et physiologique.

CHIROPRAXIE : Le chiropracteur axe son traitement sur le rachis. Un blocage vertébral, une tension ou un mauvais alignement vertébral retentirait sur le système nerveux via la moelle épinière. Cette perturbation de la communication entre le cerveau et le reste de l'organisme serait à l'origine de problèmes de santé.

HOMÉOPATHIE : technique thérapeutique basée sur la loi de similitude (le semblable guérit le semblable), la loi de l'individualisation (on soigne le malade et non la maladie), le procédé de haute dilution et de « *dynamisation* ». Les remèdes sont dilués plusieurs fois. Entre les dilutions successives, on effectue une série de secousses pour « *dynamiser* » l'efficacité du produit.

K-TAPING : aussi appelé kinesio-taping ou bandage adhésif thérapeutique. C'est une façon différente d'aborder les désordres musculaires, tendineux, ligamentaires et articulaires. Le strapping classique crée une stabilisation articulaire en limitant les amplitudes, mais exerce une pression sur la zone lésionnelle induisant une réduction de la circulation sous-cutanée. Le K-taping permet une liberté de mouvement et favorise la circulation lymphatique. Le résultat est une diminution de la pression et de l'irritation des mécano-récepteurs sous-cutanés.

MÉDECINE ANTHROPOSOPHIQUE : fondée en 1921 par Rudolf Steiner et Ita Wegma, il s'agit d'un système médical prenant en compte les données de la médecine conventionnelle et une conception holistique de l'être humain. La médecine anthroposophique repose sur une démarche d'observation de l'homme englobant le niveau d'organisation corporel, physiologique, psychologique et individuel. Elle utilise les médicaments de la médecine conventionnelle et des thérapies non conventionnelles.

MÉDECINE CHINOISE : Vieille de quelques milliers d'années, la médecine traditionnelle chinoise est un ensemble de pratiques concernant l'humain et sa santé. Elle considère les phénomènes à partir des relations entre eux. Elle porte sur cinq branches : l'acupuncture (cf. ci-dessus), les herbes médicinales, la diététique, le massage, des exercices énergétiques. Le premier objectif est d'entretenir la santé et de prévenir les maladies.

MÉSOTHÉRAPIE : procédure thérapeutique consistant à l'injection médicamenteuse sous-cutanée réalisée simultanément par une ou plusieurs aiguilles. Le principe est d'injecter une très faible quantité de médicaments directement dans la zone du corps à traiter.

NATUROPATHIE : pratique médicale dont les fondements remonteraient à la Grèce antique. Elle vise à utiliser les mécanismes naturels pour traiter et guérir le corps humain. Elle assure une mission de prévention en renforçant les mécanismes d'auto-guérison.

PHYTOTHÉRAPIE : thérapie reposant sur l'emploi de plantes médicinales. Celles-ci sont présentées de façons différentes : fraîches ou séchées, en gélules, en huiles essentielles, en ampoules buvables, etc.

REBOUTEUX : « *celui qui remet les os bout-à-bout* », personne qui n'ayant pas fait d'études médicales, prétend guérir fractures, luxations, douleurs par des moyens empiriques. L'activité des rebouteux est interdite par la loi.

SHIATSU : Le shiatsu est une technique de massothérapie d'origine japonaise qui utilise le toucher pour ramener l'équilibre dans le corps et ainsi promouvoir la santé. Inspiré de la Médecine traditionnelle chinoise, il vise à rétablir la circulation de l'énergie vitale, le Qi, dans les zones du corps là où elle est soit en manque, soit en excès

## TITRE DE LA THÈSE

Recourir ou ne pas recourir à l'ostéopathie, telle est la question !
Enquête menée auprès des médecins généralistes maîtres de stage de Haute-Normandie.

## RÉSUMÉ

Le médecin généraliste doit prendre en compte les avis et recommandations des instances médicales, des patients et de la Loi pour assurer le traitement optimal de sa patientèle. Qu'en est-il lorsque ces avis divergent ? L'ostéopathie intéresse les patients, la Loi l'autorise. Cependant, les instances médicales se montrent sceptiques. L'objectif principal de cette étude descriptive quantitative anonymisée est de quantifier les éléments incitant les médecins à recourir, ou non, à cette thérapie.

Nous constatons deux positions parmi les médecins généralistes. Le groupe majoritaire (82,9 % des répondants à l'enquête) fait appel à l'ostéopathie surtout pour des rachialgies (100 % des médecins de ce groupe) mécaniques en complément de la médecine conventionnelle (52,9 %). Les principales raisons de ce recours sont une épargne médicamenteuse (76,5 %), une demande des patients (61,8 %) et l'efficacité de cette thérapie (58,8 %). Le groupe minoritaire (7 médecins) est sceptique par manque d'études fiables sur l'ostéopathie (4 médecins) et manque d'encadrement des ostéopathes (4 médecins).

Devant ces résultats, plusieurs perspectives sont envisageables pour permettre aux médecins généralistes de statuer sur l'ostéopathie : déterminer son efficacité avec un niveau de preuves acceptable ; mieux encadrer les ostéopathes et leur formation ; proposer une initiation à l'ostéopathie lors des études médicales.

## MOTS CLÉS

- Médecine générale
- Médecine non conventionnelle
- Médecines alternatives
- Ostéopathie
- Lombalgie
- Rachialgie