Apport de la médecine manuelle ostéopathique dans la prise en charge des pathologies ostéo-articulaires en médecine générale

Benoit Genuyt

▶ **To cite this version:**

Benoit Genuyt. Apport de la médecine manuelle ostéopathique dans la prise en charge des pathologies ostéo-articulaires en médecine générale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01584087

HAL Id: dumas-01584087

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01584087

Submitted on 8 Sep 2017

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.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Médecine & des Sciences de la Santé

*****

Année 2017 **N°**

THESE DE

DOCTORAT en MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Par

Mr GENUYT Benoit

Né le : 07-04-1989 à : Rennes

Présentée et soutenue publiquement le : 15 juin 2017

Titre de la thèse *:* ***APPORT DE LA MÉDECINE MANUELLE OSTÉOPATHIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES OSTÉO-ARTICULAIRES EN MÉDECINE GÉNÉRALE.***

Président Mme le Professeur : GIROUX-METGES

Membres du Jury Mr le Professeur : LE FLOCH

Dr. Benoit CHIRON

Dr. Pierre-Eric JULIEN

Dr. Véronique LENOIR

FACULTÉ
DE MÉDECINE &
SCIENCES DE LA SANTÉ

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE

FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST

DOYENS HONORAIRES

Professeur H. FLOCH
Professeur G. LE MENN (†)
Professeur B. SENECAIL
Professeur J. M. BOLES
Professeur Y. BIZAIS (†)
Professeur M. DE BRAEKELEER (†)

DOYEN

Professeur C. BERTHOU

PROFESSEURS EMERITES

CENAC Arnaud	Médecine interne
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
YOUINOU Pierre	Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES EN SURNOMBRE

MOTTIER Dominique	Thérapeutique
RICHE Christian	Pharmacologie fondamentale
LEFEVRE Christian	Anatomie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS CLASSE EXCEPTIONNELLE

BOLES Jean-Michel	Réanimation médicale
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
FEREC Claude	Génétique
GILARD Martine	Cardiologie
JOUQUAN Jean	Médecine interne
OZIER Yves	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie hépatologie

Université de Bretagne Occidentale

FACULTÉ
DE MÉDECINE &
SCIENCES DE LA SANTÉ

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS 1ERE CLASSE

BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive
BERTHOU Christian	Hématologie
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BRESSOLLETTE Luc	Médecine vasculaire
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DELARUE Jacques	Nutrition
DUBRANA Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FENOLL Bertrand	Chirurgie infantile
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
KERLAN Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
LACUT Karine	Thérapeutique
LEROYER Christophe	Pneumologie
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LOZAC'H Patrick	Chirurgie digestive
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino laryngologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie médicale – option gynécologie obs.
MISERY Laurent	Dermatologie vénérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie mycologie
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale
PAYAN Christopher	Bactériologie virologie hygiène
REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
SIZUN Jacques	Pédiatrie
STINDEL Éric	Biostat., informatique méd. et tech de communication
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie
WALTER Michel	Psychiatrie adultes

Au 01/01/2017

Université de Bretagne Occidentale

FACULTÉ
DE MÉDECINE &
SCIENCES DE LA SANTÉ

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS 2EME CLASSE

ANSART Séverine	Maladies infectieuses, maladies tropicales
AUBRON Cécile	Réanimation médecine d'urgence
BEN SALEM Douraied	Radiologie et imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BEZON Eric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOTBOL Michel	Psychiatrie infantile
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DAM HIEU Phong	Neurochirurgie
DELLUC Aurélien	Médecine interne
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HUET Olivier	Anesthésiologie réanimation chirurgicale méd. urgences
LIPPERT Éric	Hématologie
LE MARECHAL Cédric	Génétique
L'HER Erwan	Réanimation médicale
MONTIER Tristan	Biologie cellulaire
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie hépatologie
PRADIER Olivier	Cancérologie radiothérapie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie
SEIZEUR Romuald	Anatomie neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

LE RESTE Jean-Yves	Médecine générale
LE FLOC'H Bernard	Médecine générale

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE ASSOCIES A MI-TEMPS

BARRAINE Pierre	Médecine générale

Au 01/01/2017

FACULTÉ
DE MÉDECINE &
SCIENCES DE LA SANTÉ

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - LRU

BORDRON Anne	Biochimie et biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS HORS CLASSE

PERSON Hervé	Anatomie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS 1ERE CLASSE

ABGRAL Ronan	Biophysique et médecine nucléaire
CORNEC Divi	Rhumatologie
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie virologie hygiène
HILLION Sophie	Immunologie
JAMIN Christophe	Immunologie
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses maladies tropicales
LE GAC Gérald	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
MIALON Philippe	Physiologie
MOREL Frédéric	Méd. et biologie du développement et de la reproduction
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et biologie moléculaire
QUERELLOU Solène	Biophysique et médecine nucléaire
VALLET Sophie	Bactériologie virologie hygiène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS 2EME CLASSE

LE GAL Solène	Parasitologie mycologie
LE VEN Florent	Cardiologie
PERRIN Aurore	Méd. et biologie du développement et de la reproduction
TALAGAS Matthieu	Cytologie et histologie
UGUEN Arnaud	Anatomie et cytologie pathologiques

MAITRES DE CONFERENCES MEDECINE GENERALE

NABBE Patrice	Médecine générale

Au 01/01/2017

Université de Bretagne Occidentale

FACULTÉ
DE MÉDECINE &
SCIENCES DE LA SANTÉ

MAITRES DE CONFERENCES MEDECINE GENERALE ASSOCIES DES UNIVERSITES A MI-TEMPS

BARAIS Marie	Médecine générale
CHIRON Benoît	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

BERNARD Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
FAYAD Hadi	Génie informatique, automatique et traitement du signal
HAXAIRE Claudie	Sociologie démographie
KARCHER Brigitte	Psychologie clinique
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MIGNEN Olivier	Physiologie
MORIN Vincent	Electronique et onformatique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES A TEMPS COMPLET

MERCADIE Lolita	Rhumatologie

AGREGES / CERTIFIES DU SECOND DEGRE

MONOT Alain	Français
RIOU Morgan	Anglais

Au 01/01/2017

UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Médecine & des Sciences de la Santé

*****

AUTORISATION D'IMPRIMER

****

Présentée par Madame /~~Monsieur le~~ Professeur : GIROUX- METGES

Titre de la thèse : APPORT DE LA MEDECINE MANUELLE OSTEOPATHIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES OSTEO-ARTICULAIRES EN MEDECINE GENERALE

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE

OUI : X **NON : ☐**

En foi de quoi la présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à

~~Madame /~~ Monsieur : GENUYT BENOIT
Interne en DES de : MEDECINE GENERALE

Fait à BREST, le 16/05/2017

VISA du Doyen de la faculté
A BREST, le 17 mai 2017.

UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE FACULTÉ DE MÉDECINE DE BREST

Professeur C. BERTHOU

La Présidente du Jury de Thèse,

FACULTÉ de MEDECINE
Laboratoire de Physiologie
22, avenue Camille Desmoulins
29285 BREST

Professeur M-A. GIROUX-METGES

Serment d’Hippocrate

Au moment d’être admis 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. Admis dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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. J’entretiendrai et perfectionnerai celles-ci 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 déshonoré et méprisé si j’y manque.

Remerciements

Je tiens à remercier tout d'abord Madame le Professeur GIROUX-METGES. Merci de me faire l'honneur d'être mon co-directeur universitaire de thèse et le président du jury de cette thèse. Je vous remercie de votre confiance et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Merci à Monsieur le Docteur Pierre-Eric JULIEN, qui me fait l'honneur d'être mon directeur de thèse. Merci de m'avoir aidé dans le cheminement de ce travail passionnant et enrichissant. Merci pour votre soutien pour ce projet. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude.

Merci à Monsieur le Professeur Bernard LE FLOCH. Merci de me faire l'honneur d'évaluer ce travail et de m'accorder de votre temps. Merci pour votre grand investissement dans notre formation de médecine générale. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Merci à Monsieur le Docteur Benoit CHIRON. Merci de me faire l'honneur d'évaluer ce travail et de m'accorder de votre temps. Veuillez recevoir l'expression de mes plus sincères remerciements.

Un remerciement tout particulier à Madame le Docteur Véronique LENOIR. J'ai eu la grande chance de te rencontrer au cours de ma formation médicale. Ces six mois m'ont permis de grandir dans ma vocation de médecin et d'approfondir le sens de notre beau métier. Soit chaleureusement remerciée. Merci de me faire l'honneur d'être membre de mon jury de thèse et d'avoir activement participé à sa réalisation.

Je remercie toutes les personnes auprès de qui j'ai eu la chance de travailler. Merci à toutes les personnes travaillant au Centre Hospitalier de Quimperlé, en remerciant tout particulièrement le Service d'Accueil des Urgences, dans lequel je me suis épanoui et découvert comme médecin.

Merci au Docteur Jean-Jérôme LE COQ et au Docteur Ambroise MENOU. Merci pour votre approche très humaniste de la médecine générale. Merci de me donner envie de poursuivre, dans ce cheminement particulier du suivi du patient, si riche sur le plan relationnel. Merci au Docteur Elodie LE LAIN de m'avoir fait découvrir la médecine lors de mon premier stage.

Je dédie cette thèse à mon père. Merci Papa de m'avoir entouré pendant toutes ces années. Merci pour le papa formidable que tu as été. Merci de m'avoir fait découvrir ce beau métier de médecin généraliste, et de m'avoir toujours soutenu dans mes projets, personnels et professionnels. Merci de m'accompagner désormais du ciel et de veiller sur nous tous.

Merci Maman, pour votre tendresse de mère, pour nous avoir permis de grandir dans la joie de cette unité familiale. Merci pour ces belles valeurs chrétiennes que vous m'avez transmises. Merci pour votre indéfectible investissement envers votre famille et pour votre disponibilité.

Merci à toute ma famille, Hélène, Bruno, Anne, Francois, Aude et Pierre. Merci pour tout ces beaux moment familiaux partagés. Merci à tous mes beaux-frères (Julien, Olivier, Franck) et belles-sœurs (Claire, Camille, Alice) d'avoir rejoint notre tribu. Merci à tous mes neveux et nièces pour tout le bruit qu'ils engendrent, source de grande joie.

Je dédie cette thèse à mes amis. Merci à Alexis, Ines, Joseph, Marie-liesse, Laure, Sophie, Charles-Antoine, Gabrielle, Jonathan, Marie-Alice, Emmanuelle, Charles, Corentin, Alice, Sven et Julie, et tant d'autres. Merci d'être vous et d'entretenir cette belle amitié.

Merci à mes collègues d'études devenus mes chers amis : Marwane, Vincent, Florence, Marion, Guilhem, Foucault... Merci pour ces incroyables moments passés ensemble, en France où à l'étranger. Merci pour votre joie de vivre, votre gentillesse, votre humour.

Merci à mes co-internes pendant ces trois années de formation d'internat, et tout particulièrement à Maëlle et Damien, Pierre et Coline, Marc-Etienne, Laura, France et tous les autres. Merci pour votre soutien au long de ces études.

Merci enfin à ma femme, Marie. Merci d’avoir dit oui pour vivre cette belle aventure ensemble. Merci pour ton soutien, ton sourire, ton amour. Merci d’avoir tant participé à l’élaboration de cette thèse.

Merci à toi que je ne connais pas encore mais que j’ai hâte de découvrir. Merci de faire déjà la joie de tes parents, et de nous permettre de t’accompagner sur ton chemin de vie.

SOMMAIRE

Introduction 12
CHAPITRE I - Généralité sur l'ostéopathie 13
I. Fondement 13
A. Histoire 13
B. Définition 13
C. Fondement 14
II. Statut de l'ostéopathie en France(4) 17
A. Généralité 17
B. Les ostéopathes ont des origines professionnelles variées 18
C. La loi fixe un nombre d'heures de formation minimum et impose une procédure d'agrément aux établissements de formation 19
D. Le champ de l'ostéopathie défini par la loi concerne son domaine d'application et le type de manipulations autorisées. 20
E. La loi impose des limites à l'exercice professionnel de l'ostéopathie 22
F. Financement 22
G. Démographie, quelques chiffres 23
H. Et dans le monde(9) 23
I. Quelques données scientifiques 25
CHAPITRE II - Hypothèse 28
I. Objectif principal 28
II. Objectif secondaire 28
III. Cadre conceptuel 28
CHAPITRE III - Matériel et méthode 29
I. Recherche bibliographique 29
II. Type d'étude 29
III. Méthode de recueil des données 30
A. L'écoute active 30
B. Les stratégies d'intervention 30
C. La gestion du silence 30
D. La retranscription des données 31
IV. Population 31
CHAPITRE IV - Résultats et analyse 32
I. Données statistiques 32
II. Formation et pratique en médecine générale, diagnostic d'une situation 33
A. Hôpital /médecine libérale 33
B. Ressenti concernant la formation médicale 34

C. Pathologies fonctionnelles en médecine générale 36
III. Première approche de l'ostéopathie 37
A. Négative 37
B. Positive 38
C. Tardive 38
IV. Facteurs motivant la formation à la Médecine Manuelle Ostéopathique 39
A. En lien avec l'exercice professionnel 39
B. Volonté d'une formation complémentaire 40
C. Volonté d'une thérapeutique adaptée 41
D. Relation médecin malade 42
V. L'ostéopathie et la médecine générale 42
A. Désinvestissement de la médecine générale 42
B. Relation avec les autres spécialités 42
VI. Evolution de l'interrogatoire 43
A. Peu d'évolution 43
B. Des évolutions notables 43
VII. Evolution de la prise en charge diagnostique 45
A. Démarche clinique 45
B. Démarche Etiologique 46
VIII. Intérêt dans la prise en charge thérapeutique 47
A. Relation médecin malade 47
B. L'approche ostéopathique 48
C. Expérience personnelle 49
IX. Intérêt de santé publique 50
A. L'imagerie 50
B. Médicaments 51
C. Arrêt de travail 52
D. Epanouissement personnel 53
E. Relation médecin malade 54
X. Deux pratiques Complémentaires 55
XI. Le D.I.U. d'ostéopathie 56
A. Connaissance générale de l'ostéopathie et de ses indications 56
B. Intégration au cursus universitaire 56
C. Attrait du corp médical 56
CHAPITRE V - Discussion 58
I. Validité de l'étude 58
A. force de l'étude 58
B. Faiblesse de l'étude 59

II. Un constat : l'attrait pour l'ostéopathie 61
A. Consommation de l'ostéopathie : un fait de société 61
B. Consommation de l'ostéopathie en premier recours dans le parcours de soins ostéo-articulaires : 62
C. Consommation de l'ostéopathie par le corps médical 63
D. Monopole des ostéopathes dans la prise en charge des pathologies ostéo-articulaires 65
III. Surconsommation de soins ostéopathiques : réflexion sur les pathologies ostéo-articulaires en médecine générale 66
A. Pathologies ostéo-articulaires fontionnelles en médecine de ville 66
B. Formation des médecins généralistes aux pathologies fonctionnelles 69
C. Difficulté d'accompagnement des pathologies ostéo-articulaires 70
IV. L'ostéopathie en médecine générale : une formation en demande 72
A. Une opinion favorable 72
B. L'université, lieu de recherche et d'enseignement 73
C. Et pourtant…peu d'études. 74
V. L'apport de la Médecine Manuelle Ostéopathique en médecine générale 75
A. Le toucher : enjeu relationnel et thérapeutique 75
B. L' examen physique ostéopathique 79
C. Thérapeuthique : enjeu d'une alternative 83
D. Santé Publique 85
E. Deux pratiques complémentaires 88
Conclusion 89

Abréviations :

DIM	:	Dérangement Inter-vertébral Mineur
D.I.U.	:	Dîplome Inter – Universitaire
DO	:	Dîplome d'Ostéopathie
D.U.	:	Dîplome Universitaire
FEMMO	:	Fédération Européenne de Médecine Manuelle et Ostéopathie
FMC	:	Formation Médicale Continue
MCA	:	Médecine Complémentaire et Alternative
MMO	:	Médecine Manuelle Ostéopathique
SFO	:	Société Française d'Ostéopathie
SOFMMOO	:	Société Francaise de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathique

Apport de la Médecine Manuelle Ostéopathique dans la prise en charge des pathologies ostéo-articulaires en médecine générale.

Introduction : Les maladies ostéo-articulaires sont un motif fréquent de consultation en médecine générale. L'augmentation du recours à l'ostéopathie concernant ces pathologies amène à considérer l'ostéopathie comme inhérente au système de santé primaire. Les difficultés de prise en charge exprimées par les médecins généralistes doivent nous faire reconsidérer notre approche en ce domaine. Beaucoup sont demandeurs d'une formation complémentaire ostéo-articulaire en ostéopathie.

Objectif : Nous nous interrogeons sur l'apport d'une formation générale à la Médecine Manuelle Ostéopathie et plus spécifiquement de son approche clinique ostéo-articulaire dans le cursus universitaire, selon des médecins généralistes disposant de cette formation. Notre objectif secondaire se porte sur son intérêt en terme de santé publique.

Méthode : Analyse semi-qualitative par entretiens semi-dirigés, réalisée au cours de l'année 2016-2017 sur les départements du Finistère et du Morbihan. Dix entretiens ont été effectués, de 26,36 minutes en moyenne. Les médecins généralistes recrutés détenaient le D.I.U. d'ostéopathie. Les données ont été organisées sous forme de verbatim et un double codage a été réalisé.

Résultats : Les médecins ont décrit des lacunes concernant l'étude et la pratique de l'examen physique en médecine générale. Acquérir cette formation ostéo-articulaire, selon eux complémentaire, a été un apport diagnostic et thérapeutique dans leur accompagnement, en lien avec l'examen physique, le toucher et l'alternative de prise en charge développés. Ils notent par ailleurs un impact en terme de santé publique par une diminution des examens radiologiques, des prescriptions médicamenteuses, et un épanouissement personnel et professionnel du médecin.

Conclusion : Proposer une formation complémentaire en Médecine Manuelle Ostéopathique au cours du cursus universitaire ou de la Formation Médicale Continue (FMC), semble intéressante pour appréhender la prise en charge ostéo-articulaire en médecine générale.

The contribution of Osteopathic Manipulative Medicine to the treatment of bone and joint disorders in general medicine.

Introduction : Bone and joint disorders are a frequent reason for consultation in general medicine. As the use of osteopathy increases with regard to these diseases, we can consider osteopathy to be part of the primary care service. We must reconsider our approach in this field as general practitioners express difficulties in treating patients. Many are asking for additional osteoarticular training in osteopathy.

Objective : We examine the impact of ~~a~~ general training in Osteopathic Manipulative Medicine and, more specifically, of a clinical osteoarticular approach within the university course, according to general practitioners who have undertaken this training. Our secondary objective is to assess the benefit of such training for public health.

Method : Semi-quantitative analysis through semi-structured interviews conducted during the year 2016-2017 in the Finistère and Morbihan departments. We conducted ten interviews, which lasted an average of 26 minutes and 36 seconds each. The general practitioners who took part in the study had inter-university diplomas in osteopathy. Data has been organized verbatim and has been dual-coded.

Results : The doctors described shortcomings in the study and application of physical examinations in general medicine. Having general practitioners who had undertaken complementary ostearticular training made real diagnostic and therapeutic differences to a patient's care through advanced physical examinations, palpitations, and alternative treatment plans. Furthermore, doctors observe a concrete impact on public health: a reduction in the number of radiological examinations and drug prescriptions, and personal and professional growth for the practitioners.

Conclusion : Offering complementary Osteopathic Manipulative Medicine training though a university course or continuing medical education (CME) would improve the understanding of osteoarticular care in general medicine.

INTRODUCTION

Le « tout numérique ». L'art d'un progrès controversé où la technique prime souvent sur les relations humaines. Ces progrès, l'imagerie, les nouvelles technologies permettent une approche scientifique du corps humain où l'examen clinique manuel est remis en cause. Pourtant, depuis Hippocrate, la médecine repose sur l'observation et le toucher, sens qui nécessitent un apprentissage à la fois théorique et pratique.

Les consultations d'ordre ostéo-articulaire sont un motif de recours fréquent en médecine générale, et une plainte réccurente dans notre société. Le médecin généraliste est confronté dans sa pratique à cette prise en charge complexe et à l'évolution de la demande de soins.

L'intérêt de cette étude m'est venu suite à un stage effectué en médecine générale, où j'ai régulièrement été confronté à ces pathologies. J'y ai constaté des lacunes personnelles concernant la démarche diagnostique et thérapeutique que je pouvais proposer suite à ma formation médicale. Lacunes partagées par nombre de mes confrères, internes et médecins.

De plus, la récurrence d'une demande de prise en charge ostéopathique par mes patients et mon entourage m'a interrogé. Cette pratique semble désormais s'être imposée dans le système de santé primaire concernant les pathologies ostéo-articulaires. Le manque de connaissances des médecins généralistes concernant l'ostéopathie pourrait participer à cette confusion. L'ensemble de ces constats m'a conduit à m'intéresser à ce sujet.

Ainsi, je soulève la question suivante :
Acquérir une connaissance théorique et pratique de l'approche clinique ostéopathique, actuellement non intégrée au cursus classique universitaire médical, est-elle intéressante pour revaloriser l'accompagnement des pathologies ostéo-articulaires en médecine générale et répondre à l'évolution sociétale d'une demande de prise en charge ostéopathique ?

Cette thèse semi-analytique, ne se veut pas résumer l'ensemble des considérations, objections ou réticences concernant la pratique de l'ostéopathie, ni en faire l'apologie. Elle souhaite néanmoins évaluer l'approche de l'ostéopathie dans sa complémentarité avec l'exercice médical. J'ai souhaité analyser l'apport de cette discipline pour des médecins généralistes formé à la Médecine Manuelle Ostéopathique.

CHAPITRE I - GENERALITE SUR L'OSTEOPATHIE

I. Fondement

A. Histoire

L'Ostéopathie a été développée aux Etats-Unis, dans la seconde moitié du XIXème siècle par le médecin Andrew Taylor Still. Déçu par les idées, les méthodes thérapeutiques et les résultats de la médecine américaine de l'époque, il proposa une alternative en raisonnant sur les conditions de la santé et non sur la maladie. Sa culture médicale associée à sa connaissance de la structure biomécanique l'amenèrent à conclure que la maladie est une conséquence d'un dérangement de structure mécanique. La première école indépendante d'ostéopathie fut ainsi crée en 1892.

John Martin Littlejohn (1865-1947), élève de Still, apporta les bases de l'ostéopathie en Angleterre et fonda la British School of Osteopathy à Londres en 1917. Cela marque le début de l'ostéopathie en Europe.

> *« Plus que jamais, nous pensons que l'ostéopathie mérite l'attention du corps médical et qu'elle ne doit être pratiquée que par des médecins spécialisés.* »
>
> Docteur LAVEZZARI

En France, le Dr Lavezzari créa en 1932 le premier enseignement d'ostéopathie au dispensaire Hanemann sur Paris, et souhaita répandre l'ostéopathie par son livre « Une nouvelle Méthode Clinique et Thérapeutique : l'Ostéopathie ». Rapidement, l'ostéopathie fut utilisée comme spécialité médicale liée à la rhumatologie, ne conservant que l'aspect ostéo-articulaire grâce aux travaux du Dr Robert Maigne, médecin rhumatologue (1923 – 2012). La première attestation d'études supérieures en thérapeutique manuelle fut ainsi créée à la faculté Broussais-Hotel-Dieu en 1969. L'Ostéopathie devint ainsi la Médecine Manuelle Vertébrale puis la Médecine Manuelle Orthopédique et enfin la Médecine Manuelle Ostéopathie dans les années 90. L'enseignement se transforma en D.U. en 1973 puis en D.I.U. en 1996. (1)

B. Définition

1) Médecine Manuelle Ostéopathique

D'après le SOFMMOO, la médecine Manuelle Ostéopathique est « une discipline médicale de haut niveau de connaissance et d'expérience dont le but est de diagnostiquer, traiter et prévenir les désordres réversibles fonctionnels de l'appareil locomoteur. »
La médecine manuelle-ostéopathie se définit comme une pratique manuelle visant à diagnostiquer et traiter une dysfonction au sens large du terme, un dérangement bénin, mécanique et/ou réflexe,

d'une structure articulaire, vertébrale ou périphérique ainsi que les douleurs projetées qui en résultent. (2)

2) Ostéopathie

L'ostéopathie générale se définit selon le Dr Ludes par « une pratique exclusivement manuelle dont le but est de pallier aux dysfonctionnements de mobilité des tissus du corps humain. Pour la réalisation de l'acte, l'ostéopathe recherche le dysfonctionnement de mobilité tissulaire par un diagnostic ostéopathique dit « spécifique » qui se définit comme une recherche de la lésion fonctionnelle tissulaire. La lésion fonctionnelle tissulaire ou « dysfonction ostéopathique » au sens large est caractérisée par une modification de mobilité des tissus, et réversible par une manipulation appropriée. Le diagnostic ostéopathique spécifique établit un lien entre l'anatomie de la structure à mobilité perturbée, la physiopathologie de la fonction perturbée et l'expression du trouble fonctionnel. »[1]

Pour l'OMS en 2010 (3) « l'ostéopathie (également appelée médecine ostéopathique) se fonde sur le contact manuel pour le diagnostic et le traitement. Elle respecte la relation entre le corps, la pensée et l'esprit […]. Elle met l'accent sur l'intégrité structurelle et fonctionnelle du corps et sur la tendance intrinsèque du corps à l'auto-guérison. »

C. Fondement

1) Concept

L'étymologie du mot « ostéopathie » est composée du préfixe grecque "ostéon" qui signifie os et du suffixe "pathos" qui signifie souffrance.

L'ostéopathie se présente à la fois comme :

- Un art en tant que thérapeutique manuelle nécessitant un toucher précis et adapté à la pathologie sous jacente.
- Une philosophie car elle s'intéresse à l'homme dans sa globalité.
- Une science qui englobe les connaissances anatomiques, physiologiques et biomécaniques relatives au rétablissement et à la préservation de la santé.

[1] Définition mentionnée dans le rapport de mission sur l'ostéopathie et la chiropraxie du Pr Ludes en 2007

Ce chapitre est constitué d'extraits du rapport de l'OMS : «*Benchmarks for Training in Osteopathy*».(3)

Les praticiens ostéopathes utilisent un large éventail de techniques thérapeutiques manuelles pour améliorer la fonction physiologique et/ou réguler l'homéostasie altérée par un dysfonctionnement somatique (structure corporelle), intégrant des éléments du système somatique, des structures squelettiques, arthrodiales et myofasciales. Ils utilisent leur connaissance des relations entre la structure et la fonction pour optimiser les capacités d'autorégulation et d'auto-guérison du corps. Il s'agit d'une approche holistique des soins et de la guérison.

« l'être humain est une unité fonctionnelle dynamique, au sein de laquelle toutes les parties sont intimement liées et qui possède ses propres mécanismes d'autorégulation et d'auto-guérison.»

La conduite de l'ostéopathe est dictée par des règles élémentaires, générales et théoriques, présentées ainsi :

- 1er principe : la structure et la fonction sont interdépendantes. « La structure gouverne la fonction » : le trouble de la structure modifie directement la fonction. Une structure saine remplit toutes les fonctions pour lesquelles elle a été conçue. Alors, les fonctions accomplies par un organisme ne seront correctes que si la structure se trouve dans un état correct. La notion de mouvement réunit les deux : la structure représente un mouvement figé et la fonction est l'énergie de ce mouvement.
- 2ème principe : les forces d'autoguérison du corps. Le corps est doté d'un très haut degré de perfection qui lui confère des possibilités d'autorégulation, d'autodéfense et d'auto-guérison. L'ostéopathe n'enlève et n'ajoute rien. Lorsque le corps dépasse ses limites d'auto-guérison, l'ostéopathe intervient pour relancer le processus.
- 3ème principe : le corps en tant qu'unité. Le corps humain est une entité anatomique grâce au tissu conjonctif (*fascia*) qui entoure chacune des cellules et qui assure leur cohésion. Il ne peut être subdivisé. Il est un tout, une unité dans laquelle toutes les régions et systèmes du corps sont liés et interdépendants. Toute perturbation ou tout dysfonctionnement d'une région aura des répercussions sur le fonctionnement de l'ensemble (localement ou à distance). Still disait :« La cause d'un mal peut être loin de l'effet. ».
- 4ème principe : le patient et non sa maladie. L'ostéopathie considère l'individu de manière globale avec son histoire, son environnement et son développement. Il est important d'aborder la fonction globale d'un corps et les effets d'adaptation qui lui permettent de survivre. L'ostéopathie met l'accent sur le lien dynamique étroit qui existe entre ces facteurs et l'importance de la relation patient-praticien dans le processus thérapeutique. C'est une forme de thérapie centrée davantage sur le patient que sur la maladie.

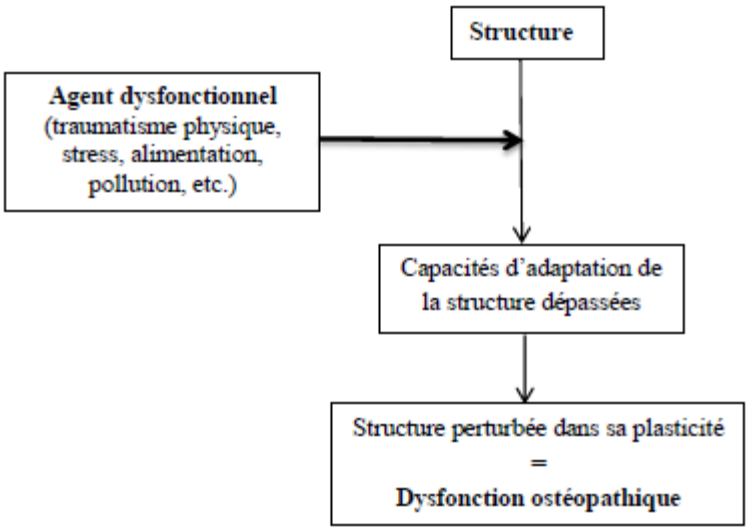


Figure 1 : La dysfonction Ostéopathique

2) La Médecine Manuelle Ostéopathique

La Médecine Manuelle Ostéopathique enseignée dans les Facultés de Médecine est l'Ostéopathie structurelle. Elle peut se définir :

- Par ses particularités cliniques, avec la recherche d'un Dérangement Inter-vertébral Mineur (DIM) au niveau du rachis et de symptômes satellites (syndrome cellulo-teno-périosto-myalgique).
- Par ses particularités thérapeutiques qui respectent les règles de la non douleur et du mouvement contraire :
    - les massages, les mobilisations articulaires et vertébrales et les manipulations proprement dites : celles-ci sont des mouvements forcés avec impulsion de très faible amplitude et de très haute vélocité. Elles se déclinent en France sous forme d'ostéopathie ou de chiropraxie. Seules les techniques ostéopathiques sont enseignées dans les universités de médecine.
    - les techniques non forcées, neuromusculaires, qui relèvent de la pratique professionnelle des kinésithérapeutes, sont devenues très prisées des médecins ostéopathes. Elles sont fondées sur les étirements post-isométriques (contracter-relâcher) appelées « techniques myotensives. »

II. Statut de l'ostéopathie en France(4)

A. Généralité

L'ostéopathie ne bénéficiait jusqu'à récemment d'aucun statut juridique, contrairement à l'Angleterre où la profession est indépendante depuis 1993. Par l'article 75 de la loi n°2002-303 du 4 Mars 2002 relative « aux droits des malades et à la qualité du système de santé », le titre d'ostéopathe est officiellement reconnu en France et accessible aux non-médecins.

Ce processus de reconnaissance officielle des ostéopathes fut laborieux et les tensions vives entre professions médicales et paramédicales :(5)

- 1950 : Le français Paul GENY, kinésithérapeuthe créé l'Ecole Française d'Ostéopathie (E.F.O.) à Paris, qui est la première école en France. Cet enseignement est privé et réservé aux médecins et kinésithérapeutes.

- 1952 : Création de la Société Française d'Ostéopathie (S.F.O.) avec pour but : « de grouper les médecins désireux d'étudier l'ostéopathie d'une façon scientifique en s'entourant des garanties nécessaires. Plus que jamais, nous pensons que l'ostéopathie mérite l'attention du corps médical et qu'elle ne doit être pratiquée que par des médecins spécialisés. »

- 1953 : Création du Syndicat National des Médecins Ostéothérapeutes Français (S.N.M.O.F.) qui changera de nom pour devenir le : Syndicat de Médecine Manuelle – Ostéopathie de France. Ce syndicat a pour but la défense contre toute forme d'exercice illégal de la Médecine, en particulier contre la pratique des manipulations articulaires par des non-médecins.

- 1960: Face au succès rencontré par l'ostéopathie auprès des kinésithérapeutes, l'ordre des médecins, à l'instigation du SNMOF, incite les pouvoirs publics à fermer l'Ecole Française d'Ostéopathie et à interdire aux non-médecins l'enseignement de l'ostéopathie en France. Le décret ministériel du 4 juillet 1960 sanctionne « l'utilisation par tout masseur-kinésithérapeute, gymnaste médical ou masseur, de qualificatifs qui ne seraient pas reconnus ou qui ne lui auraient pas été attribués conformément aux dispositions réglementaires en vigueur. »

- 1962: la pratique se réserve au médecin par article L- 372 du code de la santé publique : « toute mobilisation forcée des articulations et toutes réductions de déplacements osseux ainsi que toutes manipulations vertébrales et d'une façon générale, tous les traitements dits

d'ostéopathie, de spondylothérapie (ou vertébrothérapie) et de chiropraxie, ne peuvent être pratiqués que par des docteurs en médecine » créant un monopole d'exercice pour les seuls docteurs en médecine.

Encore récemment, dans son arrêt n° 1697 du 11 mars 1998, la chambre criminelle de la cour de cassation décidait que « la pratique habituelle de l'ostéopathie suffit à caractériser le délit d'exercice illégal de la médecine dès lors que le praticien n'est pas titulaire d'un diplôme de docteur en médecine ».

Depuis 2002, l'ostéopathie n'est cependant plus illégale en France s'ouvrant ainsi aux professions non médicales, notamment aux masseurs-kinésithérapeutes qui revendiquaient et exercaient l'ostéopathie jusqu'alors dans l'illégalité.

Les décrets d'application qui encadrent la profession sont parus le 25 Mars 2007. Ils définissent les actes ostéopathiques autorisés ainsi que la formation pédagogique minimum nécessaire à l'obtention du diplôme en ostéopathie (D.O.) délivrée par un établissement agréé par le ministre chargé de la santé.

L'arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie (6) réforme la législation de la MMO en France, dans un but d'uniformiser les pratiques et les formations. Par ailleurs, les médecins ostéopathes doivent désormais entreprendre des démarches dès l'obtention du diplôme de MMO :

- Enregistrer le diplôme auprès de l'Agence régionale de santé (ARS) de leur lieu d'exercice professionnel. Ces médecins se voient alors attribuer un numéro ADELI (utilisé dans le cadre d'une pratique spécifique de MMO), en plus du numéro RPPS déjà détenu.
- Souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile(7) pour ceux exercant une activité libérale.

B. Les ostéopathes ont des origines professionnelles variées

Le décret N°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercices de l'ostéopathie stipule que : « l'usage professionnel du titre d'ostéopathe est réservé :

- Aux médecins, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers autorisés à exercer, titulaires d'un diplôme universitaire ou inter-universitaire sanctionnant une formation suivie au sein d'une unité de formation et de recherche de médecine délivré par une université de médecine et reconnu par le Conseil national de l'ordre des médecins.
- Aux titulaires d'un diplôme délivré par un établissement agréé dans les conditions prévues aux articles 5 à 9 du décret n°2007-437 du 25 mars 2007.

- Aux ressortissants européens titulaires d'une autorisation d'exercice de l'ostéopathie délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé. […]»

C. La loi fixe un nombre d'heures de formation minimum et impose une procédure d'agrément aux établissements de formation

Le décret n°2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation précise que le D.O. nécessite :

- une formation d'au moins 2 660 heures
- trois années (1 435 heures d'enseignements théoriques des sciences fondamentales et de biologie et 1 225 heures d'enseignements théoriques et pratiques de l'ostéopathie)

Concernant cette formation :

- 27 écoles d'ostéopathie proposaient en 2011 une formation initiale agréée par le ministère de la Santé,
- 22 établissements agréés dispensent une formation en ostéopathie réservée aux professionnels de santé,
- 16 facultés de médecine sont habilitées (Conseil National de l'Ordre février 2011) à délivrer l'enseignement supérieur conduisant à un Diplôme Inter-Universitaire de Médecine Manuelle Ostéopathie (Aix-Marseille, Bobigny - Paris XIII, Bordeaux, Caen, Dijon, Grenoble, Lille, Lyon, Paris V, Paris VI, Reims, Rennes, Saint-Etienne, Strasbourg, Toulouse et Tours). L'Ordre des Médecins a reconnu la validité du D.I.U. dont il peut être fait mention sur la plaque et sur les ordonnances. Le D.I.U. s'adresse aux médecins titulaires d'une thèse de doctorat en médecine, qu'ils soient généralistes ou spécialistes.

La formation initiale, universitaire, est complétée par une formation continue spécifique délivrée par les sociétés savantes (SOFMMOO, SFO, FEMMO), qui regroupent les différentes associations privées d'enseignement de MMO. Cet enseignement est adossé à une revue scientifique entièrement dédiée à la médecine manuelle : *Revue de médecine orthopédique*.

L'objectif de formation est de former des médecins au diagnostic et aux gestes thérapeutiques en Médecine Manuelle Ostéopathie. Cet enseignement a pour but d'assurer une qualité élevée et homogène de formation des médecins à la Médecine Manuelle. Cette discipline concerne des pathologies mécaniques de l'appareil locomoteur, complétant l'arsenal thérapeutique classique. Les objectifs généraux sont qu'à l'issue de la formation, l'étudiant doit être capable :

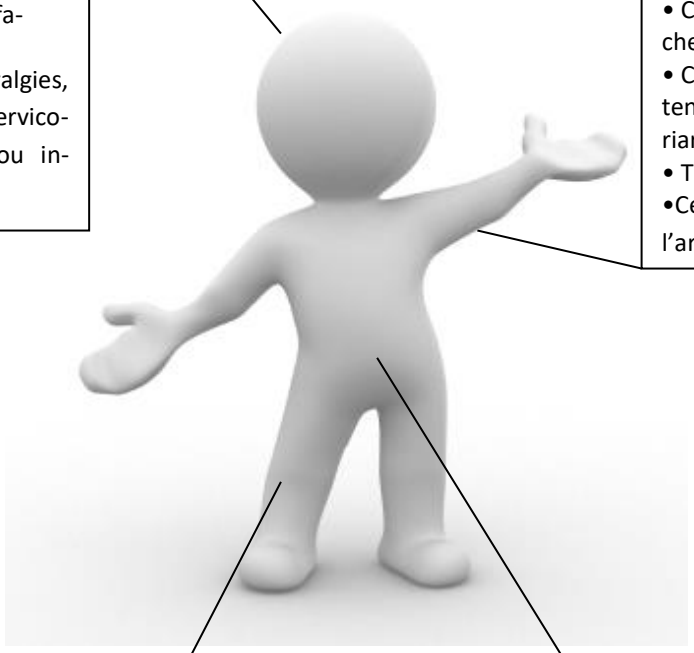
- D'identifier les situations cliniques d'affections communes de l'appareil locomoteur pouvant, entre autre, bénéficier de thérapeutiques manuelles.

- De reconnaître, par les épreuves appropriées, les contre-indications à la réalisation de thérapeutiques manuelles.
- De réaliser, avec la maîtrise indispensable, les thérapeutiques manuelles, notamment manipulatives, applicables au rachis et aux membres.
- D'évaluer l'efficacité de son traitement.

D. Le champ de l'ostéopathie défini par la loi concerne son domaine d'application et le type de manipulations autorisées.

L'article 1 du décret n°2007-435 du 25 mars 2007 « relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie », stipule que les « praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain. Ces manipulations sont musculo-squelettiques et myofasciales, exclusivement manuelles et externes. Pour la prise en charge de ces troubles fonctionnels, l'ostéopathe effectue des actes de manipulations et mobilisations non instrumentales, directes et indirectes, non forcées, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de Santé. »

Les indications revendiquées par les ostéopathes exclusifs sont larges et ne sont pas restreintes au domaine ostéo-articulaire. Elles incluent majoritairement le traitement de la douleur. Cependant, le spectre de ces indications semble plus ou moins large selon les écoles de pensées.
Le site des Médecins Ostéopathes de France (Ostéos de France) ajoute que l'ostéopathie crânienne est « recommandée pour les bébés ayant eu une naissance difficile ayant déformé la tête ».



LE SYSTÈME NERVEUX ET VASCULAIRE

• Céphalées, migraines et certaines formes de vertiges.
• État d'hyper-nervosité, d'anxiété, de troubles du sommeil, de stress, de fatigue, d'irritabilité, etc.
• Névralgies : cruralgies, sciatiques, névralgies cervico-brachiales, d'Arnold, ou intercostales.

LES ARTICULATIONS ET LES MUSCLES

• Lombalgie : lumbagos, sciatiques, etc.
• Dorsalgies, cervicalgies : torticolis, coup du lapin, côtes ou « vertèbres déplacées » ou bloquées, etc.
• Certaines formes d'entorses : cheville, genou, poignet, etc.
• Certaines tendinopathies : tennis-elbow, golf-elbow, périarthrite, etc.
• Traumatologie du sport.
•Certaines perturbations de l'articulé dentaire.

LES SÉQUELLES DE TRAUMATISME

• Accidents de la voie publique.
• Conséquences de chutes et de chocs : coccyx, épaule, crâne, etc.
• Travail post chirurgical après cicatrisation.

LE SYSTÈME DIGESTIF ET VISCÉRAL

• Troubles de la digestion : constipation, diarrhées chroniques, ballonnements, brûlures d'estomac, nausées, colites spasmodiques, difficultés de digestion
• Troubles génito-urinaires : suivi ostéopathique de la grossesse, congestion, règles irrégulières, douloureuses, douleurs lors des rapports sexuels, prostatiques, certaines incontinences, etc.

Figure 2 : Indication d'après les sites SMMOF[2], SOFMMOO, et Ostéofrance.

[2] La SMMOF : le Syndicat de Médecine Manuelle Ostéopathie regroupe des médecins pratiquant la Médecine Manuelle et/ ou l'ostéopathie. Ils sont titulaires du Diplôme Inter Universitaire de cette spécificité et autorisés, pour la majorité d'entre eux à user du titre professionnel d'ostéopathe.

E. La loi impose des limites à l'exercice professionnel de l'ostéopathie

Il existe des limites à l'exercice professionnel des ostéopathes exclusifs concernant les actes qu'ils sont autorisés à pratiquer :

> « Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse. »

L'ostéopathe exclusif doit ainsi orienter vers un médecin en cas de :

- Symptômes nécessitant des examens para-cliniques, un diagnostic ou un traitement médical,
- Persistance ou aggravation de ces symptômes,
- Troubles présentés par le patient en dehors de son champ de compétences.

De plus, l'ostéopathe doit disposer d'un diagnostic médical antérieur attestant l'absence de contre-indication pour :

- Les manipulations du crâne, de la face, du rachis chez les nourrissons de moins de six mois,
- Les manipulations du rachis cervical.

Enfin, certains actes sont interdits aux ostéopathes non-médecins :

- Manipulations gynéco-obstétricales
- Touchers pelviens.

F. Financement

La CCAM prévoit un acte de médecine manuelle du rachis (LHRP001) à ce jour d'une valeur de 33.50€, et ce pour tous les médecins, notamment ceux diplomés du D.I.U. de MMO. De plus, les médecins détenteurs du titre d'ostéopathe ou de l'ancien D.I.U. de MMO par équivalence, peuvent également facturer un acte complémentaire ou isolé d'ostéopathie d'un montant libre, qui peut être pris en charge tout ou partie par les mutuelles complémentaires selon le contrat du patient.

Les actes accomplis par les ostéopathes non-médecins ne sont pas conventionnés par l'Assurance Maladie, et à ce titre ne sont donc pas remboursés par la Sécurité Sociale. De

nombreuses mutuelles de santé complémentaires peuvent cependant accepter une prise en charge partielle des traitements prodigués.

G. Démographie, quelques chiffres

Le Registre des Ostéopathes de France est lié à la DRESS par une convention qui permet d'analyser l'évolution de la démographie des ostéopathes sur le territoire.

D'après les sources DRESS et RPPS, la population au 1er janvier 2015 des titulaires du diplôme d'ostéopathie est de 22 318 praticiens, soit deux fois plus qu'en 2010 où l'on dénombrait 11 608 ostéopathes. Parmi ces praticiens, 56% sont ostéopathes exclusifs (contre 46% en 2009), 36.5% sont kinésithérapeutes-ostéopathes, et 5.6% médecins ostéopathes (MO). Les 1.9% restant sont essentiellement infirmiers et/ou sages-femmes. En 2016, on compte désormais en France 1 ostéopathe pour 2 519 habitants.

En comparaison, l'évolution démographique des médecins généralistes est passée de 94 493 médecins recensés par le Conseil National de l'Ordre des Médecins(8) en 2010 à 89 877 médecins en 2015, soit une diminution de 4 616 médecins généralistes.

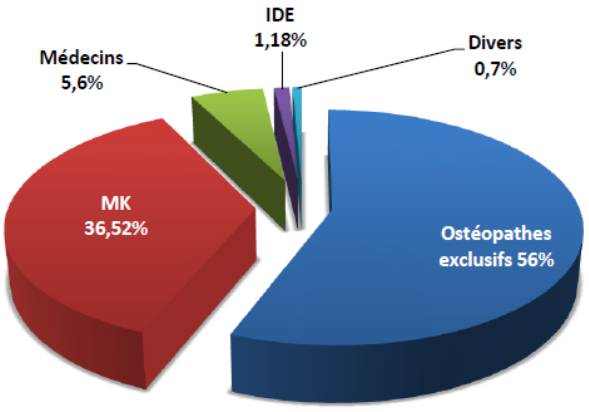


Figure 3 : répartition des ostéopathes en fonction des différentes catégories professionnelles [3]

H. Et dans le monde(9)

Le registre des Ostéopathes de France comptabilisait en 2010 : 11 720 ostéopathes en France contre 4 300 au Royaume-Uni, 1 500 en Allemagne et 1 350 en Italie. Avec 1 ostéopathe pour 5 546 habitants en 2010, la France se plaçait d'ores et déjà au premier rang européen de densité d'ostéopathes.

La médecine manuelle est pratiquée dans le monde principalement selon deux modèles :

- la Médecine Manuelle en tant que sous-spécialité ou capacité en rapport avec n'importe quelle spécialité clinique,

[3] Source DREES et RPPS au 1er janvier 2015

- la Médecine Manuelle en tant que constituant intégré au cursus de la spécialité médicale dans lesquelles l'intérêt porté à l'appareil locomoteur joue un rôle dans la médecine préventive, l'amélioration de la santé ou de la qualité de vie.

	FORMATION	**DROIT**	**PRATIQUE**	**REMBOUR-SEMENT**	**POPULA-TION**
Etats-Unis	Intégrée au cursus médical.	Docteur en Ostéopathie. Depuis 1974, droits identiques aux Docteurs en médecine.	Soins médicaux et ostéopathiques		2013 : 82 146 ostéopathes, 1 / 3 652 habitants.
Royaume-Unis	La formation universitaire est composée à plus de 90% de non-médecins et non-masseurs kiné.	Reconnue légalement par «L'Ostheopath's Act. » Le *General Osteopathic Council* (GOsC) régit la profession.	Exercice selon le droit coutumier anglais. Prescription médicamen-teuse interdite. Prescription d'imagerie autorisée.	Certains organismes privés remboursent les soins.	2015 : 4600 ostéopathes, 1 / 13 804 habitants.
Allemagne	Les formations proviennent essentielle-ment d'antennes d'écoles françaises et belges.	Pas de réglementation.	Praticiens de médecine alternative (Heilpratikers). Pas de droit de prescription.		2014 : 2279 Ostéopathes 1 / 36000 habitants.
Belgique	Formation réservée aux médecins et kinés. Une université propose un enseignement complémen-taire donnant droit au titre d'ostéopathe pour les non professionnels de santé.	Depuis la loi Colla de 1999, reconnue comme pratique médicale non conventionnelle. Les ostéopathes sont inscrits au Groupement National Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie (GNRPO).	Pas de droit de prescription médicamen - teuse ni d'examen d'imagerie.	Pas de rembour-sement par le régime d'assurance obligatoire. Certaines mutuelles et assurances proposent un rembour-sement du soin à condition qu'il soit réalisé par un médecin ou un kiné.	2013 : 1500 ostéopathes 1 / 7333 habitants.

Suisse	Formation en écoles privées. 5 ans de formation avec 2 ans d'assistanat. Validation du diplôme par un examen intercantonal.	Pas de réglementation nationale des médecines complémen-taires. Chaque canton est libre de reconnaître l'ostéopathie.	L'assurance-maladie ne prend pas en charge l'ostéopathie. Seules les assurances complémen-taires proposent une prise en charge.
Pays Nordiques	Depuis 1994 : tronc commun d'études médicales. Les étudiants peuvent choisir une formation officielle dans une médecine non convention-nelle dont l'ostéopathie.	La profession est intégrée dans la loi des professions de santé depuis 1994. Un corps professionnel d'Etat enregistre tous les praticiens et est en charge des règles professionnelles	Les assurances privées et le gouvernement prend en charge les traitements prodigués dans les établisse-ments hospitaliers.

Tableau 1 : place de l'ostéopathie dans le monde.

I. Quelques données scientifiques

1) Lombalgie aigue

En 2000, l'ANAES avait réalisé des recommandations à la demande de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés et de la Direction Générale de la Santé sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution(10). L'ANAES concluait : « Les manipulations rachidiennes ont un intérêt à court terme dans la lombalgie aiguë. Aucune, parmi les différentes techniques manuelles, n'a fait la preuve de sa supériorité. Dans la lombosciatique, il n'y a pas d'indication pour les manipulations (grade B). »

La Direction Générale de la Recherche de la commission Européenne (DGRE) a financé et organisé une action de recherche concertée, dans un programme de COopération européenne en Science et Technologie appelé COST B13(11). Elle formule des directives européennes en matière de prévention et de prise en charge des lombalgies non spécifiques, pour aider les professionnels de la santé et les patients dans leur prise de décision, et faciliter la formulation des futures recommandations nationales et internationales. Sur la prise en charge des lombalgies

aiguës, les directives européennes préconisent de considérer le recours aux manipulations pour les patients ne pouvant pas reprendre leurs activités quotidiennes. Le groupe d'experts précise que les manipulations vertébrales doivent être effectuées par des professionnels dûment qualifiés et que les manipulations sont contre indiquées chez les personnes ayant un déficit neurologique sévère ou progressif.

2) Lombalgie chronique

Les recommandations de l'ANAES sur « Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique »(12) avancent que « les manipulations vertébrales peuvent être proposées pour le traitement à visée antalgique de la lombalgie chronique car elles ont un effet antalgique à court terme (grade B). Elles ont un effet antalgique équivalent à la physiothérapie (grade C) et supérieur aux AINS seuls, à l'acupuncture et à l'école du dos (grade B). Le groupe de travail rappelle qu'il s'agit d'un acte médical qui doit être précédé d'un bilan clinique et paraclinique. »

Sur la prise en charge des lombalgies chroniques, les directives Européennes du COST B 13 concluaient qu'une prise en charge de courte durée de type manipulation/mobilisation pouvait être considérée comme une option de traitement.

3) Ostéopathie générale

En 2012, l'INSERM(20) a publié une méta-analyse (revue systématique des essais comparatifs randomisés évaluant des traitements ostéopathiques). Ce rapport précise que les réponses apportées par l'ostéopathie sont potentiellement efficaces dans les douleurs d'origine vertébrales (sans supériorité prouvée par rapport aux alternatives plus classiques). Toutefois, il conclut qu'il est actuellement impossible de statuer de manière certaine et définitive devant les difficultés de la recherche clinique en ostéopathie, tant sur le plan quantitatif, qualitatif, structurel, qu'institutionnel.

En mars 2013, l'Académie Nationale de Médecine(13) a émis un rapport sur les thérapies complémentaires (analyse de plusieurs revues Cochrane). Ce rapport précise que les manipulations rachidiennes peuvent se montrer modérément efficaces sur la lombalgie aiguë, subaiguë ou chronique, sur la cervicalgie aiguë, subaiguë ou chronique, sur la céphalée d'origine cervicale, les états vertigineux d'origine cervicale, et à un moindre degré sur la migraine. Les complications possibles des manipulations cervicales sont rares, mais graves.

À l'adresse des usagers et des professionnels, et afin d'éviter tout retard de diagnostic et/ou perte de chances, l'Académie Nationale de Médecine recommande :

- d'éviter l'usage de la MMO en l'absence de diagnostic médical,

- de ne l'accepter qu’avec une extrême prudence comme traitement de première intention,
- de ne pas y recourir lorsque la présentation clinique est inhabituelle ou persistante et en l’absence d’un avis médical.

CHAPITRE II - HYPOTHESE

I. Objectif principal

Cette thèse, semi-qualitative en entretiens semi-dirigés, s'inscrit dans le diplôme d'études spécialisées de médecine générale. Elle repose sur des données objectives de recours au praticien libéral. Nous nous interrogeons sur l'apport d'une formation en Médecine Manuelle Ostéopathique et particulièrement sur l'examen physique ostéopathique dans la démarche de prise en charge globale des pathologies ostéo-articulaires fonctionnelles.

II. Objectif secondaire

Ce questionnement nous amène à une autre réflexion : la formation en Médecine Manuelle Ostéopathique présente-t-elle un intérêt de santé publique, en terme d'actes d'imagerie, de prescriptions médicamenteuses et d'arrêts de travail ?

III. Cadre conceptuel

Nous nous sommes intéressés à l'ostéopathie médicale, pratiquée par les médecins généralistes sous le terme de Médecine Manuelle Ostéopathique. Comme nous l'avons vu en introduction, cette pratique concerne essentiellement l'ostéopathie structurelle qui s'intéresse aux éléments osseux, articulaires et musculaires.

Nous nous sommes concentrés sur les pathologies ostéo-articulaires « qui concernent les os et les articulations », et plus spécifiquement celles d'origines fonctionnelles, « non associées à une lésion organique. » En effet, ces pathologies sont au cœur de la prise en charge ostéopathique. On les nommera « dysfonction. »

Nous avons voulu orienter notre thèse sur l'examen clinique, ce deuxième temps de la consultation médicale qui participe à l'élaboration du diagnostic, et particulièrement sur la palpation, fondamentale pour l'ostéopathe qui l'utilise également à visée thérapeutique.

Enfin, la notion de biomécanique est souvent reprise dans cette thèse. Il s'agit de l'application des lois mécaniques, aux structures et aux appareils des êtres vivants. Dans notre domaine, cette définition s'applique à l'appareil locomoteur en étudiant les mouvements des corps indépendamment des forces qui les produisent.[4]

[4] Définition CISMEF

CHAPITRE III - MATERIEL ET METHODE

I. Recherche bibliographique

La recherche documentaire a été réalisée avec la base de données Pubmed®, le moteur de recherche Google et Google Scholar. Certains articles ont été obtenus grâce à la banque de thèse en médecine générale. Les mots clés utilisés pour ces recherches étaient : médecine générale, ostéopathie, maladie ostéo-articulaire fonctionnelle. Ces documents ont été référencés et organisés à l'aide du logiciel Zotero®.

II. Type d'étude

La recherche qualitative combine plusieurs techniques de collecte et d'analyse de données. Elle est ouverte au monde de l'expérience, de la culture et du vécu des individus, des groupes et de la société. Elle valorise l'exploration inductive et élabore une connaissance holistique de la réalité, grâce à la génération d'idées et d'hypothèses à partir de données verbales.(14)

Comme l'expliquent Miles et Huberman dans leur ouvrage *Analyse des données qualitatives* (15), « les données qualitatives sont davantage susceptibles de mener à d'heureuses trouvailles et à de nouvelles intégrations théoriques ; elles permettent aux chercheurs de dépasser leurs a-priori et leurs cadres conceptuels initiaux. Enfin, les découvertes dues aux études qualitatives revêtent un caractère d'indéniabilité. Les mots, particulièrement lorsqu'ils s'organisent en un récit, possèdent un je ne sais quoi de concret, d'évocateur ou de significatif qui s'avère souvent bien plus convaincant pour le lecteur, qu'il soit chercheur, décideur ou praticien, que des pages de chiffres. »

L'entretien qualitatif est une méthode de collecte d'informations utilisant un processus de communication verbale guidé par un entretien plus ou moins contraignant et qui peut revêtir plusieurs formes. On le classifie à partir de deux variables :

- le degré de liberté laissé aux participants (présence et forme des questions),
- le niveau de profondeur des échanges (richesse et complexité des réponses).

L'approche qualitative semblait particulièrement adaptée à notre étude, cherchant à explorer l'intérêt d'une démarche ostéopathique dans la prise en charge des pathologies ostéo-articulaires en médecine générale. L'objectif de ce type d'étude est la compréhension et l'interprétation de phénomènes et d'évènements dans leur milieu naturel. Contrairement à la méthode quantitative, qui teste des hypothèses, la recherche qualitative est une méthode inductive, dont l'objectif est de créer des hypothèses à partir d'éléments complexes, difficiles à mesurer.

III. Méthode de recueil des données

Nous avons choisi d'interviewer des médecins généralistes dans leur cabinet, au cours d'entretiens individuels les remettant volontiers dans leur contexte de consultation. La méthode qui nous a semblé la plus adaptée à cette recherche est celle des entretiens semi-dirigés. Leur but est d'aborder des thèmes généraux sur un mode proche de la conversation, et d'en dégager une idée à partir du phénomène étudié.

Les entretiens semi-dirigés sont structurés par un guide d'entretien composé de questions ouvertes qui permettent d'introduire les différents thèmes de discussion, stimulant ainsi la réflexion. L'intervenant s'adapte à l'interviewé et explore les pistes évoquées quitte à s'éloigner du guide d'entretien. Ce dernier est donc évolutif, amené à être modifié, afin de préciser certaines notions ou d'élargir le champ de discussion. Ce guide, consultable en annexe, a été conçu avec l'aide de mon directeur de thèse.

A. L'écoute active

L'objectif des interventions de l'interviewer est de favoriser la production d'un discours sur un thème donné. Blanchet décrit très bien ces stratégies dans *L'entretien : dire et faire dire*(16) :

> « L'activité d'écoute n'est pas assimilable à un simple acte d'enregistrement des données. En effet, l'écoute produit du sens, elle met en œuvre des « opérations » : elle sélectionne l'information, elle la compare aux objectifs de l'entretien, elle prépare des interventions. On l'assimile plus à une forme de diagnostic. »

B. Les stratégies d'intervention

L'intervention type de l'entretien de recherche est la relance. Elle tend à favoriser une rétroaction du participant sur son propre discours et l'amène à expliciter d'avantage sa pensée. Dans l'optique d'explorer le vécu concernant l'ostéopathie, de décortiquer les expériences dans leur essence. Cette explicitation de la pensée est absolument indispensable. On appelle cela l'entretien « en profondeur ».

C. La gestion du silence

Apprendre la technique d'entretien c'est aussi savoir « apprivoiser » l'instant de silence, qui peut être redouté mais qui est en fait une respiration nécessaire dans l'interaction interviewer-participant.

D. La retranscription des données

Avec l'accord des médecins, les entretiens ont été enregistrés par dictaphone puis retranscrits informatiquement sous Microsoft Office Word sous forme de verbatim. Aucune adaptation n'a été apportée à la retranscription afin de conserver le rythme de la pensée et la spontanéité des participants. Les hésitations et les silences étaient retranscrits également. Les verbatims ont été anonymisés.

Afin de vérifier la validité de ces résultats, ce travail a été réalisé en parallèle par une consoeur, puis les éléments ainsi extraits ont été comparés et discutés afin de s'assurer de leur pertinence. Cette analyse croisée a pour but de limiter les biais d'interprétation et d'assurer la validité interne de l'étude, elle se nomme triangulation.

Nous ne pouvons insister sur l'ensemble des informations délivrées par les médecins ostéopathes interrogés. Ces dernières ont été retranscrites dans la partie résultat. Cependant, dans la discussion, nous avons préféré nous concentrer sur les données de nos entretiens les plus fréquemment citées et permettant de répondre à l'objectif de cette thèse.

IV. Population

Contrairement à une étude quantitative, l'objectif d'une enquête qualitative n'est pas d'obtenir une représentativité de la population étudiée, mais de constituer un échantillon permettant la compréhension de comportements. Nous avons ainsi contacté des médecins généralistes exerçant dans les départements du Finistère, du Morbihan et d'Ille-et-Vilaine. Nous avons choisi un échantillon varié de médecins afin de diversifier au maximum les témoignages.

Les praticiens interrogés ont été conseillés par mon directeur de thèse ou les médecins interviewés, qui nous ont orienté vers des praticiens sensibilisés à la problématique qui nous intéressait. Leurs propos étaient donc susceptibles d'être plus informatifs. Ces médecins ont été contactés par téléphone.

Les médecins répondant de manière positive étaient ensuite rencontrés à leur cabinet. Ils ont été interrogés un par un, et les résultats analysés au fur et à mesure des entretiens.

CHAPITRE IV - RESULTATS ET ANALYSE

I. Données statistiques

Sur l'ensemble des médecins généralistes contactés, trois seulements ont refusé de participer à l'étude, en évoquant un manque de temps. Dix entretiens ont été réalisés, avec une saturation des données au neuvième entretien (moment où un nouvel entretien n'apporte plus d'éléments nouveaux).

	Age	Sexe	Milieu d'exercice	DESC de Médecine générale	D.I.U. d'ostéopathie	Formation(s) Complémentaire(s)
M1	61	H	Urbain	1984	2002	Néant
M2	67	H	Urbain	1978	1982	Médecine du sport
M3	58	H	Urbain	1989	1991	Medecine du sport, nutrition dietétique, micronutrition
M4	62	H	Urbain	1986	1991	Médecine du sport
M5	54	H	Urbain	1994	1997	Urgentiste
M6	58	H	Urbain	1986	1998	Homéopathie, vertébro-thérapie, acupuncture
M7	59	H	Urbain	1990	1992	D.U. gériatrie, médecine du sport, mésothérapie
M8	30	F	Urbain	2014	2015	Néant
M9	30	F	Semi-rural	2014	2013	Néant
M10	32	F	Semi-rural	2012	2012	Néant

Tableau 2 : démographie des médecins interrogés. M : médecin ; H : homme ; F : femme

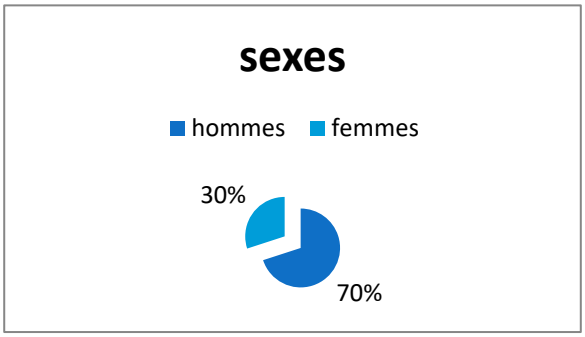


Figure 4 : Répartion des médecins selon le sexe

Dix médecins ont été interrogés, sept hommes et trois femmes, avec une moyenne d'âge de 51.1 ans. Huit exercent en milieu urbain et deux en péri-urbain. Quatre d'entre eux détiennent la capacité de Médecine du sport.
Par ailleurs, un médecin a le D.I.U. d'homéopathie, de vertébro-thérapie et d'acunpuncture et un autre le D.I.U. de mésothérapie.

Les entretiens se sont déroulés sur une durée de 26 minutes et 36 secondes en moyenne. L'interrogatoire a pu être interrompu à plusieurs reprises par des appels téléphoniques. De plus, les entretiens ont été réalisés entre deux consultations, limitant parfois les relances en fin de discussion, pour respecter l'espace horaire qui avait été annoncé en début d'entretien.

II. Formation et pratique en médecine générale, diagnostic d'une situation

A. Hôpital /médecine libérale

Les médecins décrivent un gouffre entre la pratique hospitalière et celle libérale :

- « Je trouvais qu'il y avait un fossé. » M3
- « Entre les demandes des patients et ce qu'on avait appris, il y a un monde, total, inadapté. » M3

Ainsi qu'une adaptation difficile à la médecine de ville :

- « Je suis sorti des études de médecine, je pensais travailler à l'hopital tellement j'étais formé à cela… » « J'étais complètement inadapté au travail de ville. » M3
- « Après un remplacement d'un mois chez le praticien, j'ai vu le gouffre dans mes connaissances. » M6

Selon eux, la formation hospitalière n'aborde pas l'ensemble des pathologies rencontrées en médecine générale, notamment les pathologies fonctionnelles :

- « Quand on sort de l'hôpital, on sait traiter les choses graves. Pour ça, on a une super formation, mais on soigne que 25% de la médecine...et tout le reste ..on l'a pas appris. » M3
- « A l'hôpital on soigne les gros trucs, mais pas le fonctionnel. » M6

Des lacunes dans la prise en charge clinique au cabinet sont ainsi décrites :

- « Oui, bien sur, cela m'a manqué dès le début. » M1
- « Ba oui, on était limité. » M5

Avec un sentiment d'insatisfaction en lien avec cette difficulté d'accompagnement :

- « Déçu de la prise en charge clinique en médecine générale. » M1
- « Et cela me manquait dans ma pratique quotidienne. » M1
- « Je me sentais un peu démuni et c'était assez fréquent. » M7

La difficulté de propositions thérapeutiques est évoquée :

- « Sur le plan efficacité, il n'y a rien, on envoie au spécialiste. » M6
- « On n'est pas capable de soigner les gens. » M7

Un médecin décrit sa crainte d'être un recours de seconde intention :

- « Je viens de chez l'ostéopathe, maintenant je viens chercher mon arrêt de travail. » « On va devenir de simples prescripteurs ! » M7

B. Ressenti concernant la formation médicale

1) Formation théorique

Les études médicales sont riches d'une démarche scientifique ancrée qui oriente souvent le diagnostic vers l'étiologie organique. Elle laisse peu de place à l'étiologie mécanique, fonctionnelle, pourtant fréquente en pathologies ostéo-articulaires :

- « Je dirais que la médecine classique qu'on nous a apprise, c'est une cause et une organicité, alors qu'en fin de compte, ben c'est souvent du fonctionnel... » M4
- « En médecine on va chercher une organicité alors que dans 80% des cas c'est du fonctionnel donc. » M4

Les études sont orientées avec peu de formation sur les pathologies du rachis :

- « Alors oui, la pathologie mécanique, au niveau du rachis, ça représente 85% de la pathologie. » « Au niveau de la médecine, on étudie que les 15% de pathologies organiques. On n'étudie pas du tout les 85% de pathologies mécaniques ! » M2

Les connaissances des jeunes praticiens sont limitées pour ces pathologies dites mécaniques, liées à l'absence de formation de la biomécanique, de l'anatomie de mouvement :

- « Ils ont aucune notion de ce qu'est la pathologie fonctionnelle du rachis. » M2
- « On n'avait aucune idée de l'anatomie en mouvement, l'anatomie sur le vivant, du tout, du tout. » M1
- « Mais les questions de mouvement, ce qui déclenche et les signes associés, ce n'est pas ce qu'on apprend en générale en médecine. » M4
- « Beaucoup de lacunes en anatomie palpatoire, fonctionnelle. » M7

2) Formation clinique

Les médecins décrivent des lacunes dans la pratique clinique de l'examen physique suite à la formation de médecine générale :

- « C'était un manque de formation dans mon examen clinique. » M9
- « Avant je ne savais pas du tout examiner, le dos, le bassin, les contractures…» M1
- « On n'a pas eu de formation clinique ... beaucoup de théorie mais aucune pratique et pas de solution. » M4

Cela malgré les stages pratiques au cours du cursus universitaire :

- « Déficiente dans les stages où je suis passée, comme l'examen d'une cheville, d'un genou, d'une épaule. » M8
- « Aux urgences, il y avait des choses qu'on laissait de coté par rapport à l'examen. »M5
- « Un genou…au départ je ne savais pas…c'était simple, on disait, attelle et revoyez votre médecin dans quatre jours. » M9

Plus tard comme assistant, un médecin raconte : « j'étais interpellé par de jeunes confrères comme vous, qui n'examinaient pas les patients. » Il poursuit : « que ce soit pour une cheville, un genou, des choses simples, une épaule...radios tout de suite, sans l'examiner ». La description d'une tendance à la médecine bureaucratique est critiquée : « ils passaient beaucoup de temps à compléter leur écran, ils étaient dos aux patients, posant des questions sans le regarder, et qui surtout ne l'examinaient pas. » M5

3) Place de l'ostéopathie dans la formation

Pendant le cursus médical, l'ostéopathie n'a pas été enseignée pour l'ensemble des médecins interrogés :

- « Zéro...mais une bonne formation sémiologique ! » M5

Car cette pratique n'est pas reconnue par le corps médical :

- « Zéro place à l'ostéopathie, j'ai commencé en 72 donc...ce n'était pas accepté ! » M1

Les médecins y ont cependant recours, malgré le manque de formation concernant cette discipline :

- « Ils n'ont aucune connaissance de l'ostéo, ils donnent cela comme s'ils prescrivaient de la kiné. » M7

C. Pathologies fonctionnelles en médecine générale

1) Pathologies fonctionnelles

Les pathologies fonctionnelles représentent une part importante des consultations en médecine générale :

- « La pathologie fonctionnelle du rachis... qui est quelque chose d'extrêmement fréquent ! » M2
- « Pour moi, le fonctionel, c'est 95% de la médecine générale. » M6
- « 80% de ce que l'on voit, c'est du fonctionnel je dirais, après il peut y avoir de l'inflammation. » M4
- « J'en ai vu quatre en médecine générale, et cet après midi, il y en a un paquet...c'est quotidien ! » M7

2) Le rachis, la rhumatologie

Les pathologies du rachis sont souvent rencontrées, même si le D.I.U. d'ostéopathie peut être un biais de recrutement de la patientelle :

- « Ah oui, en médecine générale, quand les gens viennent pour un problème, ils viennent surtout pour un problème rhumatologique... A moins que je sois orienté moi, mais je dirais les ¾ ! » M3
- « En rhumatologie aussi beaucoup. » M4

Représenté surtout par les pathologies mécaniques du rachis, les DIM, et les sciatiques :

- « La pathologie mécanique, au niveau du rachis, ca représente 85% des pathologies. C'est quelque chose d'extrêmement fréquent ! » M2
- « DIM, un dérangement au niveau de la jonction dorso-lombaire, et c'est difficile a trouver mais extrêmement fréquent et pas facile à traiter. » M2
- « Douleurs tronquées atypiques de sciatique.. ça pour moi c'est très fréquent. » M2

Ainsi que par les lombalgies très fréquentes dans la société :

- « C'est souvent les lombalgies. » M2
- « Les hernies discales, j'en vois pas beaucoup, pourtant il y a énormément de lombalgies... » M6
- « Les maux de dos sont hyper courants, les lumbagos, même dans nos familles, nos proches. » M8

Les autres articulations dont l'épaule sont également citées :

- « Problème courant en médecine générale et complexe, surtout l'épaule. » M8

3) La douleur

Les douleurs sont également un motif de consultation :

- « Douleurs en lien avec l'orthopédie, ce qui est traumato, ou post-traumato avec les douleurs résiduelles. » M3
- « Pour des douleurs projetées, ou atypiques. » M1

Très présentes en médecine du sport / traumatologique :

- « En sport, toutes les douleurs, tout ce qui est traumatologique. » M4

4) Personnes âgées

Les difficultés de mobilité sont courantes chez la personne âgée :

- « Il y a beaucoup de problèmes d'origine musculaire en fait, de sous-utilisation, notamment chez la personne âgée. » M1

Amenant à la réalisation de séances d'ostéopathie, en lien avec des techniques douces :

- « Moi je fais beaucoup d'ostéopathie chez les personnes agées. » M4

III. Première approche de l'ostéopathie

A. Négative

L'ostéopatie n'était initialement pas reconnue par certains médecins. Ils l'associent à une méconnaissance de cette discipline :

- « Pour moi, c'était le rebouteux du coin. » M7
- « Je ne connaissais rien du tout avant de me former. » M7

Un autre médecin a souffert lors de sa prise en charge :

- « J'en ai vraiment chialé ! Tout ce qui fallait pas… donc je m'étais dit jamais quoi. »M5

B. Positive

Certains praticiens ont reçu des thérapies à base d'ostéopathie dès l'enfance :

- « Depuis que je suis toute petite, on m'envoie voir des ostéopathes non médecins. » M9
- « Mon médecin traitant faisait aussi acunpunture et vertébro-thérapie...alors je me suis dit : cela m'intéresse, on a vraiment l'impression de soigner ! » M6

Pour d'autres, l'expérience positive d'un acte ostéopathique leur a fait apprécier la prise en charge globale et douce :

- « Un jour, j'ai eu mal au dos, j'ai été voir un ostéo, j'ai trouvé cela assez magique, ça m'a intéressé. » M3
- « Ce que j'aimais bien dans l'ostéopathie que j'ai pratiqué avant la médecine, c'est la douceur de la prise en charge. » M9

C. Tardive

1) Découverte lors du cursus médical

Plusieurs médecins ont été confrontés à des manipulations lors du cursus médical et se sont interrogés sur cette pratique si différente :

- « C'était intriguant. » M2
- « Un stage chez un généraliste, qui était ostéopathe, et je l'ai vu faire une manipulation pour un DIM dorso-lombaire, et je me suis dit : « c'est quoi ça ! » Je pense que ça a été le déclic. » M9

Ils se sont interrogés sur cette méthode non-conventionnelle et non-scolaire :

- « J'avais vu des rebouteux travailler, et c'était impressionant, ils faisaient des trucs qu'on n'avait pas appris a l'école quoi. » M4
- « J'ai vu son père arriver avec un lumbago, plié en deux, il le fait rentrer dans le bureau et ressortir tout droit, nickel ! Ça m'a scié. » M2

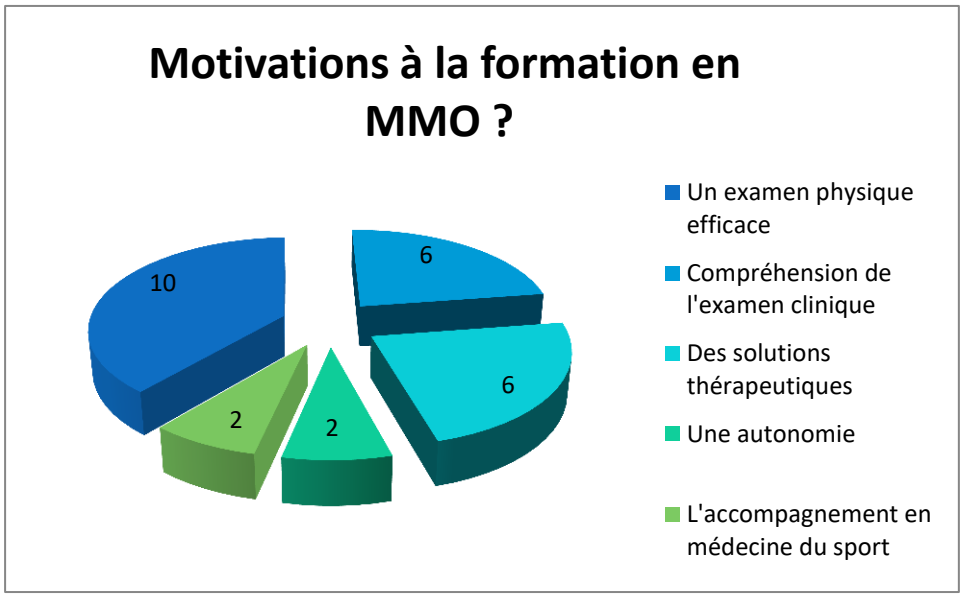
2) Découverte lors de l'exercice professionnel

La médecine technique sans soins, remise en cause par un patient, a interrogé un médecin :

- « C'est une patiente, en fait, qui avait une douleur thoracique, pour qui j'ai tout fait en médecine générale. Et puis...elle avait rien au niveau de la médecine générale, elle a consulté un ostéopathe pour sa douleur, depuis, elle n'a plus mal. Donc elle m'a dit :

« à quoi vous servez, vous médecins ? Vous m'avez fait plein d'examens, mais vous ne m'avez pas soignée. » Cela m'a interrogé. » M3

IV. Facteurs motivant la formation à la Médecine Manuelle Ostéopathique



A. En lien avec l'exercice professionnel

1) Médecine du sport

Les médecins interrogés et disposant du D.I.U. de Médecine du sport ont trouvé une complémentarité entre ces deux disciplines :

- « J'ai toujours trouvé que la médecine du sport et l'ostéopathie, c'était intimmement lié. » M2

Car l'ostéopathie s'intègre dans la démarche de soins du sportif :

- « Je trouvais que plus je voyais de la médecine du sport, de la mésothérapie, et plus je voyais que l'ostéopathie rentrait dans la démarche thérapeutique. » M3
- « Les sportifs avaient besoin d'ostéopathie. » M2

2) Médecine manuelle

Les médecins interrogés aspiraient à développer l'aspect manuel de l'examen clinique :

- « J'ai toujours été attiré par le coté manuel. » M5
- « Moi, ça m'a toujours passionné la clinique. » M5

- « J’aimais bien examiner les gens, le coté manuel de l'ostéopathie. » M1

3) Souhait d’évolution de la pratique médicale

Certains souhaitaient faire évoluer leur profession et acquérir de nouvelles compétences :

- « J’avais surtout un souhait d’une évolution dans ma carrière. » M5
- « Cela m’intéressait d’avoir quelque chose de plus. » M4

Pour pratiquer une médecine de terrain où la personne et le corps sont au cœur de la prise en charge :

- « Ca devenait la routine, et puis j’étais plus à ma place, c’est pas mon truc moi, la médecine de papier… Passer des heures en réunion à repeindre la girafe, moi je suis plutôt un médecin de terrain. » M5

L’ouverture aux médecines alternatives pour une prise en charge globale du patient est mis en avant :

- « J’étais ouverte de facon génénale aux médecines alternatives. » M8
- « Avec l’intérêt d’une médecine globale pour aller à la cause du problème. » M8

B. Volonté d’une formation complémentaire

1) Clinique

La majorité des médecins souhaitaient améliorer leurs compétences dans l’examen clinique :

- « En gros, je voulais faire de la médecine générale, je savais que 40% de mes patients auraient une lombalgie et pour l’instant, le dos, je ne sais pas l’examiner. » M9
- « Déjà apprendre l’examen clinique […], bien examiner un genou, connaitre l’anatomie palpatoire. » M8
- « Je voulais savoir examiner les gens, savoir les toucher et les mobiliser. » M9
- « [Je souhaitais apporter] une connaissance de l’anatomie, pour examiner. » M10

Sans chercher initialement à manipuler :

- « Mon ambition initiale était très faible, juste de l’examen clinique. Je ne me disais pas : « je ferai de la manipulation. » » M9

2) Scientifique

Ils souhaitaient avoir une compréhension globale du corps humain :

- « Comprendre de quoi on parlait, en reprenant tout l’examen clinique. » M1

Notamment sur le plan anatomique et neuro-anatomique :

- « Comprendre le schéma neuro-anatomique et l'appliquer. » M6
- « Donc reprendre toute l'anatomie, sur le vivant. » M1

Afin d'améliorer leur diagnostic :

- « Arriver au diagnostic étiologique pour soigner le problème derrière... » M6

C. Volonté d'une thérapeutique adaptée

1) Etre « multicarte »

Les médecins évoquent le souhait d'une alternative thérapeutique :

- « J'espérais apporter des solutions réelles à des problèmes très courants en médecine générale. » M1

En élargissant leurs domaines de compétences :

- « Des solutions, être multicarte. » M6
- « Cela donne l'autonomie, mais le but premier était vraiment de soigner ! » M6
- « Avoir soi-même cette compétence comme médecin. » M8
- « C'était une autre approche qui pouvait apporter un bénéfice pour des maladies où on n'a pas beaucoup de médicaments... » M10

L'ostéopathie est ainsi considérée comme inhérente à la prise en charge :

- « Je voyais que l'ostéopathie rentrait dans la démarche thérapeutique. » M3

2) Notion de « médecine aux mains nues »

Les médecins abordent l'idée d'une économie de médicaments, et notamment des anti-inflammatoires :

- « L'idée de soigner avec le moins de médicaments possible, l'ostéopathie en fait partie. » M3
- « Soulager les gens sans médicaments. » M7
- « D'avoir autre chose à proposer que des anti-inflammatoires. » M1
- « Donner du repos, des anti-infllamatoires, et aller chez le kiné, c'est pas intéressant quoi ! Je pensais pouvoir faire plus ! » M4
- « Avoir l'impression d'apporter une thérapeutique plus utile, plus que les médicaments et débrouillez vous quoi ! » M10

En développant une attention particulière envers le corps humain, basée sur l'autorégulation :

- « Et c'est le soin, soigner les tissus, sans les médicaments. » « C'est de redonner au corps la possibilité de s'autoréguler, c'est valable en nutrition également. »M3

Et en proposant pour les problèmes mécaniques, le soin par le toucher :

- « Avec les mains, c'est beaucoup mieux, quand c'est de la mécanique. » M7
- « Apporter des vraies guérisons, avec les bons outils adaptés. » « Par des soins adaptés et facilement réalisables : « médecine aux mains nues qu'on peut pratiquer partout. »» M8

D. Relation médecin malade

Intégrer l'ostéopathie dans la pratique répondait pour certains à une volonté de la patientelle :

- « C'était également sur la demande des patients. »M7

Afin de pouvoir mieux répondre aux attentes thérapeutiques :

- « C'est pour rendre service aux gens aussi. »M5

V. L'ostéopathie et la médecine générale

A. Désinvestissement de la médecine générale

Plusieurs médecins trouvent regrettable que la médecine n'investisse pas plus cette prise en charge, laissant la pratique aux ostéopathes non-médecins :

- « Je pense que le médecin généraliste doit réinvestir ce domaine. » M7
- « C'est dommage que les ostéo mettent la main dessus, et à des prix … » M4
- « C'est tellement proche de notre métier, c'est vrai que c'est dommage quoi ! » M8

B. Relation avec les autres spécialités

1) Médecine générale

Il existe une incompréhension et un manque de considération de l'ostéopathie dans le milieu médical :

- « Cela a paru étrange qu'un urgentiste passe à l'ostéo. » « J'ai basculé du côté obscur. » M5
- « Ils considèrent cela comme du placebo. » M3

D’autres médecins travaillent en partenariat avec plusieurs généralistes qui leurs adressent des patients :

- « J’ai souvent des médecins qui m’adressent des gens. » M3
- « Mes collègues m’envoient du monde. » M5

Cependant le médecin traitant du patient reste le référent quand il s’agit de problèmes organiques :

- « Donc je lui dis d’aller revoir son médecin généraliste, et de lui demander une prise en charge médicale quoi. » M4

2) Autres spécialités médicales

Un médecin décrit des liens avec les gastro-entérologues :

- « Pour les gastralgies aussi, parfois on fait des examens et il n’y a rien, le gastro me le renvoie en disant, ben c’est une dorsale. » M4

Il est noté une évolution du rapport avec la chirurgie-traumatologie et l’urologie :

- « Ce qui avance, c’est un peu avec la chirurgie et la traumato. » M4
- « J’ai à peu près 20% de patients adressés, surtout par les médecins généralistes, des urologues, pour le syndrome de maigne, pour les douleurs de bourses, des chirurgiens, deux rhumatologues… » M5

VI. Evolution de l’interrogatoire

A. Peu d’évolution

Deux médecins n’ont pas trouvé de différence dans leur interrogatoire et conservent celui étudié au cours du cursus médical :

- « Mon interrogatoire n'a pas trop changé non. » M2
- « L’interrogatoire est le même que la médecine générale, le classique. » M3

B. Des évolutions notables

1) Mieux structuré

En revanche, des médecins ont fait évoluer leur interrogatoire en l'orientant :

- « Oui, l'interrogatoire n'est pas le même, les signes ne sont pas les mêmes, donc il est un peu différent. » M4
- « Par exemple, je vais plus loin, je m'oriente mieux. » M4
- « Je pense que oui car je me sens plus compétente dans ce domaine, du coup je vais poser plus de questions car je sais de quoi je parle » M10

Tout en améliorant la structure de la démarche de l'interrogatoire :

- « En passant outre parfois de ce que les gens racontent… Parce que le problème est tout à fait autre part. » M1
- « Je pense que je suis plus structuré. Avant j'avais ma structure d'interrogatoire comme on l'a apprise, et je reliais pas forcément au diagnostic. » M9
- « Ca m'a aidé à relier les symptômes au diagnostic. » M9

2) Dynamisme de mouvement

La connaissance de l'anatomie et de la dynamique du mouvement permet d'appréhender plus facilement les dysfonctions et de comprendre les mécanismes lésionnels :

- « J'écoute plus la façon dont cela s'est passé, la dynamique. » M7
- « Je vais davantage faire attention sur le mécanisme d'action, car je sais que les lésions ne vont pas être dans le même sens. » M8

3) Thérapeutiques

L'interrogatoire est adapté aux thérapeutiques proposées, avec une écoute plus attentive :

- « On oriente mieux l'interrogatoire en fonction des thérapeutiques que je peux apporter. » M8
- « C'est plus facile d'écouter quelqu'un quand on sait que l'on peut lui apporter une réponse. » M8

VII. Evolution de la prise en charge diagnostique

A. Démarche clinique

1) Le toucher

L'examen clinique a évolué pour l'ensemble des médecins, qui ont insisté sur la notion du toucher découverte lors de l'étude de la Médecine Manuelle Ostéopathique :

- « Il faut toucher les gens ! » M7
- « On développe un toucher assez spécial en ostéo donc on regarde plus en détail. » M1
- « Au niveau anatomique, le toucher est différent. » M10

Développant une nouvelle approche de l'examen clinique par la palpation :

- « J'ai appris à examiner les gens différemment, même en médecine générale. » M6
- « Toujours ma main qui se balade, cela apporte beaucoup ! » M7
- « Tout a changé, le palper est totalement différent, même pour palper un ventre, la main est différente...je sais palper..un rein...un organe…» M7
- « Même chez les personnes venant me voir pour hypertension artérielle, mon examen a changé. » M1

2) L'examen physique

a. L'examen d'une articulation

L'examen physique ostéopathique est utilisé à visée diagnostique :

- « J'utilise beaucoup l'examen clinique ostéopathique pour comprendre ce qu'il se passe, quotidiennement, tous les jours. » M2
- « Le diagnostic ostéopathique est manuel, contrairement à la médecine générale. » M1
- « On peut confronter notre examen clinique aux symptomes de la personne. » M8

Principalement concernant l'examen articulaire où l'analyse dynamique des structures est essentielle pour une démarche clinique fonctionnelle :

- « L'examen de l'articulation, c'est l'examen ostéopathique ! » « Quand j'examine une épaule, un genou, je le mobilise, le travaille, donc mon examen est un examen ostéo…» M3
- « Plutôt l'examen clinique, on essaye de trouver toutes les restrictions de mobilité. » M1

- « Il y a des examens particuliers, spécifiques. On examine plus la fonction et le côté dynamique, on est en dehors du lésionnel, on est plus branché sur le fonctionnel. » M4
- « J'ai les choses en tête et de façon fonctionnelle, non plus scolaire comme on a pu l'apprendre. » M9

La connaissance anatomique précise également l'examen palpatoire, permettant d'affiner le diagnostic :

- « Quand on connait mieux quelque chose, c'est sûr que c'est plus précis. » M8
- « Je cible plus, je connais la structure, donc je trouve l'origine du mal le plus souvent. » M7
- « Clairement, c'est plus complet et plus fin… » « L'important, c'est de déshabiller les gens… J'ai simplifié mon examen parce que je le comprends mieux. » M8
- « J'examine beaucoup mieux les gens. » M10

Par ailleurs, l'ostéopathie permet d'appréhender des situations diverses :

- « Maintenant, je sais que même à chaud, je peux faire des trucs ! Même s'il est hyperalgique, je peux faire quelques mouvements qui m'apporteront des informations… Et c'est très fréquent…» M9
- « Dans beaucoup de maladies que je n'expliquais pas, comme les douleurs thoraciques inexpliquées, les douleurs lombaires, les douleurs étranges…On se rend compte en examinant d'une petite restriction, d'une côte. » M3

B. Démarche Etiologique

1) La notion de syndrome

L'unité du corps humain est recherchée dans l'examen :

- « Là où cela modifie beaucoup, on ne regarde plus une articulation toute seule, c'est un ensemble. » M4
- « Quand quelqu'un se plaint de quelque chose complètement différent, qui n'a pas de lien, bin en fin de compte, c'est un même corps et ces choses-là sont liées... Et ça, l'ostéopathie a modifié mon regard là-dessus. » M4
- « Pareil pour le cou, si vous ne regardez pas le dos en même temps... Il faut avoir une vision régionale, dynamique. » M4

Les symptomes sont alors plus souvent associés sous forme de syndrome :

- « On a des tableaux un peu différents, on associe des choses qu'en médecine classique, on n'associe pas. Et si il a une angine en même temps, pour nous, cela

complète un tableau alors qu'en médecine générale, c'est une emmerde de plus... C'est un peu ça quoi ! » M4

L'ostéopathie a ainsi permis d'améliorer le raisonnement scientifique :

- « C'est comme une tendinite du genou, c'est pas possible ! C'est le quadri ou un autre, on cible donc plus, on est plus complet ! » M9
- « L'ostéopathie m'a permis de faire des liens entre les différents organes, structures. Donc la démarche n'est pas la même. Une tendinite, si vous ne regardez pas le muscle, s'il est contracté, la tendinite va rester là ! » M7
- « Je ne me sens pas perdu et j'ai envie de savoir ce qui ce passe parce que ça me parle... » M10

2) Etiologie organique

Pour plusieurs patients adressés, des médecins ont diagnostiqué une étiologie organique de la douleur par l'examen ostéopathique :

- « La pratique de l'ostéopathie me permet d'aboutir à des diagnostics organiques aussi quoi… Il y avait autre chose…donc l'examen affine. » M4
- « Trois fois, j'ai fait des électros, trois fois j'ai trouvé un infarctus. » M2

La connaissance de l'ostéopathie permet également des diagnostics d'éliminations :

- « Quelqu'un est venu en ostéo pour des douleurs thoraciques. Pour moi ce n'était pas ostéo, je lui ai fait faire une imagerie…et c'était un anévrisme ! Je peux facilement sentir quand ce n'est pas ostéo. » M3

VIII. Intérêt dans la prise en charge thérapeutique

A. Relation médecin malade

1) Dialogue

Les médecins notent une évolution de la relation, centrée sur le corps humain :

- « C'est sûr que l'on rentre dans un autre type de relation. » M8
- « Il y a une intervention de ma part, mais c'est plus une relation à deux, un peu comme la psychothérapie, un dialogue qui s'instaure entre le thérapeute et le patient. » M3
- « Cela apprend à être en relation avec son patient et à être à l'écoute par le corps. » M8

La communication, l'écoute et le temps accordés au patient sont, selon eux, des éléments importants participant au processus de guérison :

- « L'efficacité, c'est plus la relation thérapeutique. » M3
- « Spontanément, ce qui est déjà efficace, c'est la prise en charge du patient, le temps qu'on passe avec lui, ce qui ce passe à l'intérieur de la séance. » M3
- « C'est pas la technique à la fin qui va faire la différence, mais la qualité de l'écoute, de l'attention mise en oeuvre pour trouver une solution. » M5

Car la médecine repose sur ce principe d'empathie, de disponibilité, et nécessite la connaissance de la personne dans son intégrité :

- « C'est avant tout une question de temps...d'écoute ! » M7
- « Depuis l'aube des temps, la médecine est basée sur l'écoute et la clinique. » M5
- « Ça demande de connaitre chaque patient…de s'adapter. » M3

B. L'approche ostéopathique

1) Le toucher

Il s'agit d'un moment important de l'examen, source de relation :

- « C'est vrai qu'il y a une dimension du toucher, où l'on exerce un lien inconscient. » M8

Selon les médecins, le toucher est inhérent aux soins et a ses propres facultés thérapeutiques :

- « Car c'est déjà thérapeutique en soi. » M3
- « Le traitement général ostéopathique, c'est l'examen ostéopathique... C'est pas les manipulations ! Et déjà, cela soulage… L'examen, c'est déjà un soin. » M3
- « Il y a des gens, je ne sais pas quoi faire, mais simplement leur imposer les mains, 15-20 minutes, dans ma tête je me dis, je ne vais rien faire, mais vous les revoyez 15 jours après et les gens vous disent, merci Docteur ! Ça m'a fait un bien fou ! » M7
- « Impression d'avoir rien fait et les gens sont soulagés. » M3
- « C'est la main qui soigne, ou qui apaise. » M7

2) La mobilisation

La mobilisation des tissus est utilisée à visée thérapeutique :

- « On se rend compte qu'il suffit de faire une approche générale de l'ostéopathie déjà, en manipulant un peu, en mobilisant pour solutionner pas mal de problèmes. » M1

Elle est efficace concernant la prise en charge antalgique des dysfonctions, confortant les médecins dans ce choix thérapeuthique :

- « Il y a beaucoup de choses qu'il suffit de mobiliser pour que cela passe. » M1
- « On manipule et il n'y a plus de douleur donc bon…» M4
- « Mais pour toutes les lombalgies, les lumbagos, les choses purement fonctionnelles, qui sont des dysfonctions, là-dessus, on a des résultats rapides. » M4
- « Et vous les soulagez en une séance... Ça, c'est fréquent ! » M7
- « Puisque j'ai des résultats…je dirais 90% de résultats... C'est impressionnant. » « On soulage vite. » « Le phénomène des lombalgies qu'on traite beaucoup mieux et avec un résultat surprenant. » M2

Ces techniques peuvent également être utilisées chez les personnes âgées :

- « Je soigne des personnes âgées, qui sont très soulagées par ces techniques très douces. » M3

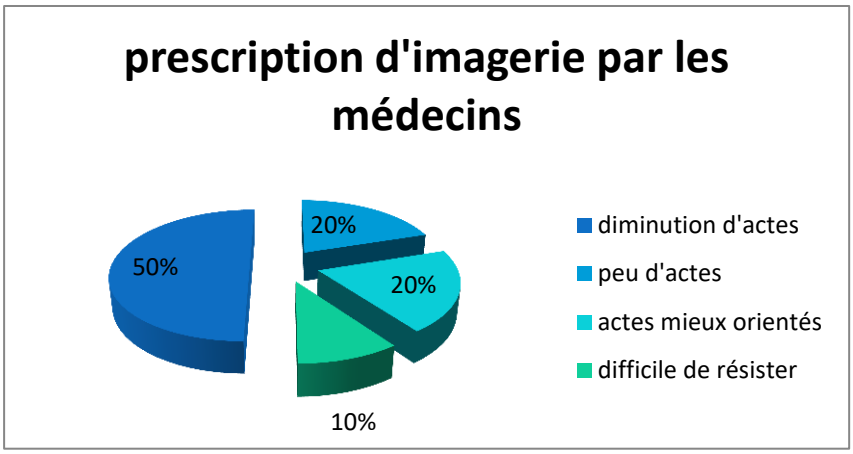
C. Expérience personnelle

Les médecins ont tous des expériences professionnelles qui ont confortées cette pratique :

- « Arrivé avec une canne et qui est reparti sans. » M2
- « Le mec, plus de morphine, plus de médicaments, plus rien…du jour au lendemain. » M2
- « J'ai senti la tension du cou se dérouler sous mon doigt, simplement avec l'écoute tissulaire… C'était une sensation extraordinaire. » M3
- « En une manip, c'était fini ! » M7
- « Il venait pour une lombalgie chronique, probablement sur hernie discale, et qui là venait de bricoler et qui avait mal au dos. Je l'ai mis en slip et examiné des pieds à la tête. Cela ne m'a pas pris forcement plus de temps, mais en partant il m'a dit : « je crois qu'on m'avait jamais examiné comme cela ! »» M9

IX. Intérêt de santé publique

A. L'imagerie



La majorité des médecins disent prescrire peu de radiographies grâce à leurs compétences cliniques et les recommandations du D.I.U. de Médecine Manuelle Ostéopathique :

- « Je suis peu prescripteur d'imageries et de médications... J'en ai besoin, et c'est dans mes prérogatives de médecin, mais c'est très peu ! » M5
- « Avant je prescrivais peut être pour pouvoir me rassurer, me cacher derrière cela car je n'avais pas mon examen clinique. Là, c'est plus en complément…» M9
- « Je pense que j'en fais moins, car j'ai le diagnostic rapidement donc…je sais où je navigue ! » M6

Les prescriptions semblent ainsi mieux orientées, et sont réalisées en cas de doute :

- « Oui, déjà on en demande beaucoup moins, parce qu'on cible plus », « Donc dans certains domaines, peut être moins d'actes, dans d'autres, peut être plus, mais plus orientés. » M4
- « Quand il y a un doute. » M2
- « Moi, quand j'ai un doute je prescris, mais quand on a des choses stéréotypées... » M5

Les notions développées lors du D.I.U. d'ostéopathie permettent d'affiner la recherche :

- « On va pas chercher directement une lésion qu'on ne verra pas à la radio ou à l'IRM, car ce n'est pas une lésion mais une dysfonction, ce n'est pas la même chose ! » M4

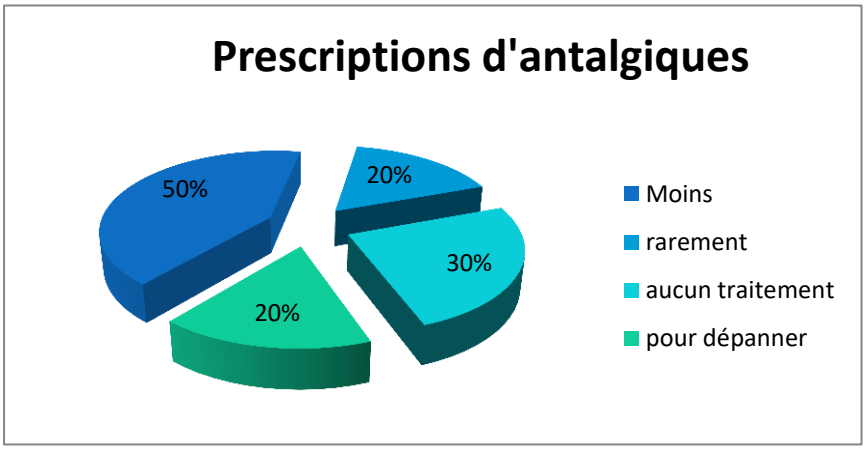
L'acte radiologique est ainsi souvent secondaire et confirme régulièrement la suspicion diagnostique :

- « Et en général, cela confirme… Les mains, c'est important ! » M1
- « A coup sûr, cela confirme ! » M4
- « Les radios, je laisse du temps… Revenez dans six semaines si cela persiste ! » M8

Un seul médecin disait prescrire régulièrement des radiographies :

- « Mais je suis assez radio... Sauf pour tout ce qui est lombalgie. » M7

B. Médicaments



50% des médecins évoquent une possible baisse des prescriptions d'antalgiques. Le D.I.U de médecine manuelle ostéopathique leur a permis de proposer une alternative aux prises en charges purement médicamenteuses :

- « Donc j'utilise beaucoup moins de médicaments. » M1
- « Très rare, je n'en prescris presque jamais…par contre, les personnes arrivent souvent sous anti-inflammatoires et je leur dis d'arrêter. » M2
- « C'est que grâce a l'ostéo, j'ai moins de médicaments, c'est sûr… Et puis un peu moins de kiné ! » M3
- « Anti-inflammatoires, c'est rare, très rare ! » M6
- « Je prescris encore des anti-inflammatoires, sauf quand je manipule. » M7
- « C'est sûr, il y a beaucoup moins de prise médicamenteuse. » M8

Pour certains médecins, la prescription est mieux adaptée à la pratique clinique :

- « Concernant les anti-inflammatoires, j'en fais quand même, mais moins, selon la clinique. » M4

- « Oui ! Quand je pense que c'est purement mécanique, je ne prescris pas d'AINS ! Mais dès qu'il y a des signes d'hernie, j'y vais ! » M9

Cette alternative semble également intéressante pour diminuer l'effet iatrogénique des médicaments :

- « Ne pas leur rajouter un anti-inflammatoire, c'est quand même intéressant ! C'est énorme ! Je joue beaucoup là-dessus ! » M4
- « J'ai vu un patient avec une cervicalgie type musculaire sous anti-inflammatoires qui à 40 ans faisait son insuffisance renale… Donc quand je pense que je peux traiter manuellement, je préfère, plutôt que de mettre des médicaments qui potentiellement ont des effets indésirables. » M9

C. Arrêt de travail

Les entretiens n'ont pas permis de dégager une tendance concernant la prescription d'arrêts de travail. Les prescriptions étaient orientées en fonction de la patientelle de chaque médecin :

- « J'ai pas mal d'arrêts de travail dans mes relevés, mais j'ai pas mal de jeunes aussi donc…» M3

Ainsi, certains médecins n'ont pas modifié leur pratique de prescription :

- « Concernant les arrêts de travail, je pense pareil. » M9

D'autres n'ont pas su répondre. Un médecin pense tout de même avoir diminué sa prescription suite au D.I.U. :

- « Concernant les arrêts de travail, je ne saurai pas vous répondre. » M7
- « Arrêts de travail, je n'ai pas assez de recul mais cela parait logique car la récupération est plus rapide... » M8

Des médecins en prescrivent peu, en cas de besoin :

- « Pour les arrêts de travail, si j'arrive à soulager rapidement, il n'y en a pas ou peu… C'est plutôt un dépannage ! » M6
- « Arrêts de travail, c'est très rare ! » M1

D. Epanouissement personnel

La pratique de la médecine manuelle ostéopathique se conjugue bien à celle de la médecine, enrichissant et diversifiant la pratique médicale :

- « Beaucoup plus intéressant pour moi, beaucoup plus intéressant de pratiquer la médecine. » M1
- « Ça donne du goût, c'est intéressant quoi ! » M4
- « Un bilan totalement positif en diversifiant mon activité, en l'enrichissant et en la rendant beaucoup plus intéressante au quotidien ! » M1
- « J'ai plaisir dans la pratique du métier de médecin généraliste et d'ostéo, j'ai plaisir à travailler ! » M3

Elle apporte une satisfaction dans l'exercice en lien avec la pratique du toucher :

- « Donc c'est un moment agréable pour le patient, et aussi agréable pour le thérapeute. » M8
- « J'ai aimé développer ce toucher. » M1
- « Un examen global beaucoup plus intéressant et qui change tout ! » M8

La formation a élargi le champ de compétences du médecin, et a apporté un professionalisme mis au service des patients :

- « Je suis heureuse de développer des outils pour que la médecine que j'exerce soit la plus utile. » M8
- « Je me sens plus sûr de moi, moins stupide, parce que je connais mieux. » M10

L'ostéopathie a ainsi fait évoluer la pratique de l'ensemble des médecins :

- « Beaucoup changé, beaucoup, pour moi, c'est beaucoup plus intéressant, tout le temps. » M1
- « On n'a pas la même vision du tout. » M4
- « J'ai vraiment appris plein de choses grâce à l'ostéo ! » M7
- « Ça a beaucoup changé ma pratique et j'apporte des réponses qui me paraissent plus adaptées. » M4
- « J'ai l'impression d'avoir élargi le champ de mes connaissances et j'appréhende mieux certaines pathologies qu'avant, j'aurais envoyé chez le kiné ! » M10

Cet épanouissement a un impact sur le bien être du médecin :

- « Complètement, complètement, ma femme le dit bien ! Elle a senti que je me lassais vite en médecine générale, le fait de ne pas avoir le temps, les visites…» M7

- « La relation est aussi un peu différente, on a plus de temps, on est calme et puis c'est agréable. J'ai l'impression de faire autre chose. » M10

E. Relation médecin malade

Pour l'ensemble des médecins, les patients apprécient cette prise en charge proposée par l'ostéopathie :

- « Les gens sont satisfaits. » M1
- « J'ai beaucoup de retours positifs. » M8
- « Les gens sont satisfaits, parce que je le fais en douceur…» M8
- « Beaucoup sont contents d'avoir un médecin qui sache faire cela ! » M9
- « Et j'ai un retour des patients positif ! Avant, je remplaçais sur Vannes, et une patiente désirait venir dès que j'étais là ! » M9

Les médecins mettent en avant la gratitude des patients, en lien avec le toucher et la notion de « soins » :

- « Il est revenu trois jours après me dire merci. » M1
- « Avec l'ostéo, on a la notion de soins, et les gens vous disent « merci » pratiquement à chaque fois. » M7
- « On les touche doucement. Le fait de les toucher déjà, et vous avez un merci derrière ! » M7

Les médecins décrivent ainsi un vrai engouement des patients envers la Médecine Manuelle Ostéopathie, avec la notion d'une volonté de prise en charge urgente :

- « Beaucoup de personnes viennent me voir parce que je suis médecin ostéopathe, et qu'ils avaient l'habitude de voir un ostéopathe... Cela les rassure de voir un médecin ostéopathe. » M1
- « Les gens prennent cela pour de la médecine d'urgence. » M7
- « Si vous êtes pas prêt à les prendre, ils vont voir ailleurs ! » M7

Pour plusieurs médecins, le recours à l'ostéopathie est un fait de société. L'ostéopathe devient ainsi un acteur de santé important :

- « C'est pour moi plus un fait de société. » M3
- « Je dirais qu'ils ont tous un ostéo, tous, tous. » M7

X. Deux pratiques Complémentaires

L'ensemble des médecins interrogés trouvent que l'ostéopathie est une pratique complémentaire à la médecine :

- « Quand on a la culture manuelle et la médecine, la culture du diagnostic, et qu'on développe cela, alors ça devient superbe ! » M2
- « C'est une prise en charge non médicamenteuse, et qui est corrélée avec ce que moi je connais en médecine générale, et qui me va bien. » M3
- « Ah oui, cela va dans les deux sens. » M5
- « Complémentaire à la médecine générale. » M8
- « D'avoir une autre approche sans effets indésirables et qui peut être bénéfique ! Ça peut être un complément. » M10

Car il s'agit d'une continuité de la médecine en lien avec l'application pratique de l'anatomie :

- « Car c'est beaucoup plus clinique, dans la continuité de l'anatomie. » M8
- « Nos cours d'anat', si on peut les mettre en pratique tout de suite, il y a tellement de bénéfices portés à la formation médicale. » M8

De plus, selon les médecins, la réflexion médicale est essentielle dans la pratique de l'ostéopathie :

- « Avant de faire de l'ostéopathie, il faut être médecin ! » M1
- « J'ai l'outil médical derrière qui est important, oui, toujours, c'est de la médecine ! »M4
- « C'est toujours la médecine générale, la médecine clinique au départ. » M4
- « Il faut rester médecin. » M7
- « Les signaux se mettent en point quand il y a quelque chose qui n'est pas de l'ordre de l'ostéo. » M5

L'ostéopathie a donc permis de développer des outils supplémentaires permettant de diversifier la pratique médicale :

- « Une autre approche palpatoire, c'est un complément à la médecine. » M7
- « Je dirais que l'ostéopathie, ce n'est qu'un moyen, c'est plus un supplément… Mais c'est intégré dans un tout. » M6

XI. Le D.I.U. d'ostéopathie

A. Connaissance générale de l'ostéopathie et de ses indications

La connaissance de l'ostéopathie, de ses indications et de ses contre-indications est nécessaire selon les médecins :

- « Il faut déjà qu'ils connaissent quelles sont les indications… Parce que j'entends souvent : « il n'y a pas beaucoup d'indications. »» M4
- « Il doit avoir une connaissance, puis être capable d'adresser. » M7

L'approche ostéopathique de la palpation et de l'anatomie est conseillée :

- « Oui je recommande une formation spéciale de l'approche de l'examen clinique et anatomique du vivant. » M1

B. Intégration au cursus universitaire

Pour tous les médecins, la formation pourrait être intégrée lors du cursus universitaire :

- « Un médecin généraliste devrait avoir trois D.I.U. obligatoires, dont l'ostéopathie. »M6
- « Ce serait bien de la proposer, de l'intégrer. » M5
- « Moi je trouve que cela serait bien, ce serait une belle évolution de la médecine. » M8

L'approche clinique de la médecine manuelle ostéopathique serait intéressante pour approfondir l'étude de l'examen physique :

- « Ça devrait être enseigné comme une matière normale, simplement pour apprendre à examiner le patient. » M3
- « Je recommande une formation spéciale de l'approche de l'examen clinique et anatomique du vivant, en connaissant le fonctionnement des articulations. » M1

C. Attrait du corp médical

Il existe un vrai attrait des étudiants de médecine décrit par un médecin participant à la formation du D.I.U. de Médecine Manuelle Ostéopathique :

- « C'est la course pour s'inscrire ! » M2
- « Cela plait parce qu'il y a des gens qui viennent de Normandie chez nous, de Vendée, de Brest …» M2
- « Donc le bouche-à-oreille fait que cela plait ! » M2

Avec une formation qui semble s'adapter à la demande et qui est exigente :

- « Le D.I.U sur Rennes-Anger-Nantes, on est huit moniteurs, on a beaucoup travaillé, en refaisant notre programme, et on a 30 élèves en première année. » M2
- « En une matinée, ce qui est vachement impressionant et important : on arrive on sait rien, on part, on sait tout ou presque ! » M2

La formation sur Rennes a été mise en place sur demande des internes :

- « A Rennes, on a fait huit ou neuf cours avec les internes de médecine générale... Et les internes étaient trop heureux ! C'était par petits groupes de 30… Ça a commencé par les SASPAS qui demandaient une formation à des médecins ostéopathes… L'idée est venue comme cela ! » M9

Et peu à peu, cette formation commence à intéresser les spécialités médicales :

- « C'est en train de changer. En deuxième année, on a un rhumato, en troisième année, on a deux oncologues. » « Depuis 5 ans, nous avons des spécialistes… C'est en train de changer là… » M2

La formation est intéressante pour tout médecin, qu'il souhaite ou non pratiquer ensuite :

- « Il y en a même qui ne sont pas fait pour ca ! Mais ils en tirent parti… Le bénéfice de la formation, parce qu'on apprend un autre point de vue, une autre analyse de l'examen clinique, et pour cela c'est très enrichissant ! » M5
- « Au GEMO par exemple, 1 sur 4 vont vraiment pratiquer, mais chacun y trouve un intérêt. » M5
- « Je le recommande même pour ceux qui ne veulent pas développer une pratique de l'ostéopathie. C'est une bonne chose pour apprendre à bien examiner les gens ! » M10

CHAPITRE V - DISCUSSION

I. Validité de l'étude

A. force de l'étude

1) Le thème

Le recours à l'ostéopathie est un thème d'actualité et du domaine de la santé publique. A notre connaissance, il n'existe pas d'autre thèse semi-qualitative ainsi formulée sur la pratique de l'ostéopathie en médecine générale. Permettre à un jeune praticien d'appréhender au mieux les pathologies ostéo-articulaires mécaniques rencontrées en médecine générale nous a semblé être un objectif important à développer, devant le recours fréquent de ces pathologies. Je me suis donc tourné vers la médecine manuelle ostéopathique. Proposer une approche complémentaire consacrée à l'application pratique de l'anatomie, en lien avec la dynamique des mouvements, à visée diagnostique, thérapeutique mais également relationnelle nous a semblé répondre à une problématique intéressante.

Nous avons décidé de ne pas traiter l'ensemble des données issues de nos entretiens, pour cibler notre propos. En effet, la richesse des informations nous a amené à sélectionner celles qui répondaient le mieux à notre objectif principal. Toutes les données sont cependant disponibles en annexe.

2) Méthode qualitative

Avoir choisi une méthode qualitative était une force de notre étude. Nous souhaitions que les thèmes et les éléments de réponses émergent du discours du médecin sans que celui-ci ne soit trop influencé par les investigateurs.

La méthode qualitative est une méthode rigoureuse qui répond à des critères de qualité. Ces critères sont répartis en trois domaines selon les lignes directrices COREQ.[5] Dans notre étude nous avons cherché à répondre en restant fidèle à l'ensemble de ces critères.

Par ailleurs, une méthode qualitative semblait appropriée pour dégager des pistes de réflexions concernant l'apport de l'ostéopathie dans une pratique de médecine générale, par rapport à une méthode quantitative qui aurait restreint les champs d'explorations.

[5] COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research

3) Entretiens semi-dirigés

Le choix des entretiens semi-dirigés nous semblait plus pertinent que des *focus groups*. Cela a permis une expression assez aisée des médecins sur le sujet, sans la crainte d'être jugés par un groupe. Un seul et même enquêteur a réalisé tous les entretiens, ce qui a réduit l'effet d'instrumentation.

4) Validité interne

En dix entretiens, nous avons pu tendre vers une saturation des données. Les entretiens sont disponibles en annexe. Ceux-ci, retranscrits mot à mot permettent une exploitation par d'autres études. Un double codage a été effectué afin de limiter le biais d'interpretation.

5) Validité externe

Les différentes études recherchées et introduites dans la discussion montrent une cohérence de notre étude avec d'autres recherches.

B. Faiblesse de l'étude

1) La représentativité de l'échantillon

Une représentativité statistique n'est par définition pas recherchée dans une analyse qualitative. L'échantillonnage était donc non-aléatoire et les résultats de l'étude ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population des médecins généralistes installés, même si la moyenne d'âge des médecins dans nos entretiens était de 51.1 ans et demi ce qui se rapprochait de la moyenne d'âge de 52 ans des médecins français installés.

Dans cette recherche, nous avons recruté les médecins sur la base du volontariat. Nous avons ainsi sélectionné involontairement les médecins les plus désireux de faire partager leur expérience.

On peut également s'interroger sur la patientelle des médecins de notre étude. Celle-ci est probablement influencée par l'approche de l'ostéopathie et la capacité de médecine du sport de certains médecins. Cependant ces données ont été corrélées à des études statistiques quantitatives nous permettant de poursuivre et valider notre recherche.

2) Le biais de déclaration ou d'induction

Ce biais apparait lorsque les réponses sont influencées par l'enquêteur (soit que l'enquêté connait l'enquêteur, soit qu'il cherche à lui donner la réponse que l'enquêteur souhaite entendre). la méthode de recrutement utilisée fait qu'il existe un lien préétabli entre l'enquêteur et l'enquêté

dans cette étude. De plus, un enquêteur n'est jamais neutre et peut influencer le discours par l'intonation de sa voix, son attitude. Nous avons tenté de minimiser ce biais qui semble moins présent dans les derniers entretiens, en limitant nos interventions et en restant le plus objectif possible.

3) Le biais d'investigation

Le manque d'expérience de l'enquêteur est un biais pour la conduite des entretiens, par des formulations de questions parfois maladroites et intempestives. Un entretien semi-structuré paraissait ainsi plus adapté. Le guide d'entretien a pu être affiné avec des modifications en cours d'étude, constituant un biais de maturation. Il s'agit également d'une preuve de réflexivité, améliorant la richesse et la fluidité des entretiens.

Les médecins interrogés ont estimé que les relances et reformulations avaient permis d'approfondir leurs reflexions.

4) Le biais d'analyse

Une étude qualitative ne permet pas de faire des statistiques, encore moins d'extrapôler des résultats à la population générale compte tenu du nombre limité d'interviewés et du type de questionnaire.

La durée moyenne des entretiens était de 26 minutes et 36 secondes. Cette courte durée avait été indiquée au préalable aux participants afin qu'ils puissent s'organiser. L'interrogatoire au cabinet, réalisé entre plusieurs consultations, nous a contraint à limiter les relances en fin d'entretien.

Parfois, une question était négligée, l'échange dynamique ne respectant pas toujours l'ordre établi du guide. Ces oublis sont limités et ne semblent pas entraver la compréhension globale et l'interprétation du discours.

II. Un constat : l'attrait pour l'ostéopathie

A. Consommation de l'ostéopathie : un fait de société

« C'est pour moi plus un fait de société. » M3

On ne peut plus nier l'engouement de notre société pour les médecines parallèles :

En Europe (17)

- 70% des européens ont fait appel à une thérapie complémentaire au moins une fois dans leur vie.
- 25% y recourent chaque année.

En France d'après l'IRDES(18)

- 40 % des français affirment avoir déjà consulté un ostéopathe.
- 13 millions de Français ont recours à l'ostéopathie chaque année.
- 20 millions de consultations ostéopathiques en 2014 contre 6 millions en 1997.

L'ostéopathie appartient selon l'OMS aux médecines complémentaires et alternatives :(19)

> « Ces termes font référence à un vaste ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la médecine conventionnelle du pays et ne sont pas pleinement intégrées à son système de santé prédominant. »

Face à cet engouement pour les thérapies complémentaires et l'augmentation des risques liés à la croissance de l'offre et de la demande, les pouvoirs publics se doivent d'encadrer la pratique et la formation des thérapeutes(19). Les médecins doivent pouvoir diagnostiquer, prévenir les risques et les contre-indications et informer le patient dans ce domaine.

Selon une étude réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale(20), l'ostéopathie est la discipline la plus consultée parmi les médecines complémentaires alternatives :

- Ostéopathie (54,5 %)
- Homéopathie (53,5 %)
- Acupuncture (42,7 %)

« Je dirais qu'ils ont tous un ostéo, tous, tous. » M7

Selon le sondage *opnionway* concernant l'ostéopathie en France (21), on note :

- Une progression de 20% des consultations en 4 ans.

- La dernière consultation remontant à moins de un an : 22% en 2014 versus 20% en 2010.

D'après ce sondage, la profession jouit d'un très haut niveau de confiance de la population :

- 88% des français font confiance aux ostéopathes pour soulager leurs douleurs en toute sécurité.
- Les français ayant consulté au cours des cinq dernières années sont encore plus confiants (94%), signe que la profession bénéficie d'une image très positive en France.

L'explosion du nombre d'ostéopathes en France (essentiellement représenté par les ostéopathes exclusifs), et jusqu'à cinq fois plus élevé qu'en Grande-Bretagne ou en Allemagne, doit nous interroger sur la place que l'ostéopathie occupe dans notre système de santé et l'attention que lui accorde la population dans le recours aux soins primaires.

B. Consommation de l'ostéopathie en premier recours dans le parcours de soins ostéo-articulaires :

« Mes collègues m'envoient du monde. » M5

Dans leur parcours de soins, seulement 43,7% des patients auraient recours à un autre professionnel de santé avant la consultation d'ostéopathie (22) :

- 30.8 % un médecin généraliste
- 13,3% un médecin spécialiste
- 12.5% un kinésithérapeute.

De plus, cette étude met en évidence que seulement 13.4% des patients seraient recommandés par un autre praticien. Cela interroge sur la représentation du médecin généraliste comme pivot des soins primaires.

De même, la thèse de Mme C. Mayer-Lévy(20) étudie les Recours aux Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) chez les patients de médecine générale à Paris. Seulement 16.9% seraient orientés par le Médecin traitant.

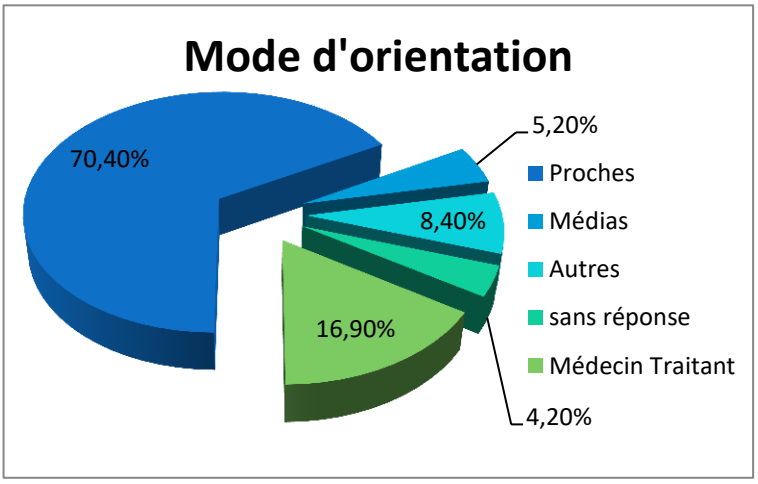


Figure 5 : mode d'orientation vers une consultation de MCA selon la thèse de C.Mayer-Lévy

La thèse de E.Baugas(23) confirme cette tendance du recours à l'ostéopathie, avec :

- 66 % de consultations suite au conseil d'un proche
- 24% de consultations suite à une prescription du médecin traitant ou sur indication et/ou conseil d'un professionnel de santé.

Enfin, la thèse de C.Babled(24) retrouve des chiffres encore plus parlant avec 92% de patients consultant un ostéopathe sans recours préalable au médecin traitant.

Le médecin généraliste ne semble pas inclu dans ce parcours de soins où le recours à l'ostéopathie en première intention est privilégié. Il serait intéressant d'analyser en étude quantitative l'ensemble des facteurs à l'origine de cette tendance pour comprendre comment réinvestir le médecin traitant dans son rôle de « plaque tournante. »

C. Consommation de l'ostéopathie par le corps médical

« Ils n'ont aucune connaissance de l'ostéo, ils donnent cela comme s'ils prescrivaient de la kiné. » M7

« Il faut déjà qu'ils connaissent quelles sont les indications, parce que j'entends souvent : « il n'y a pas beaucoup d'indications. »» M4

Le tableau 2 résume les thèses de médecine générale étudiant le recours à l'ostéopathie par les médecins et internes. Elles montrent l'orientation fréquente vers un ostéopathe bien que la connaissance des indications et contre-indications reste limitée :

	Orientation vers un ostéopathe	**Connaissance de l'ostéopathie**
Midi-Pyrénées (C. Mignon de Vaillant(25))	64.4% des internes orienteraient leurs patients lombalgiques à un ostéopathe.	72,3 % ne savent pas orienter vers un ostéopathe à partir de leur examen clinique.
Midi-Pyrénées (C. Babled(24))	60 % des médecins pour la prise en charge de la lombalgie aiguë commune adressent à un ostéopathe.	32% ne connaissent pas les contre-indications des manipulations vertébrales dans la lombalgie aiguë commune.

Loire Atlantique(26)	72 % des médecins ont déjà adressé un patient à un ostéopathe.	
Paris(27)	82 % des médecins adressent à des médecins exercant la MMO.	Prêt de 50% ne connaissent pas ou peu les indications ou contre-indications de la MMO.
Paris(27)	85 % des internes adressent à des médecins exercant la MMO.	81% ne connaissent pas ou peu les indications, 79% ne connaissent pas ou peu les contre-indications, 89% ne connaissent pas où peu les techniques, 88% ne connaissent pas ou peu la législation.

Tableau 3 : Récours et connaissance de l'ostéopathie selon 4 thèses de médecine générale.

D'après l'étude DRESS concernant les recours urgents en médecine générale(28), les troubles relevant de la traumatologie et de la rhumatologie induisent plus souvent une orientation du patient vers un autre professionnel de santé, et en particulier vers le kinésithérapeute ou l'ostéopathe (19% et 21%).

Ces résultats suggèrent que le recours à l'ostéopathie s'est banalisé parmi les internes et médecins généralistes dans les pathologies ostéo-articulaires. Cette discipline semble s'être imposée dans l'arsenal thérapeutique du médecin malgré un manque de connaissances du corps médical sur ce sujet. L'ostéopathe (médecin ou non) devient de fait, un intervenant de la prise en charge du patient.

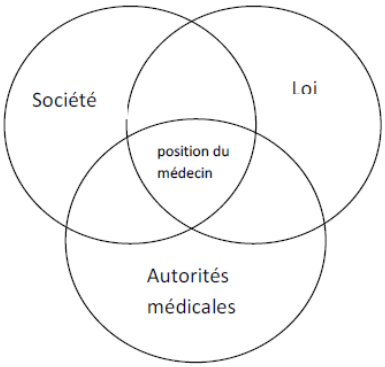
Hors, selon le code de déontologie médicale, article 70 (article R.4127-70 du Code de la Santé Publique) :

> « Tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose. »

On voit donc ici l'intérêt d'une formation complémentaire pour permettre aux médecins généralistes d'être en conformité avec le code de déontologie médical.

De plus, une enquête réalisée en 2008 auprès de 287 médecins généralistes de la région Parisienne rapporte que 94,6% d'entres eux ont déjà eu à s'exprimer sur l'ostéopathie auprès de leurs patients(29).

> « La particularité de la médecine générale est de travailler en réseau de soins : « elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités. »(12)



On peut ainsi schématiser la position du médecin face aux trois « instances »(26) : le CNOM, L'HAS, et la société. Selon que le médecin intègre plus la position de l'une ou l'autre « force » en présence, sa pratique sera différente. L'influence sociétale semble prédominante dans le recours à l'ostéopathie.

Nous reprenons donc la conclusion de la thèse de A.M.Hammed(30) concernant les MCA, dont l'ostéopathie fait partie, pour insister de nouveau sur l'intérêt d'une formation complémentaire : « On comprend dès lors la nécessité pour les médecins de porter une attention particulière à ces techniques en plein essor afin d'assurer pleinement le conseil, le contrôle et la coordination de ce soin et du soin en général. »

D. Monopole des ostéopathes dans la prise en charge des pathologies ostéo-articulaires

Ces données nous amènent à nous interroger sur un éventuel monopole des ostéopathes et des médecins formés à l'ostéopathie dans la prise en charge des pathologies ostéo-articulaires ?

D'après un sondage Odoxa pour la SFOD(23), 92% des personnes consultant un ostéopathe se disent très satisfaites de leur prise en charge versus 36% pour une prise en charge en médecine générale.

Trois thèses reprennent ce constat :

- La thèse de C.Babled(24) nous montre que pour une pathologie rhumatologique, 80% des patients se rendent chez un ostéopathe plutôt que chez leur médecin traitant.
- La thèse de Ait M.Hammed(30) confirme la tendance : Les raisons médicales pour lesquelles les patients consultent en MCA sont largement dominées par les douleurs ostéo-articulaires, musculaires et neuropathiques (69% des motifs de recours).
- D'après la thèse de T.DUBOIS(18), les douleurs musculo-quelettiques représentent 54.2% des motifs de consultation ostéopathique, essentiellement représentés par les rachialgies (42,6%). De plus, sur l'ensemble des motifs de consultation, la plainte douloureuse représente 91,9% des prises en charge ostéopathiques. Enfin, les seules douleurs aiguës représentent 46,7% des prises en charge ostéopathiques. Il en conclue que les ostéopathes semblent être des spécialistes de la prise en charge de la douleur et notamment des douleurs musculo-squelettiques du rachis.

Ces études montrent la place considérable diagnostique et thérapeutique de l'ostéopathie dans les pathologies ostéo-articulaires. Hors, celle-ci appartenant aux MCA[6] et étant peu considérée par le corps médical, son statut reste encore à définir.

III. Surconsommation de soins ostéopathiques : réflexion sur les pathologies ostéo-articulaires en médecine générale

A. Pathologies ostéo-articulaires fontionnelles en médecine de ville

1) Données statistiques

« La pathologie mécanique, au niveau du rachis, ca représente 85% de la pathologie, c'est quelques choses d'extrêmement fréquent ! » M2

Le recrutement des patients par les médecins interrogés est probablement orienté par leur activité d'ostéopathe et les DESC de sport de certains. De plus, tous portent un intérêt à l'activité « manuelle » du médecin généraliste. Cependant, les études confirment la part importante représentée par les pathologies ostéo-articulaires en médecine de ville.

[6] Médecine Complémentaire et Alternative

- Observatoire de médecine générale

L'observatoire a comptabilisé des données concernant les motifs de consultation entre 1994 et 2009. Elles concernent 800 000 patients, 7 400 000 consultations et 9 800 000 diagnostics relevés par 220 médecins. Les résultats retrouvent 36,42% de consultations d'ordre ostéo-articulaire, décomposées selon la figure 7. Parmis les 50 diagnostics évoqués les plus fréquents, 11 concernent les pathologies ostéo-articulaires (positions mentionnées en légende).

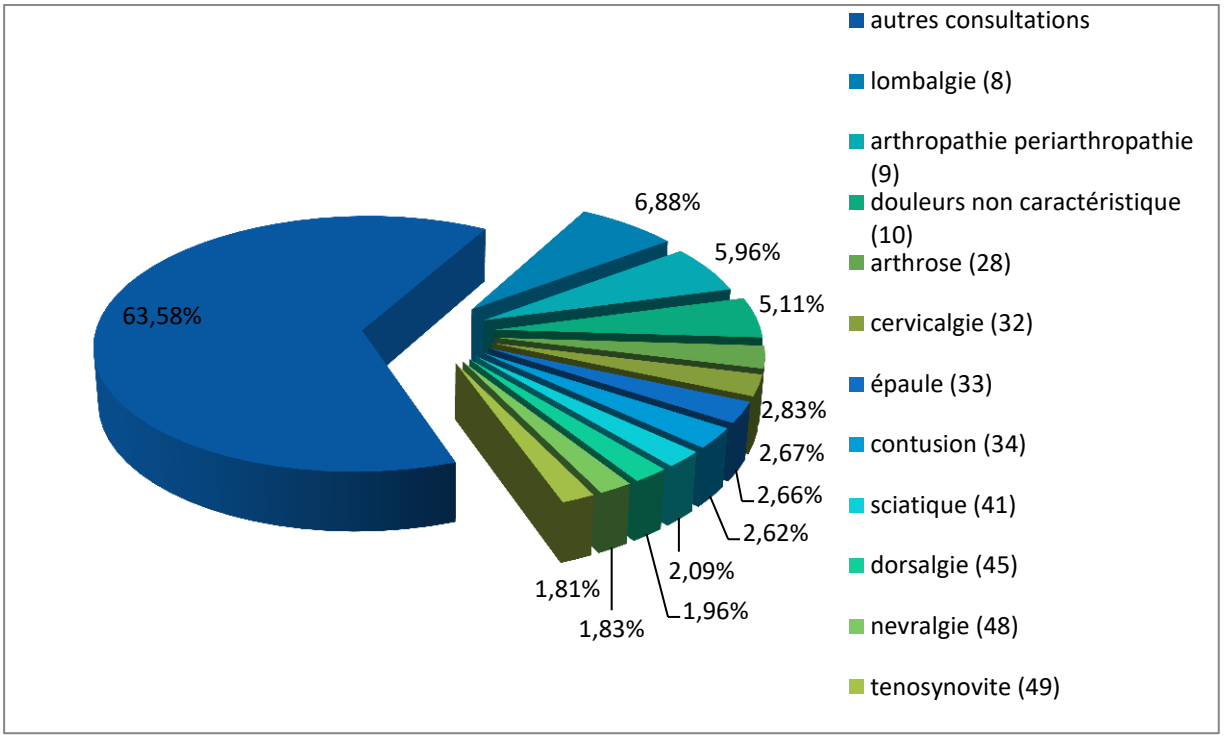


Figure 6 : top 50 des diagnostics les plus fréquents en médecine générale.

La douleur est également un des principaux motifs de consultation en médecine générale. Effectivement, 40% des consultations relevées par l'Observatoire de la Médecine Générale comporteraient une plainte douloureuse.

- DRESS

L'enquête DRESS de juin 2004 « *Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie* » retrouve 9 % de problèmes rhumatologiques parmis les recours aux médecins généralistes.

L'enquête DRESS de 2014 « *Santé et protection sociale* » (31) étudie les maladies déclarées parmis les personnes âgées de 15 ans et plus. Les troubles ostéo-articulaires arrivent en tête des 14 maladies de la liste proposée dans l'enquête: 19,2 % des personnes déclarent des problèmes chroniques de dos, 14,2 % des atteintes chroniques des cervicales et 14,1 % de l'arthrose des membres.

	Hommes	Femmes	Plus de 65 ans	Total
Lombalgies et autres atteintes chroniques du dos	17.5%	20.7%	25.3%	19.2%
Cervicalgies et autres atteintes cervicales chroniques	9.7%	18.1%	18.7%	14.2%
Arthrose des membres	9.6%	18.2%	34.7%	14.1%

Figure 7 : enquête DRESS Santé et protection sociale 2014

2) Santé publique

Les affections musculo-squelettiques représentent un fardeau majeur pour les personnes, les systèmes de santé et de sécurité sociale, avec des coûts indirects importants. Ce poids a été remarqué par les Nations-Unies et l'OMS qui ont décrété la période 2000-2010 « décade Ostéo-articulaire »(32). De plus, la compréhension de l'étendue des problèmes musculo-squelettiques ne se reflète pas dans les priorités des politiques nationales de santé (33).

L'OMS a déclaré la lombalgie comme la première cause de handicap dans le monde. les problèmes musculo-squelettiques sont responsables de la majorité des limitations fonctionnelles chez l'adulte dans la plupart des pays développés. C'est la principale cause de handicap prolongé sur tous les continents et dans toutes les économies. Une analyse du *Journal of Rheumatology* rapporte que les problèmes musculo-squelettiques représentent 40% des affections chroniques, 54% des handicaps permanents et 24% des arrêts de travail.

- Sondage IFOP pour l'INSERM d'octobre 2016(34)

D'après l'INSERM, plus de 1 français sur 2 souffre en ce moment d'une douleur ostéo-articulaire. Un tiers des 18-24 ans souffre actuellement d'une douleur articulaire et plus de un jeune sur deux considère que les rhumatismes ont eu un impact sur leur vie sociale et familiale. 65% des français ont eu un retentissement d'une douleur articulaire sur leur sommeil.

Figure 8 : retentissement des douleurs articulaires sur la vie quotidienne des Francais

Ces données attestent de l'importance du retentissement des pathologies ostéo-articulaires dans le quotidien des français. On peut noter que la pénibilité qui leur est liée semble atteindre largement la population (première citée) malgré un nombre plus faible de consultation en médecine générale. Dès lors, on peut s'interroger sur le mode de recours aux soins vers lequel s'orientent les patients dans ces situations.

B. Formation des médecins généralistes aux pathologies fonctionnelles

« Quand on sort de l'hopital, on sait traiter les choses graves, pour ça, on a une super formation, mais on soigne que 25% de la médecine…et tout le reste…on l'a pas appris. » M3

La thèse de Mlle Cassau-Voroniuc atteste que la formation intra-hospitalière répond peu au besoin de l'étudiant futur médecin généraliste (35). En effet, les internes expriment le souhait d'une formation hospitalière mieux adaptée a leur future pratique de la médecine générale, ciblée notamment sur la prise en charge des pathologies fréquentes en médecine de ville.

Dans la thèse de C. CLEOPHAX(36), 93% des médecins considèrent que la formation médicale sur les maladies de l'appareil locomoteur est insuffisante par rapport à leur pratique de médecine de ville.

Cela confirme les difficultés décrites par les médecins interrogés dans leur pratique initiale en médecine de ville suite à leur formation hospitalière. Ils les mettent en lien avec des lacunes dans

l'enseignement des pathologies ostéo-articulaires fonctionnelles. C'est pour répondre à ces difficultés qu'ils se sont tournés vers l'ostéopathie.

« Je dirais que la médecine classique qu'on nous a apprise, c'est une cause et une organicité, alors qu'en fin de compte, ben c'est souvent du fonctionnel. » M4
« Ils n'ont aucune notion de ce qu'est la pathologie fonctionnelle du rachis. » M2

Le recrutement et la formation intra-hospitalière orientent ainsi souvent notre raisonnement diagnostique vers les pathologies organiques. L'article paru dans les éditions *John Libbey Eurotext* sur le sujet « Peut-on enseigner des données médicales que nous comprenons mal ? »(37) fait le point sur les pathologies fonctionnelles et l'enseignement :

« Ce n'est qu'en l'absence de lésion décelable que l'on va parler de pathologie fonctionnelle. Or, cette classification binaire organique versus fonctionnelle a deux inconvénients majeurs :

- Puisqu'il n'y a pas de lésion visible, la pathologie en cause est donc moins sérieuse, voire moins « intéressante ». Le risque est grand de rejeter ces pathologies en périphérie de la médecine.
- « absence de lésion » veut seulement dire : absence de lésion « décelable ». C'est peut-être parce que nous avons des difficultés à authentifier ces mini-lésions que nous opposons « organique » à « fonctionnel ». Scientifiquement parlant, cette opposition n'a guère de sens. Elle conserve toutefois un intérêt pratique, puisque nous n'avons pas la même attitude, le même sentiment d'urgence, devant un trouble organique et une trouble fonctionnel. »

Il nous parait donc légitime de penser qu'une revalorisation de l'étude des pathologies fonctionnelles ostéo-articulaires dans la formation médicale serait un atout dans cet accompagnement fréquent en médecine générale.

C. Difficulté d'accompagnement des pathologies ostéo-articulaires

1) Difficulté de l'examen clinique

« Je ne voulais pas faire de l'ostéopathie, mais faire un examen clinique correct. » M9
« Parce qu'on n'y connaît rien, en médecine générale, à l'examen clinique. » M1

100% des médecins interrogés expriment leurs difficultées dans l'exercice de l'examen clinique en médecine générale.

La thèse de N. Laurenson (38) reprend ce sujet : la majorité des étudiants se disent en difficulté devant l'examen d'une articulation. Ainsi,

- 69.4% ressentent souvent des difficultés,
- 22.2% disent être rarement en difficulté,
- 4.2% sont tout le temps en difficulté.
- Aucun étudiant n'a jamais eu de difficulté dans ce domaine

Une étude dans la revue *Prescrire*(39) concernant l'évaluation clinique d'étudiant sur Paris conclue par l'existence d'un « fossé entre le savoir et le savoir-faire. En France, en 2015, alors que l'énergie des étudiants en médecine est dirigée vers un bachotage de connaissances théoriques, tout un pan de leur formation apparaît négligé. La maîtrise de divers gestes élémentaires de l'examen clinique n'est pas assurée par ces études. Et cela questionne aussi sur d'autres aspects pratiques de la formation tels que la relation avec les patients. »

Cela corrobore le fait que l'examen physique d'une articulation en médecine générale est complexe. L'examen clinique est cependant un élément important de la consultation libérale, recherché par les médecins qui se sont tournés vers le D.I.U de Médecine Manuelle Ostéopathique en vue d'améliorer leurs compétences.

2) Une prise en charge thérapeutique complexe

« Déçu de la prise en charge clinique en médecine générale. » M1
« Je me sentais un peu démuni et c'était assez fréquent. » M7

Les médecins interrogés ont tous exprimé des difficultés dans le traitement des pathologies ostéo-articulaires fonctionnelles.

Cette analyse est évoquée dans la thèse de C. le MIGNON(7) où suite à la formation universitaire :

- 50% des internes de médecine générale se disent insatisfaits de leur prise en charge,
- 62.4% se trouvent en difficulté dans la prise en charge thérapeutique,
- 53.5% sont en difficulté dans le suivi de ces pathologies.

Ainsi, les futurs praticiens généralistes soulèvent des difficultés sur la prise en charge thérapeutique. Etant eux-mêmes appelés à exercer en médecine de ville, nous supposons que l'accompagnement des pathologies ostéo-articulaires restera problématique. Ce qui confirme ainsi le dire des médecins généralistes interrogés.

C'est pour répondre à cette carence que ceux-ci ont entrepris une formation complémentaire en médecine manuelle ostéopathique.

IV. L'ostéopathie en médecine générale : une formation en demande

« C'est ce que nous pensons connaître qui nous empêche souvent d'apprendre »

Claude Bernard

A. Une opinion favorable

« Il y a 110 inscrits et on n'en prend que 30….c'est la course pour s'inscrire ! » M2
« Cela plait parce qu'il y a des gens qui viennent de Normandie chez nous, de Vendée, de Brest. » M2

Selon la thèse de C. Mignon le Vaillant(25) :

- 94.6% des internes sont favorables à une formation sur l'ostéopathie en générale.
- 81.7% sont favorables à l'introduction de cours pendants l'internat afin de savoir informer et adresser les patients vers un ostéopathe.

D'autres thèses corroborent cet attrait envers cette formation, notamment celles de Mingam(27) et de C.Dumulin(26) :

- 78% des internes et 62% des médecins généralistes à Paris souhaitent améliorer leurs connaissances en médecine manuelle ostéopathie pour les aider à adresser leurs patients à un ostéopathe dans de bonnes conditions.
- 75% des internes souhaitent l'introduire lors de cours universitaires, et 64% des médecins généralistes lors d'une formation continue post-universitaire.

« Ça devrait être enseigné comme une matière normale, simplement pour apprendre à examiner le patient. » M3
« Ils faut déjà qu'ils connaissent quelles sont les indications. » M4
« Ce serait bien de la proposer, de l'intégrer. » M5
« Un médecin généraliste devait avoir trois D.U. obligatoires, dont l'ostéopathie. » M6

Pour les médecins interrogés, l'étudiant en médecine ne peux plus se passer d'une nouvelle approche des pathologies ostéo-articulaires et d'une formation complémentaire sur l'ostéopathie pour pouvoir prendre en charge et délivrer une information éclairée à la patientelle.

Nous reprenons ainsi la conclusion de la thèse de C.Dumoulin(26), qui insiste une nouvelle fois sur la nécessité d'une formation sur l'ostéopathie dans l'intérêt du patient :

> « Il semblerait utile que tous les médecins généralistes au moins, soient informés clairement de ce qu'est l'ostéopathie, de ses champs d'application potentiels, et de la réglementation qui la concerne et les concerne, compte tenu des interactions fréquentes, souhaitées ou non, avec notre profession. Ainsi, ils seraient aussi plus à même de transmettre au patient une information claire et appropriée sur les bénéfices potentiels de l'ostéopathie, ses risques, et son cadre actuel. »

Pour conclure, déjà en 1996, Le Conseil de l'Ordre évoquait que « tous les médecins, au cours de leur formation initiale, doivent être informés sur ces techniques [ostéopathiques] et sur leur caractère strictement médical. » Pourtant, peu d'étudiants ont accès à l'ostéopathie dans leur formation médicale, comme l'évoquent les médecins interrogés.

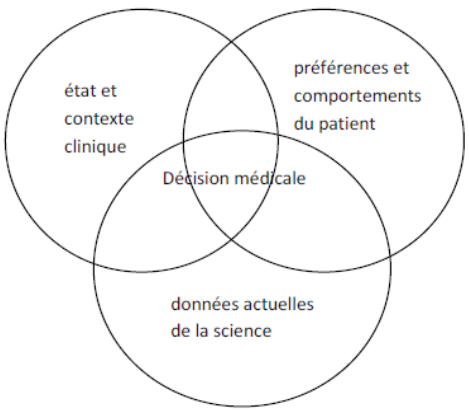
B. L'université, lieu de recherche et d'enseignement

« Je pensais pouvoir faire plus! » M4

D'après l'académie de médecine(40) :

> « Les thérapies complémentaires sont très appréciées du public et la plupart des facultés de médecine françaises leur consacrent des enseignements optionnels de troisième cycle. Les hôpitaux publics, et notamment les CHU et les centres d'oncologie, ne peuvent donc être critiqués d'accorder à ces pratiques une place dans leur offre de soins. Les auteurs émettent cependant plusieurs recommandations afin que, en adoptant ces thérapies, l'hôpital soit perçu non comme garant de leur efficacité, mais comme lieu d'exemplarité de leur pratique et espace ouvert à la recherche et à l'évaluation objective et rigoureuse du bénéfice qu'elles apportent au patient. »

L'université doit rester ce lieu où l'apprentissage repose sur des données scientifiques objectives. Cependant, la formation doit également considérer « la réalité du terrain » auquel est confronté le médecin généraliste dans sa pratique quotidienne.



L'étude publiée dans le JIM sur le sujet : « *Qu'envisager face au malaise des médecins* »(41) montre que « l'évolution sociologique du patient est pour le médecin la première donnée à considérer. Le médecin y est mal préparé. La formation initiale et continue (…) doit s'appuyer sur des recherches concernant les attentes et représentations des patients, la vision qu'en ont les médecins, leur influence sur la décision. Ces recherches sont encore trop rares en France.»

Ainsi, la formation universitaire de médecine générale doit prendre en compte l'évolution sociologique des patients. Comme présenté ci-dessus pour les pathologies ostéo-articulaires, ceux-ci sont principalement en demande, pour le diagnostic et les soins, d'une pratique manuelle. C'est alors qu'on comprend que la formation universitaire devrait permettre aux médecins généralistes de s'adapter et de répondre au mieux à cette nouvelle demande liée à l'ostéopathie.

C. Et pourtant…peu d'études.

Malgré cet engouement des patients et d'une partie du corps médical, le monde scientifique peine à s'intéresser à ce sujet. En effet, Thibault Dubois dans sa recherche(42) a analysé les articles indexés dans *Medline* pour le terme Mesh « Osteopathic Medicine » entre 2000 et 2009. Il constatait que sur les 261 articles obtenus, la quasi totalité provenait des pays Anglo-saxons :

- Etats Unis : 84%,
- Royaume-Uni : 9%,
- France : 5 articles, soit environ 2%.

Il en concluait ainsi :

> « La comparaison des nombres de publications permet de constater le manque de dynamisme en terme de volume de publication scientifique de l'ostéopathie par rapport à de nombreuses autres disciplines comme par exemple, l'acupuncture (3632 articles), et même la chiropraxie (411) qui sont pourtant elles aussi des disciplines assimilées comme étant du même domaine de recours en terme de parcours de soins [...]. L'ostéopathie souffre de son manque d'évaluation qui ne permet pas d'établir de recommandations et donc de l'insérer dans le paysage de soins conventionnel. »

Les données actuelles de la science pour l'ostéopathie sont très limitées. Or la médecine est fondée sur les preuves. Cependant, selon l'un des fondateurs de l'EBM, « une absence de preuve d'efficacité ne prouve pas forcément l'inefficacité d'un traitement, surtout pour un patient donné. »(43). Il ajoute : « en aucun cas ces preuves ne peuvent remplacer le jugement et l'expérience du médecin. L'EBM complète la pratique médicale traditionnelle mais ne la remplace pas. » Ainsi, l'absence de preuves scientifiques concernant l'ostéopathie ne suffit pas pour juger de l'utilité d'une formation complémentaire dans ce domaine.

Forts de tous ces constats théoriques, nous nous penchons désormais sur l'atout que pourrait être une formation clinique en médecine manuelle ostéopathique dans la prise en charge globale des pathologies ostéo-articulaires si fréquentes en médecine de ville.

V. L'apport de la Médecine Manuelle Ostéopathique en médecine générale

A. Le toucher : enjeu relationnel et thérapeutique

1) Un enjeu relationnel

« Le toucher est le sens le plus profond et le plus philosophe »
Diderot

Les médecins ont tous apprécié développer une approche différente de l'examen physique, en insistant sur la notion du « toucher », découverte et approfondie suite au D.I.U. d'Ostéopahie.

« J'ai appris à examiner les gens différemment, même en médecine générale. » M6
« Cela apprend à être en relation avec son patient, et à être à l'écoute par le corps. » M8

41% des médecins généralistes disent éprouver des difficultés en lien avec « le nouveau type de relation médecin-malade » en médecine générale.(17)

Plusieurs études se sont penchées sur le sujet :

Une enquête anglaise de 2008 nous explique l'importance accordée par le patient à l'examen physique. Voir, ausculter, palper sont des attitudes correspondant à une attente prioritaire des patients(44).
De plus, l'étude du Dr Khan qui étudie *L'attitude des patients envers les comportements non verbaux du médecin* conclue que l'approche tactile d'une consultation favorise la relation médecin-malade :(45)

> « La communication non verbale contribue à renforcer la relation médecin-patient. Les patients apprécient le contact tactile et visuel de leurs médecins »

De même, l'article évaluant *l'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen clinique,* paru dans la revue ''Exercer''(46) conforte ce point de vue. Le toucher y est décrit comme le moment où le médecin considère par une approche sensible le corps souffrant du patient :

> « L'examen clinique apparaît comme une étape primordiale de la consultation : c'est un droit d'accès au corps mais aussi un devoir professionnel [...] La proximité physique est réconfortante pour les patients. Le médecin est d'abord une entité professionnelle avant d'être un être sexué. Le corps, objet inerte, est livré au médecin pendant la durée de l'examen. En retour, le médecin doit répondre par une explication, une parole éclairante qui correspond au temps de restitution permettant au patient de se réapproprier son corps. Le temps de l'examen permet la construction d'une relation de confiance entre le patient et le médecin. Il réassure le patient et est déjà thérapeutique en soi. L'attention portée au corps est perçue comme un soin : l'inspection, la palpation et l'auscultation sont vécues comme un regard, un toucher et une écoute de la personne elle-même. L'examen clinique peut offrir, en confrontant les représentations du médecin à celles du patient, un lieu d'intersubjectivité entre un savoir scientifique et une connaissance sensible du corps souffrant et de la maladie. »

Enfin, une thèse de médecine générale a évalué l'apport de l'examen du corps en consultation(47). On y retrouve des notions importantes :

- L'examen clinique fait exister en tant que personne. Il est pour beaucoup de patients une marque de conscience professionnelle et d'attention particulière.
- Au travers de l'inspection, de la palpation, et de l'auscultation, les patients se sentent regardés, touchés, écoutés : l'examen du corps devient l'examen de la personne.
- Pour la majorité des patients, l'absence d'examen clinique au cours d'une consultation est considérée comme étonnante, décevante voire choquante.

Les patients recherchent donc le toucher dans la prise en charge de soins. Or les médecins interrogés insistent sur le risque d'une évolution technique de la médecine où l'examen physique n'est plus au cœur de cette démarche.

« J'étais interpellé par de jeunes confrères comme vous, qui n'examinaient pas les patients. » M2

« En partant il m'a dit : « je crois qu'on m'avait jamais examiné comme cela ! »» M9

L'analyse sur le rapport à la technique du docteur J.F. Hutin, radiologue, nous parait le confirmer(48) :

«Il est aisé de trouver des arguments montrant que l'examen physique n'a plus sa place aujourd'hui. Les étudiants en médecine passent certainement plus de temps la tête dans les livres qu'à l'hôpital les mains sur les malades. Voudraient-ils examiner leurs patients qu'ils auraient bien du mal à les trouver dans leurs chambres entre les radios, échographies, scanner, I.R.M., holters, endoscopies… En effet, les examens complémentaires ont pris une grande place, exposant ce que le médecin ne peut atteindre seul. La multiplication des aides (avis spécialisés, imagerie, biologie…) contribuent à éloigner le médecin de son patient. Demain, il sera peut-être plus simple de demander un arthroscanner de l'épaule que de prendre le temps de l'examiner correctement ; le patient préfèrera l'analyse de la machine qu'il juge meilleure. "Avec le développement de la vidéo-chirurgie, des télé-manipulateurs, ces savoirs tactiles régressent, le toucher s'éclipsant une nouvelle fois au bénéfice de la vue (...). Les rebouteux, les chiropracteurs, les magnétiseurs (...) ces savoirs tactiles jouent désormais un rôle de recours quand les techniques "sérieuses" ont échoué"»

En médecine, l'examen physique est le plus souvent utilisé à visée diagnostique et s'aborde presque exclusivement autour d'un examen physique technique à la recherche d'une atteinte organique. Pourtant, il est aussi un geste de communication apprécié et necessaire dans la relation Médecin-Patient. En effet, le toucher permet de se sentir exister et considérer comme personne et non comme simple sujet scientifique. Cette approche est développée et conscientisée dans l'étude de la Médecine Manuelle Ostéopathique qui lui accorde une place prépondérante.

Par une formation en médecine manuelle ostéopathique, les médecins ont donc cherché à revaloriser l'approche clinique en médecine générale, si importante pour le patient.

2) Un toucher thérapeutique

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Définition santé OMS

« On les touche doucement. Le fait de les toucher déjà…et vous avez un merci derrière. » M7

« Beaucoup sont contents d'avoir un médecin qui sache faire cela ! » M9

Les médecins nous rapportent que les patients apprécient et recherchent ce toucher proposé dans le soin ostéopathique. On peut donc penser que ce dernier procure le « bien être » espéré par le

patient lorsqu'il recourt à un médecin généraliste ostéopathe. En effet, les médecins insistent sur les vertues thérapeuthiques du toucher. Plusieurs études se sont penchées sur cet aspect :

Les travaux de Cocksedge(49) font valoir que les médecins de familles hésitent à utiliser le toucher par crainte d'être mal interprétés. Il conclue cependant que:

> « Le toucher améliore les interactions tactiles entre médecins et patients. L'accent éducatif accru sur l'utilisation consciente du toucher expressif améliorerait la communication clinique et, par conséquent, peut-être les soins aux patients et le bien-être. »

« Il y a des gens, je ne sais pas quoi faire, mais simplement leur imposer les mains, 15-20 minutes. Dans ma tête je me dis, je ne vais rien faire, mais vous les revoyez 15 jours après et les gens vous disent, merci docteur, ca m'a fait un bien fou ! » M7

Dans la revue *Exercer*(46), la notion de « toucher thérapeutique » est également décrite et semble une voie de recherche qui ouvre des portes vers une nouvelle approche de l'examen physique :

> « Au-delà de son rôle diagnostique, l'examen clinique est un devoir envers le patient. Il occupe une place importante dans la construction de la relation médecin/malade et peut être, à lui seul, une première réponse thérapeutique. »

De même, la SFMG dans son article sur l'examen clinique(50) insiste : « L'examen clinique ne remplit pas seulement une fonction diagnostique. Il est aussi un moment de relation avec le patient et a valeur de relation thérapeutique. »
Enfin, d'après un article dans *La revue de médecine générale* de 2004 (51) : « Le toucher répond à un besoin vital et équilibrant d'autant plus si le patient a mal. Il entraîne divers effets positifs et ce, quel que soit le soin apporté (EBM niveau C). »

Ainsi, le « *Journal of palliative medecine* »(52) conclue : « notre présence et le simple fait de toucher transmet une préoccupation sincère et des soins qui réduisent le fardeau de la maladie, au moins à ce moment-là. En tant que tel, il est impératif que nous recherchons de nouveau le toucher dans la médecine. »

Nous percevons donc combien le toucher est essentiel et bénéfique dans l'examen clinique, assurant au patient les vertus therapeuthiques attendues. Ces références présentées ci-dessus nous spécifient deux aspects intéressants du toucher : l'impact thérapeutique né de la relation établie et un sentiment de « bien être. »

Pourtant, une recherche documentaire MEDLINE et PubMed(52) relative au toucher entre 1960 et 2008, dans l'intéraction médecin-patient, dans la formation médicale ou dans les soins médicaux n'a généré aucun article, preuve que la profession peine à s'intéresser à ce domaine.

Renouer l'alliance thérapeutique et le dialogue par le toucher est une réalité difficile à aborder. De plus, notre rythme de travail et la portée psychologique d'un tel geste limite souvent notre toucher. Ce lien est pourtant valorisé dans l'étude de la Médecine Manuelle Ostéopathique, reposant sur une culture manuelle forte.

Aux vues de ces différentes approches, sensibiliser les nouveaux étudiants sur l'importance du toucher comme outils permettant de renforcer l'alliance diagnostique et thérapeutique semble pertinent et adapté. L'étude de la Médecine Manuelle Ostéopathique pourrait ainsi être une moyen de valoriser ce lien.

B. L' examen physique ostéopathique

1) L'examen articulaire

« L'examen de l'articulation, c'est l'examen ostéopathique ! » M3

Dans la thèse de C.Cléophas(36), concernant la FMC, La demande d'une formation complémentaire sur l'examen clinique des pathologies ostéo-articulaires est prédominante. En marge des réponses obtenues lors de l'enquête, les médecins soulignent également l'importance d'une formation plus pratique que théorique, par une mise en application directe de l'enseignement. En effet, l'apprentissage des techniques d'examen physique est essentiel dans la formation médicale (53).

Pour 100% des médecins interrogés, l'ostéopathie a révolutionné l'approche clinique, permettant de confronter leur examen physique aux symptomes de la personne.

En effet, dans sa pratique clinique du diagnostic, l'ostéopathe utilise une multitude d'informations dont « l'amplitude de mouvements, la qualité du mouvement, les changements de texture des tissus, la qualité du rebond, les points «sensibles», l'observation des courbures, la qualité de l'arrêt du mouvement, la localisation d'une douleur, et la symétrie des repères anatomiques » etc.. (54)

La Médecine Manuelle Ostéopathique complète les examens traditionnels par un examen fondé sur la recherche d'altérations ou de dysfonctions de l'un des éléments constitutifs de la trame corporelle : (55)

- structures rachidiennes
- articulations périphériques
- structures musculaires et myofasciales

- structures viscérales, vasculaires, lymphatiques ou nerveuses

La finalité de l'enseignement de l'anatomie palpatoire en ostéopathie est de permettre à l'étudiant de reconnaître toute structure anatomique que l'on peut atteindre par la palpation(56). Cet enseignement permet également de contribuer à renforcer l'acuité tactile des étudiants et à renforcer leur représentation mentale de l'anatomie.

Ainsi, après un enseignement d'anatomie palpatoire les étudiants ostéopathes doivent être capables de :

- Distinguer les différentes structures anatomiques palpables (repères osseux, tendons, prise de pouls, palpation abdominale normale et pathologique, etc.)
- Décrire les routines palpatoires pour palper ces structures. Ces routines sont décrites lors de l'enseignement de l'anatomie palpatoire. Il s'agit du cheminement par lequel un étudiant peut palper une structure anatomique en se référant à différents repères : anatomiques, densité, rythme (pouls), mise en tension musculaire par un contracté-relâché…
- Distinguer le « normal » du « pathologique ».

Les médecins ont apprécié l'approche autant pratique que théorique proposée par la formation de médecine manuelle ostéopathique. Elle leur a permis d'enrichir leur connaissance dans l'examen d'une articulation.

2) La notion de DIM

« Dans beaucoup de maladies que je n'expliquais pas, comme les douleurs thoraciques inexpliquées, les douleurs lombaires, les douleurs étranges, on se rend compte en examinant d'une petite restriction, d'une côte… » M3

Selon une étude menée par le Dr. Maigne sur 500 cas, le Dérangement Inter-vertébral Mineur (DIM) dorsolombaire (T12-L1) représente 30 % des cas totaux de lombalgie commune (57). Le DIM serait ainsi la cause la plus fréquente des douleurs communes d'origine vertébrale.

> « Il s'agit d'une dysfonction douloureuse et bénigne du segment vertébral, de nature mécanique et réflexe, ayant tendance à être auto-entretenue. Elle est réversible, parfois spontanément, le plus souvent par manipulation ou traitement approprié. Le segment concerné est habituellement indemne de lésions objectivables. Elle est la conséquence d'efforts, de faux mouvements, de mauvaises positions, etc »

Dans la thèse de C.Mignon le Vaillant (25), 95.5% des internes se disent favorables à une formation sur la notion de DIM.

L'examen du DIM décrit par le Dr Maigne(58) et adopté par la communauté médicale ostéopathique consiste à :

- Rechercher le point paravertébral lors de l'effleurement par la pulpe des doigts de la gouttière paravertébrale à la recherche de modifications de consistances tissulaires le plus souvent de façon unilatérale. Ce point douloureux correspond à la zone douloureuse ressentie par le patient. La pression prononcée sur cette zone va exacerber la douleur du patient.
- Solliciter chaque segment vertébral par des manoeuvres électives de pression axiale et latérale contrariée des épineuses, des massifs articulaires postérieurs et une tension du ligament inter-épineux.
- Rechercher des limitations de mobilité actives et passives. Les mobilités recherchées dans les trois plans sont pour le plan sagittal les mouvements de flexion-extension, dans le plan frontal les mouvements d'inclinaison droite ou gauche et dans le plan axial les mouvements de rotation droite ou gauche.

Nous percevons ainsi que cet apprentissage est utile au raisonnement clinique. Elle apporte un savoir qui enrichi et oriente la démarche diagnostique permettant d'apporter des réponses à des problèmes recurrents en médecine générale, .

3) L'anatomie

« J'ai eu un vrai sens de l'anatomie par la formation, qui nécessite toujours d'être affiné ! » M9

Dans la thèse de C.Cléophas, une demande de formation complémentaire en anatomie et en biomécanique est citée par les médécins qui jugent cet apprentissage indissociable de l'examen physique. Il conclue à la nécessité « d'un enseignement basé sur la physiopathologie des lésions et l'anatomie fonctionnelle. »

L'étude de la Médecine Manuelle Ostéopathique a aidé les médecins à établir des liens entre anatomie et dynamisme de mouvement. Cela leur a permis d'appréhender les mécanismes d'actions à l'origine d'une dysfonction. L'étude dynamique est au centre de l'examen ostéopathique et s'avère essentielle pour comprendre un certain nombre de pathologies, comme le rappelle l'OMS :

« Le diagnostic structurel et le traitement manipulatif ostéopathique sont les composantes essentielles de l'ostéopathie. » mais encore « L'application pratique de cette approche se fonde sur plusieurs modèles de relations structure/fonction. Les praticiens ostéopathes les utilisent pour rassembler et structurer des informations diagnostiques et pour interpréter la signification des conclusions neuro-musculosquelettales relatives à l'état de santé général du patient. Si bien que l'ostéopathie ne se limite pas au diagnostic et au traitement des problèmes musculo-squelettaux et ne met pas davantage en évidence l'alignement des articulations ni la preuve radiologique des relations structurelles. Elle est concernée davantage par la façon dont la biomécanique du système musculo-squelettal s'intègre à la physiologie toute entière du corps et la prend en charge »

En effet, la formation de Médecine Manuelle Ostéopathique comporte des modules d'anatomie fonctionnelle appliquée et de biomécanique. 100% des médecins interrogés ont ainsi noté une évolution dans leur examen physique en lien avec l'anatomie suite au D.I.U.

4) La notion de syndrome

« Là où cela modifie beaucoup, on ne regarde plus une articulation toute seule, c'est un ensemble. » M4

L'analyse des symptomes, regroupés et assemblés pour une évaluation syndromique est évoquée par l'ensemble des médecins interrogés. Elle a permis d'établir des « liens entre les différentes structures. » En effet, l'ostéopathe considère l'individu dans sa globalité. A ce titre, il évalue les répercussions possibles d'un dysfonctionnement à distance sur les plans somatiques, viscéraux ou psychiques(55). L'étude de la Médecine Manuelle Ostéopathique a donc modifié le regard des praticiens jusqu'alors focalisé sur un symptome.

Cela est confirmé dans le rapport de l'OMS, qui note que l'ostéopathie « accorde une importance considérable à l'intégrité structurelle et fonctionnelle du corps » car « l'être humain est une unité fonctionnelle dynamique, au sein de laquelle toutes les parties sont intimement liées. » Les médecins ont apprécié développer cette vision globale du corps humain.

On note donc une évolution manifeste de l'examen physique dans tous ces aspects, anatomiques, biomécaniques, diagnostics suite au D.I.U. de médecine manuelle ostéopathique.

C. Thérapeuthique : enjeu d'une alternative

1) Une nouvelle approche de la douleur

« Je voyais que l'ostéopathie rentrait dans la démarche thérapeutique. » M3
« Ils viennent pour des douleurs en générale. » M6

Un certain nombre d'éléments pouvant favoriser l'efficacité de la prise en charge ostéopathique en dehors de la manipulation elle-même ont été repérés dans la thèse de A.Leclercq et N.Thierry(59). Dix-sept patients consultant un ostéopathe y sont questionnés. On note une concordance entre le ressenti exprimé par ces patients et celui des médecins interrogés.

En effet selon les patients interviewés, l'ostéopathe a une nouvelle approche de la douleur et apporte « une modification de l'image que le patient a de lui-même » (notion de mobilité), ainsi « qu'une réponse à un questionnement sur l'origine des douleurs » (modèle mécanique de l'ostéopathie).

L'étude multicentrique concernant « *La douleur en médecine générale* »(60) concluait que « La formation en médecine générale [concernant la prise en charge de la douleur] paraît mal adaptée à la pratique quotidienne ». Le D.I.U. d'ostéopathie a enrichi la pratique médicale des médecins dans leurs approches de la douleur, en apportant une vision complémentaire à celle proposée en médecine générale. La conclusion de la thèse de Leclercq et Thierry confirme cette impression :

> « L'efficacité ressentie pouvait ainsi passer par autre chose que la manipulation elle-même. Les patients avaient quasiment tous encore mal, mais ne ressentaient plus leur douleur de la même façon, à la fois rassurés par une explication accessible à leur compréhension, qu'on ne leur avait jamais proposée auparavant, et par le fait de pouvoir reconsulter rapidement leur ostéopathe si la douleur s'accentuait. Cela semblait leur permettre d'accepter leur douleur. Le patient avait ainsi trouvé un soignant dont le modèle thérapeutique pouvait correspondre à ses attentes spécifiques. »

Les médecins interrogés étaient en recherche d'outils pour mieux évaluer et prendre en charge la plainte douloureuse en médecine générale. Le D.I.U. d'ostéopathie leur a donc apportée cette réponse attendue.

2) Les manipulations douces

> « Il s'agit d'un 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. »
>
> R.MAIGNE

« Puisque j'ai des résultats..je dirais 90% de résultats...c'est impressionnant.. » « On soulage vite. » M1

L'indication générale des manipulations vertébrales est la dysfonction vertébrale segmentaire douloureuse bénigne, réversible, mécanique ou réflexe.

Les résultats apportés par la manipulation semble convaincre les médecins formés au D.I.U. d'ostéopathie, qui apprécient ce savoir dans leur pratique. Si les différentes techniques font polémiques, les manipulations douces semblent cependant acceptées par le corps médical.

- D'après une étude parisienne (27), 64 % des généralistes et 41 % des internes pensent que l'ostéopathie est efficace.
- Cette étude est confirmée par celle de C.Mignon (25), où 84% des médecins pyrénéens qui ont eu recours à des manipulations dans les prises en charge de lombalgie ont jugé cela efficace..
- Dans la thèse de C.blabed(24), parmis les médecins qui orientent vers un ostéopathe, 55% y trouvent une efficacité pour leur patient.

Les manipulations vertébrales communément utilisées par le médecin ostéopathe sont retrouvées dans les recommandations éditées par l'ANAES en 2000 uniquement pour :

- les lombalgies aiguës (de moins de 3 mois d'évolution, recommandation de grade B)
- les lombalgies chroniques (plus de 3 mois d'évolution), à visée antalgique à court terme (recommandation de grade B)

Paru dans *La revue du rhumatisme*(61), l'article tiré du SOFMMOO sur les « *Mécanisme d'action de la thérapie de manipulation de la colonne vertébrale* »(62), stipule que « L'action antalgique remarquable des manipulations vertébrales peut être d'origine mécanique sur un des éléments du segment mobile ou bien neurologique par contrôle des voies de la douleur. Il existe également une action sur le système nerveux végétatif, sur les contractures musculaires. L'effet placebo n'est pas plus ni moins important que dans les autres thérapeutiques. L'effet psychologique est indiscutable. »

Si les études peinent à démontrer l'efficacité des manipulations, cette prise en charge semble néanmoins être une option retenue par certains confrères dans leur démarche thérapeutique.

Toujours d'après *La revue du rhumatisme* (61) « les doutes et les critiques, essentiellement universitaires, ne doivent absolument pas faire récuser une thérapeutique antalgique non médicamenteuse qui s'avère être très efficace sur le terrain, empiriquement. »

D. Santé Publique

1) Vers une diminution des prescriptions d'examens complémentaires ?

« Avant je prescrivais peut être pour pouvoir me rassurer, me cacher derrière cela car je n'avais pas mon examen clinique, là c'est plus en complément… » M9

Plusieurs études s'attachent à dire que les actes radiologiques sont encore trop régulièrement prescrits en médecine générale(63), notamment concernant les lombalgies aigues (64).

Cela pose la question de l'utilité diagnostique de l'examen physique dans la pratique contemporaine de médecine générale et de la valorisation de son enseignement en médecine. Les praticiens ont apprécié cette démarche où l'examen physique est au cœur du diagnostic et permet de s'emmanciper de l'outils radiologique.

« Oui, déjà on en demande beaucoup moins, parce qu'on cible plus. » M4

Selon les médecins, cette précision clinique amène à plus de confiance en soi dans la démarche diagnostique. 50% des médecins interrogés ont ainsi analysé une baisse de leurs prescritptions radiologiques suite à l'acquisition du D.I.U. de médecine manuelle ostéopathique. Le recours à l'imagerie est d'avantage perçu comme un outils venant renforcer cette démarche lorsque l'examen seul ne suffit plus. Selon leurs dires, il serait ainsi moins systématique.

Confirmant cette tendance vers une évolution technique de la médecine, la SFMG réaffirme le rôle essentiel de l'examen physique dans son article sur l'examen clinique :

> « Le médecin généraliste doit être conscient qu'il reste encore un clinicien, l'examen physique étant une étape importante dans le processus de sa démarche diagnostique. Pour cela, il assume de sortir de l'illusoire mythe de l'examen systématique et complet, en ciblant et orientant son examen en fonction des hypothèses émises lors de l'anamnèse. Il doit aussi résister à l'évolution technicienne de la médecine qui a tendance à "bilanter" quasi uniquement à partir des motifs de consultation. »

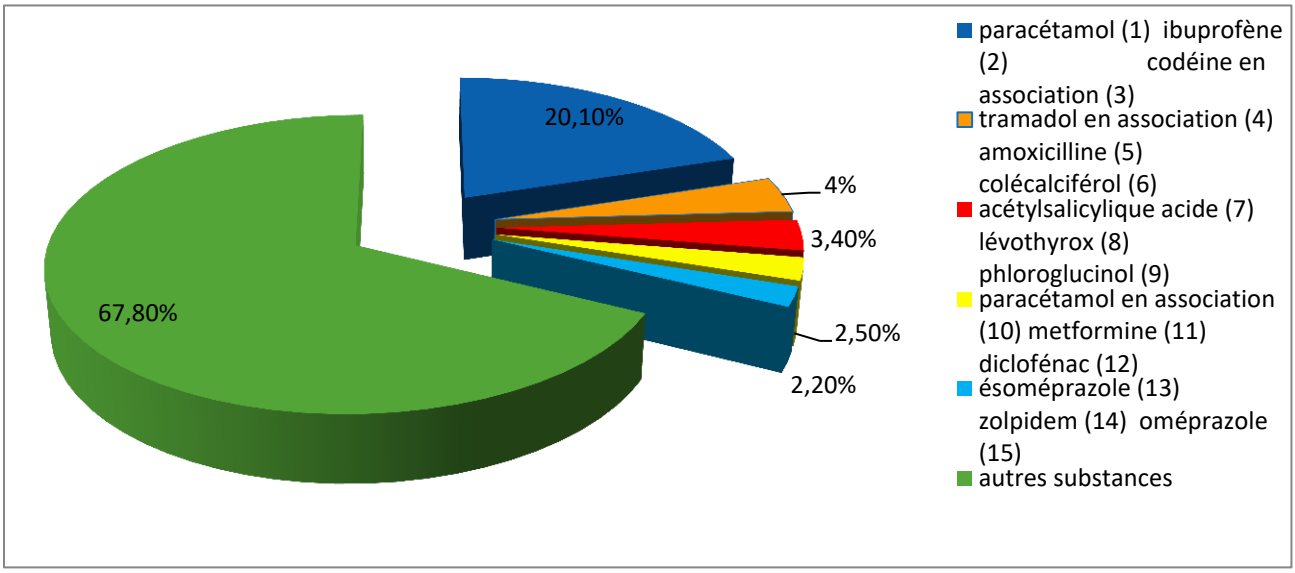
2) Antalgique

« Très rares, j'en prescris presque jamais. Par contre, les personnes arrivent souvent sous anti-inflammatoires et je leur dit d'arrêter. » M2

La prescription de médicaments est à l'origine d'une grande part des dépenses de santé en France et constitue un enjeu important de santé publique(65). Selon l'IRDES, les médicaments représentaient une dépense totale de 33 milliards d'euros soit 515 euros par personne en 2015.

Le tableau 3 présente le classement 2013 des trentes substances actives les plus vendues en ville (en quantité et en chiffre d'affaires). D'après le site d'information Ameli, l'ibuprofène reste la deuxième substance active la plus vendue (en quantité) en ville, après le paracétamol.

Tableau 3 :Les quinzes substances actives les plus vendues enville(en quantité)[7]



Les études relatives à la prise en charge des lombalgies aiguës sont nombreuses et tendent à montrer que les AINS et les myorelaxants sont encore trop régulièrement prescrits au cours de la première consultation en médecine générale(66).

« Soigner avec le moins de médicaments possibles, l'ostéopathie en fait partie. » M3

Plusieurs thèses de médecine avancent le désir des patients d'une prise en charge non médicamenteuse de la douleur. En effet, C. Mayer(20) et de E.Baugas(23) s'accordent à dire que les patients recourent principalement à la MCA par peur des médicaments délivrés en médecine traditionnelle et/ou d'un échec de la médecine (générale ou spécialiste).

[7] Ameli : vente de médicament.

Comme nous l'avons vu ci-dessus dans la partie résultats, les médecins ayant acquis le D.I.U de médecine manuelle ostéopathique ont exprimé une diminution de leurs préscritptions d'antalgiques et d'anti-inflammatoires.

L'étude d'Andersson publiée dans « *The New England Journal Of Medicine* »(67) teste l'hypothèse d'un soulagement de la douleur et de la récupération de la fonction dans le groupe « manipulation ostéopathique » versus « soins médicaux standarts. » Elle montre que l'utilisation de médicaments a été plus importante dans le groupe « traitement usuel » que dans le groupe «manipulation ostéopathique. » Ces différences sont significatives pour les Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens et les relaxants musculaires ($p < 0,001$). Ceux-ci ont été prescrits respectivement dans 54,3% et 25,1 % des visites aux médecins du groupe soins standards, comparativement à 24,3% et 6,3% des visites aux ostéopathes ($p<0,001$).

Ainsi, la médecine manuelle ostéopathique semble offrir une alternative adaptée à la demande des patients sur une prise en charge non médicamenteuse en médecine. Les praticiens interrogés ajoutent qu'en terme de santé publique, elle parait également intéressante pour limiter les prescriptions d'antalgiques et de myorelaxants, idée confortée par l'étude présentée ci-dessus.

3) Prescription d'arrêt de travail

En France, environ trois quarts des arrêts de travail sont prescrits par des médecins généralistes. Leur nombre est encore en progression(68), notamment dus à des problèmes d'ordre ostéo-articulaire (cf annexe tableau 4). La sensation de douleurs est la limitation fonctionnelle majoritairement associée à ces arrêts (cf tableau 5).

Nous nous sommes demandés si l'acquisition du D.I.U. de médecine manuelle ostéopathique, par la nouvelle prise en charge ostéo-articulaire proposée en médecine générale, limitait leur prescription.
Dans le cadre de cette étude qualitative, aucune tendance n'a cependant pu être mise en évidence suite à nos entretiens.

4) Un épanouissement personnel

« Ça donne du goût, c'est intéressant quoi. » M4
« J'ai plaisir dans la pratique du métier de médecin généraliste, et d'ostéo. J'ai plaisir à travailler! » M3

En 2005, le Conseil National de l'Ordre des médecins affirmait que : « la médecine générale est en crise. »(69)

Or un point fort de cette étude est l'entousiasme rapporté par les médecins suite à l'acquisition du D.I.U. de médecine manuelle ostéopathique. Le toucher, l'apport diagnostique et thérapeutique ont enrichi l'exercice médical au profit du patient, tout en favorisant l'épanouissement professionnel et personnel du praticien.

L'article publié dans le JIM sur le thème « *Médecine générale en crise : faits et questions* » (41) stipule que « rendre le médecin heureux dans son exercice professionnel et notamment dans ses « nouveaux » rapports avec les patients est l'un des enjeux de l'évolution actuelle. »

En ce sens, la Médecine Manuelle Ostéopathique semble répondre aux attentes des médecins généralistes.

E. Deux pratiques complémentaires

« Je pense que le médecin généraliste doit réinvestir ce domaine. » M7
« C'est tellement proche de notre métier, c'est vrai que c'est dommage quoi ! » M8

Selon la thèse de C.Mayer(20), 44,1% des patients interrogés consultent ou ont consulté la MCA (dont l'ostéopathie) en complément de leur traitement conventionnel, et non à ses dépens. Cela avance l'idée qu'une pratique ostéopathique serait complémentaire à la médecine classique.

De même, les médecins interrogés trouvent regrettables que cette profession n'investisse pas plus cette prise en charge ostéo-articulaire avançant la richesse que cette double pratique leur apporte au quotidien.

«Quand on a la culture manuelle et la médecine, la culture du diagnostic, et qu'on développe cela… alors ca devient superbe, super. » M1

L'ostéopathie est ainsi considérée comme un moyen, un complément, permettant d'affiner par une autre approche mécanique et palpatoire, le raisonnement clinique et la prise en charge globale des pathologies ostéo-articulaires en médecine.

CONCLUSION

« Un bilan totalement positif en diversifiant mon activité, en l'enrichissant et en la rendant beaucoup plus intéressante au quotidien. » M1

Nous avons vu l'interêt porté à l'ostéopathie par notre société. Effectivement, on note un recours fréquent et de première intention pour cette pratique. De plus, les médecins généralistes orientent de façon recurrente leurs patients vers ce type de prise en charge ostéo-articulaire, bien que leurs connaissances dans ce domaine soient limitées.

On observe actuellement que les pathologies ostéo-articulaires mécaniques sont des motifs de consultation réguliers en médecine générale. Les difficultés exprimées autour de leur prise en charge, tant sur le point diagnostique par l'examen clinique, que thérapeutique, amènent à une insatisfaction d'accompagnement exprimée par les médecins. Ces derniers disent ainsi être en recherche d'une formation complémentaire, et notamment en Médecine Manuelle Ostéopathique.

D'après les médecins interrogés, cette formation a considérablement modifié et enrichi leur pratique médicale quotidienne, plus particulièrement sur certains aspects :

Le toucher : source d'alliance thérapeutique appréciée tant du côté médical que patientelle. Il s'intéresse au bien être des patients, par une considération sensible de la maladie. Déjà thérapeutique en soi, il est recherché par ces derniers.

L'examen clinique : plus précis par l'étude de l'anatomie et de la biomécanique. Il s'intéresse désormais au corps humain dans son unité structurelle et fonctionnelle. Il permet de s'émmanciper de l'imagerie souvent utilisé par défaut, en améliorant la démarche diagnostique.

La thérapeuthique à « main nue » : recherchée par les patients, ces techniques sont une alternative intéressante aux prises en charges médicamenteuses dans l'accompagnement des pathologies ostéo-articulaires et de la douleur.

La santé publique : on note une réduction des prescriptions médicamenteuses et des actes radiologiques. Les médecins avancent également une satisfaction personnelle et professionnelle dans l'exercice de leur métier, en lien avec leur nouvelle pratique manuelle.

Ces données ont été confortées par de nombreuses études, qui insistent sur la nécessité d'une revalorisation de la prise en charge clinique en médecine générale.

La formation ostéo-articulaire doit répondre à de nouvelles exigences, en lien avec l'apparition de nouveaux acteurs de santé : les ostéopathes. Revaloriser la prise en charge des pathologies ostéo-articulaires dans une approche ostéopathique de l'examen clinique et de la maladie semble nécessaire, dans ce contexte de « décade Ostéo-articulaire » décrit par l'OMS.

En tant que spécialiste en médecine générale, nous sommes identifiés comme l'acteur principal de la prise en charge médicale du patient. Ce rôle de « plaque tournante » nous conduit à faire des choix dans un arsenal thérapeutique aussi large que varié. La médecine manuelle ostéopathique en fait partie. Elle est désormais utilisée dans la prise en charge des pathologies ostéo-articulaires, accessible aux patients, mais cependant méconnue du corps médical.

Pour ces raisons, il serait ainsi nécessaire que les médecins généralistes soient informés de ce qu'est l'ostéopathie, de ses champs d'applications potentiels, et de la règlementation qui la concerne. Et cela compte tenu des interactions fréquentes, souhaitées ou non, avec cette profession.

Ainsi, une formation en médecine manuelle ostéopathique répond à notre problématique par deux aspects :

D'une part, elle permettrait de transmettre au patient une information claire et appropriée sur les bénéfices potentiels de l'ostéopathie, ses risques, et son cadre actuel. Cela replacerait le médecin généraliste dans son rôle de référent santé.

D'autre part, elle revaloriserait la prise en charge des pathologies ostéo-articulaires en médecine générale, en apportant des éléments de réponse cliniques à une pratique décrite comme difficile.

Cette information pourrait être délivrée au cours des études médicales, sous la forme d'une formation intégrée au programme du premier, deuxième ou troisième cycle dans le cadre du diplôme d'études spécialisées de médecine générale.

Les rencontres successives de médecins pratiquant la médecine manuelle ostéopathique et mes recherches m'ont ainsi convaincu de l'intérêt d'enrichir ma culture médicale par ce savoir. Critique sur cette pratique pendant mes études, je souhaite désormais développer cette approche dans mon exercice quotidien de la médecine générale. Sur de cet apport bénéfique, je souhaite à mes collègues de s'y confronter au cours de leur formation.

Bibliographie

1. Sahut Mathieu. Place et besoins de la Médecine Manuelle Ostéopathie dans la pratique des médecins généralistes du Service de Santé des Armées [Internet] [thèse]. [Paris DESCARTES]: Faculté de Médecine PARIS DESCARTES; 2015 [cited 2017 Mar 1]. Available from: HAL Id: dumas-01205454 https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01205454

2. Vautravers P. Médecine manuelle – ostéopathie en France. /data/revues/18770657/v53i5/S1877065710001144/ [Internet]. 2010 Apr 8 [cited 2017 Apr 5]; Available from: http://www.em-consulte.com/en/article/261373

3. World Health Organization. Benchmarks for training in osteopathy: benchmarks for training in traditional complementary and alternative medicine. Geneva: World Health Organization; 2010.

4. Accueil | Légifrance, le service public de l'accès au droit - Accueil [Internet]. [cited 2017 Mar 1]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/

5. Docteur Issartel J-M. histoire de l'ostéopathie. 2001.

6. JORF n° 0289 du 14 décembre 2014. Bulletin Officiel Santé - Protection sociale - Solidarité, 2014, n° 14/11, 214-321.

7. LOI n° 2014-201 du 24 février 2014 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine de la santé | Legifrance [Internet]. [cited 2017 Mar 20]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2014/2/24/AFSX1315898L/jo

8. Dr Rault J-F, Le Breton-Lerouvillois G. , Atlas de la démographie médicale en Franc. Conseil National de l'ordre des médecins. 2014;

9. L'ostéopathie dans le monde - INFORMATIONS / PRESSE - Registre Des Ostéopathes de France ROF - Association ostéopathie [Internet]. [cited 2017 Apr 10]. Available from: https://www.osteopathie.org/100-l-osteopathie-dans-le-reste-du-monde.html

10. Santé AN d'Accreditation et d'Évaluation en. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. 2000 février;52.

11. Henrotin Y, Rozenberg S, Balagué F, Leclerc A, Rouxo É, Cedraschie C, et al. Recommandations européenes (COST B 13) en matiè de prévention et de prise en charge de la lombalgie non spécifique. /data/revues/11698330/007300S2/06800025/ [Internet]. 2007 Oct 16 [cited 2017 Apr 10]; Available from: http://www.em-consulte.com/en/article/66398

12. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. 2000 décembe;95.

13. Bontoux D, Couturier D, Menkès C-J. THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES-acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi-leur place parmi les ressources de soins. Bull Acad Natl Med. 2013;3:717–57.

14. Bertacchini Y. Petit Guide à l'usage de l'Apprenti-Chercheur en Sciences Humaines & Sociales ESSAI Epistémologie & Méthodologie de Recherche en Sciences de l'Information & de la Communication [Internet]. Collection Les E.T.I.C, Presses Technologiques, Toulon; 2009 [cited 2017 Apr 10]. Available from: https://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic_00432676/document

15. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. De Boeck Supérieur; 2003. 630 p.

16. Blanchet A. Dire et faire dire - L'entretien - 2e édition - NP. Armand Colin; 2015. 172 p.

17. Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ? (Note d'analyse 290 - Octobre 2012) [Internet]. [cited 2017 Apr 12]. Available from:

http://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/quelle-reponse-des-pouvoirs-publics-lengouement-pour-les-medecines-non-conventionnelles-note.html

18. Dubois T. Etude Most-Etude des Motifs de consultation en Ostéopathie. 2012;

19. Bodeker G, Ong C-K, Grundy C, Burford G, Shein K, Medicine WHOP on T, et al. WHO global atlas of traditional, complementary and alternative medicine. 2005 [cited 2017 Apr 12]; Available from: http://www.who.int/iris/handle/10665/43108

20. Mayer-Lévy C. Recours aux Médecines Complémentaires et Alternatives parmi les patients de Médecine Générale à Paris. [Paris]: Paris Descarte; Recours aux Médecines Complémentaires et Alternatives parmi les patients de Médecine Générale à Paris; 2010.

21. Odoxa. l'Ostéopathie et les Français. 2014 Apr.

22. Sondage SFDO - Les Français et l'ostéopathie [Internet]. [cited 2017 Apr 12]. Available from: http://www.osteopathie-france.net/pages-etudiants/ecoles/2664-sondage-sfdo-les-francais-et-l-osteopathie

23. Baugas É, Dréno P. Profil et motivations des patients consultant en ostéopathie. France; 2013.

24. Babled C. Le médecin généraliste et l'ostéopathie: évaluation du recours aux manipulations vertébrales par les médecins généralistes dans la lombalgie aigue commune en Midi-Pyrénées [Thèse de médecine]. [toulouse]: UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER; 2014.

25. Mignon le Vaillant C. Ostéopathie et Lombalgie aiguë commune: Connaissances et intérêt des internes de médecine générale en Midi-Pyrénées [Internet]. UNIVERSITÉ TOULOUSE III; 2016 [cited 2017 Apr 4]. Available from: http://thesesante.ups-tlse.fr/1242/1/2016TOU31029.pdf

26. Dumoulin C. Recours des médecins généralistes à l'ostéopathie : enquête auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée. [Thèse de médecine générale]. [Nantes]: Nantes; 2012.

27. Mingam S. La médecine Manuelle-Ostéopathie en France : enquête sur les opinions, les pratiques, les connaissances et les interactions entre les différents intervenants. Faculté Cochin, Broussais, Hôtel dieu;

28. dress. les recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville - Professions de santé et du social - [Internet]. 2010 Jun [cited 2017 Apr 12]. Available from: http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/article/l-enquete-sur-les-recours-urgents-ou-non-programmes-a-la-medecine-generale-de

29. De Laroullière L. L'ostéopathie – Ce que savent les médecins. [Mémoire d'ostéopathie]. [Paris]: CEESO; 2008.

30. Ait M'Hammed M. Evaluation du recours aux médecins complémentaires et alternatives en médecine générale dans le département de l'Oise [Thèse de médecine]. [Amiens]: UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE; 2012.

31. 556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf [Internet]. [cited 2017 Mar 1]. Available from: http://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf

32. Woolf AD. The Bone and Joint Decade 2000–2010. Ann Rheum Dis. 2000 Feb 1;59(2):81–2.

33. Woolf AD, Åkesson K. Understanding the burden of musculoskeletal conditions. BMJ. 2001 May 5;322(7294):1079–80.

34. INSERM. Dossier de presse: 1 Français sur 2 souffre de douleurs articulaires. 4 octobre 2016.

35. Casaux-Voroniuc I. Les stages hospitaliers dans l'internat de médecine générale. Enquête par Focus Group auprès des internes et jeunes remplaçants de la faculté de Rouen. 2012 Jan 12;134.

36. Cléophax C. L'épaule douloureuse non traumatique de l'adulte en médecine générale : enquête de pratique et élaboration d'un référentiel de prise en charge. [paris 6]: UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE (PARIS 6); 2009.

37. Rouy J-L. Peut-on enseigner des données médicales que nous comprenons mal ? Médecine. 2016 Jan 1;12(1):31–5.

38. Laurenson N. L'enseignement sur les pathologies de l'appareil locomoteur dans le troisième cycle de médecine générale, contenu pédagogique et évaluation du séminaire par les étudiants. [NANCY]: RAYMOND POINCARE; 2004.

39. Examen clinique : manque de savoir-faire des étudiants. prescrire. 2015 Décembre;Tome 35(N° 386):Page 933.

40. Academie-de-medecine-rapports_252_fichier_lie.pdf [Internet]. [cited 2017 Mar 11]. Available from: http://www.osteo-stop.com/images/academie-de-medecine-rapports_252_fichier_lie.pdf

41. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Médecine générale en crise : faits et questions. Médecine. 2006 May 1;2(5):223–8.

42. Dubois T. De la nécessité de l'évaluation de la pratique clinique de l'ostéopathie. 2011 p. 19–24 p.

43. Lemienfre M. Preuve adaptée : reconnaître les limites de l'EBM. éditorial. Minerva. 2008;65.

44. Cheraghi-Sohi S, Hole AR, Mead N, McDonald R, Whalley D, Bower P, et al. What Patients Want From Primary Care Consultations: A Discrete Choice Experiment to Identify Patients' Priorities. Ann Fam Med. 2008 Mar;6(2):107–15.

45. Khan FH, Hanif R, Tabassum R, Qidwai W, Nanji K. Patient Attitudes towards Physician Nonverbal Behaviors during Consultancy: Result from a Developing Country. ISRN Fam Med [Internet]. 2014 Feb 4 [cited 2017 Mar 8];2014. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4041264/

46. Gaschignard S, Le Goaziou MF, Elchardus JM, others. L'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen clinique. [cited 2017 Mar 9]; Available from: http://www.reims.cnge.fr/IMG/pdf/PP38_39_AMBASSADEURS.pdf

47. Bancon S. L'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps en consultation de médecine générale. [Thèse de médecine]. [Université Claude Bernard – Lyon 1]: Faculté de Médecine Lyon Sud; 2008.

48. Bromberger C. Toucher. Terrain Anthropol Sci Hum. 2007 Aug 30;(49):5–10.

49. Cocksedge S, George B, Renwick S, Chew-Graham CA. Touch in primary care consultations: qualitative investigation of doctors' and patients' perceptions. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. 2013 Apr;63(609):e283-290.

50. L'examen physique : rituel diagnostique et relationnel. In SFMG; 2002.

51. Douleur-Reco-La-Douleur-chronique-Defini(...)linique-diagnostic-traitements-SSMG-2008-203 (1).pdf.

52. Rousseau PC, Blackburn G. The Touch of Empathy. J Palliat Med. 2008 Dec;11(10):1299–300.

53. Mookherjee S, Pheatt L, Ranji SR, Chou CL. Physical examination education in graduate medical education--a systematic review of the literature. J Gen Intern Med. 2013 Aug;28(8):1090–9.

54. Fryer G, Morse CM, Johnson JC. Spinal and sacroiliac assessment and treatment techniques used by osteopathic physicians in the United States. Osteopath Med Prim Care. 2009 Apr 14;3:4.

55. Le Corre F, Rageot E. Atlas pratique de médecine manuelle ostéopathique. Editions Masson; 2010.

56. Martignole E. Etude des methodes d'enseignement de l'anatomie palpatoire chez les etudiants en osteopathie [Internet]. [bordeaux]: UNIVERSITE BORDEAUX SEGALEN CENTRE DE RECHERCHES APPLIQUEES EN METHODES EDUCATIVES; 2016. Available from: HAL Id: dumas-01287144 https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01287144

57. Maigne. R. Lombalgie basse d'origine dorsolombaire: la lombalgie méconnue. ELSEVIER MASSON. 2006. p. 245.

58. Maigne R. SOFMMOO - La Société Française de Médecine Manuelle - The French Society of Manual Medicine. Ann Médecine Phys. 1972;15:275-92.

59. Leclercq A, Thierry N. Exploration du soulagement ressenti par des patients lombalgiques chroniques pris en charge par des ostéopathes : quelle place pour les facteurs psychosociaux ? [MÉDECINE GÉNÉRALE]. [Angers]: UNIVERSITÉ D'ANGERS; 2014.

60. Tajfel P, Gerche S, Huas D. La douleur en médecine générale. Douleur Analgésie. 2002 Mar 1;15(1):71–9.

61. Vautravers P, Isner-Horobeti M-È, Maigne J-Y. Manipulations vertébrales – ostéopathie. Évidences/ignorances. Rev Rhum. 2009 May;76(5):405–9.

62. Maigne J-Y, Vautravers P. Mechanism of action of spinal manipulative therapy. Joint Bone Spine. 2003 Sep;70(5):336–41.

63. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles. DRESS; 2008.

64. Poiraudeau S. Lombalgies communes : faire une prise en charge globale pour diminuer leurs coûts. Datarevues1624568700051-C24 [Internet]. 2008 Feb 17 [cited 2017 Apr 21]; Available from: http://www.em-consulte.com/en/article/82080

65. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques AF , Yves GEFFROY. Comptes nationaux de la santé 2004 – juillet 2005. MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU LOGEMENT MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS; Report No.: n° 84.

66. Mens JMA. The use of medication in low back pain. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2005 Aug;19(4):609–21.

67. Andersson GBJ, Lucente T, Davis AM, Kappler RE, Lipton JA, Leurgans S. A Comparison of Osteopathic Spinal Manipulation with Standard Care for Patients with Low Back Pain. N Engl J Med. 1999 Nov 4;341(19):1426–31.

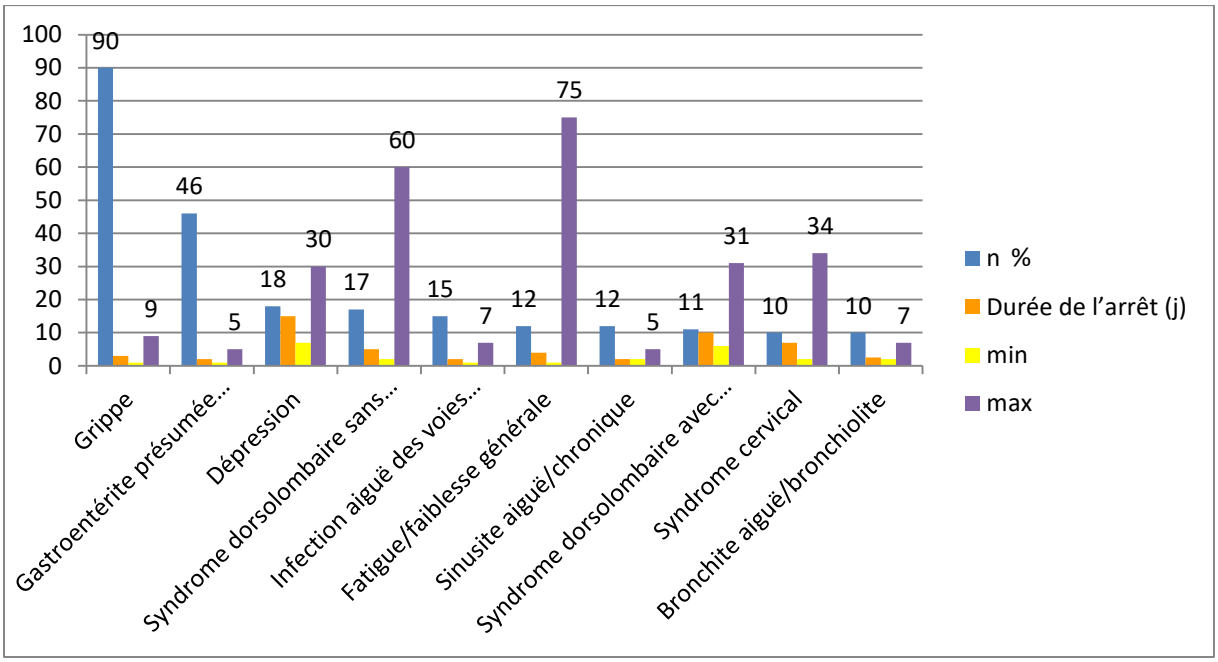
68. Santé I, Kellou N, Frappé P, Barral C, Letrilliart L. Prescription des arrêts de travail en médecine générale: description des critères fonctionnels et contextuels. 2010 [cited 2017 Apr 14]; Available from: http://www.cispclub.org/cispclub/docs/27/000334/0000564.pdf

69. ordre nationale des médecins, conseil de l'ordre. démographie médicale Francaise, les spécialités en crise,. Etude N°38-2. 2005 Jan 1;

ANNEXES

ANNEXE 1

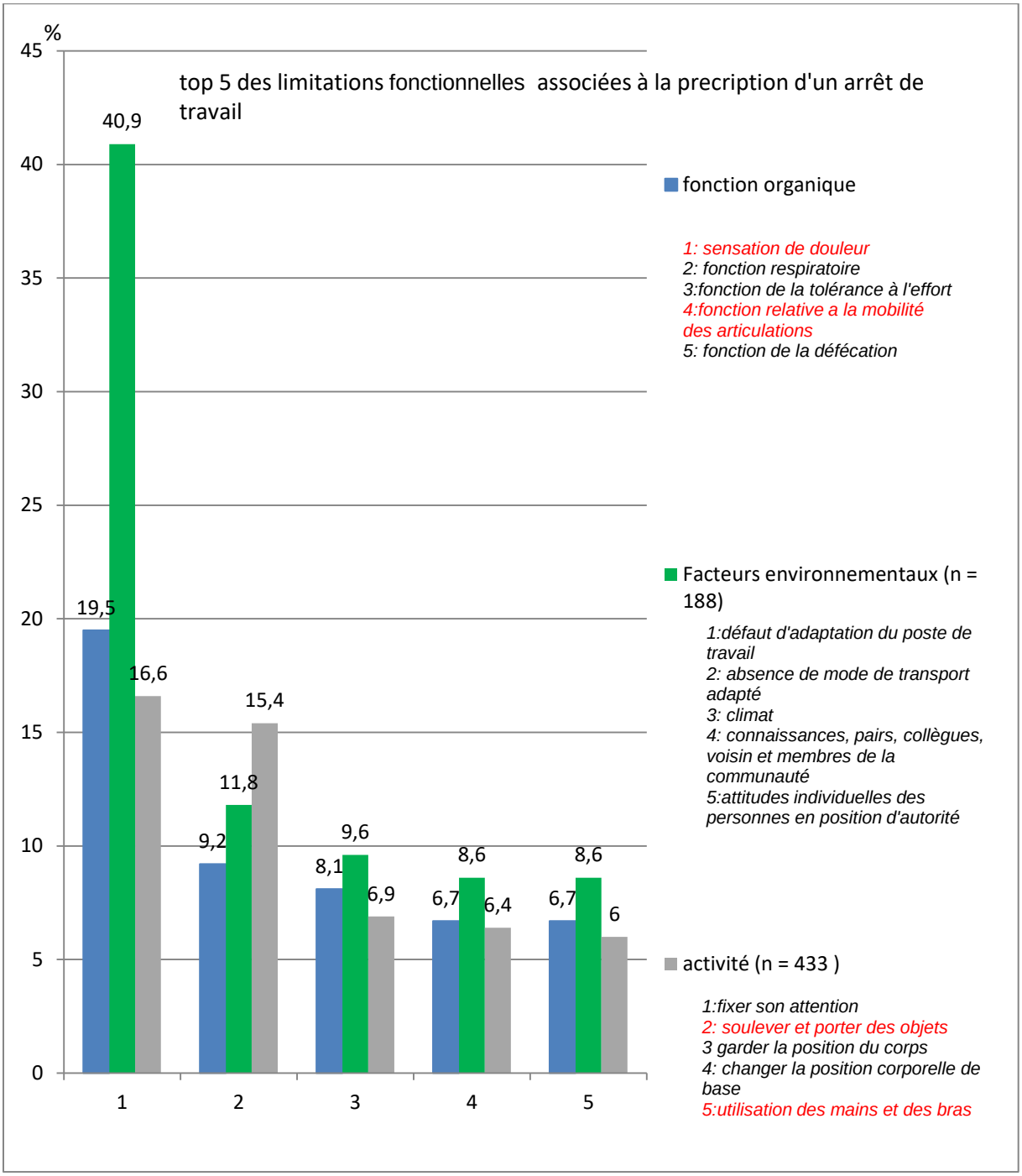
Tableau 4 : Top 10 des problèmes de santé associés à la prescription d'un arrêt de travail



Exercer, 2010 ; 92 : 68-74 : « Prescription des arrêts de travail en médecine générale : description des critères fonctionnels et contextuels ».

ANNEXE 2

Tableau 5 : Top 5 des limitations fonctionnelles associées à la prescription d'un arrêt de travail



Exercer, 2010 ; 92 : 68-74 : « Prescription des arrêts de travail en médecine générale : description des critères fonctionnels et contextuels ».

ANNEXE 3

Les résultats concernant les entretiens, verbatim et codage, sont disponibles sur le lien indiqué ci-dessous :

https://drive.google.com/file/d/0ByXntuobiAr0REtvdzhwZHJ1enc/view?usp=sharing

GENUYT (Benoit) – Apport de la Médecine Manuelle Ostéopathique dans la prise en charge des pathologies Ostéo-Articulaires en Médecine Générale -
100 feuilles, 8 Figures, 4 schemas.
Th. : Méd. : BREST 2017

RESUME : Les maladies ostéo-articulaires sont un motif fréquent de consultation en médecine générale. Les médecins généralistes et internes expriment une difficulté de prise en charge concernant ces pathologies. Par ailleurs, on note une surconsommation de soins ostéopathiques par la population. Nous nous interrogeons donc sur l'apport d'une formation générale en Médecine Manuelle Ostéopathique, et plus spécifiquement de son approche clinique ostéo-articulaire dans le cursus universitaire. Au cours de l'année 2016-2017, dix entretiens ont été effectués auprès de médecins généralistes disposant de cette formation sur les départements du Finistère et du Morbihan. Acquérir cette formation ostéo-articulaire, selon eux complémentaire, a été un apport diagnostique et thérapeutique dans leur accompagnement global, en lien avec l'étude de l'examen physique, le développement du toucher relationnel et thérapeutique, et la proposition d'une alternative de prise en charge manuelle. Ils notent par ailleurs un impact en terme de santé publique par une diminution des examens radiologiques, des prescriptions médicamenteuses, ainsi qu'un épanouissement personnel et professionnel. Proposer une formation complémentaire en Médecine Manuelle Ostéopathique au cours du cursus universitaire ou de la Formation Médicale Continue, semble intéressante pour appréhender la prise en charge ostéo-articulaire en médecine générale.

MOTS CLES :
PATHOLOGIES OSTEO-ARTICULAIRES
MEDECINE MANUELLE OSTEOPATHIQUE
MEDECINE GENERALE
EXAMEN CLINIQUE
TOUCHER THERAPEUTHIQUE

JURY :

Président : Pr. M.A. GIROUX-METGES

Membres : Dr. B. Le FLOCH
Dr. B. CHIRON
Dr. P.E. JULIEN
Dr. V. LENOIR

DATE DE SOUTENANCE :
15 juin 2017

ADRESSE DE L'AUTEUR :
[redacted]