



HAL
open science

Parcours de soins ostéopathiques et déterminants de la satisfaction des patients : étude qualitative auprès de 15 patients dans les Alpes-Maritimes

Julie Hartz

► **To cite this version:**

Julie Hartz. Parcours de soins ostéopathiques et déterminants de la satisfaction des patients : étude qualitative auprès de 15 patients dans les Alpes-Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01682680

HAL Id: dumas-01682680

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01682680v1>

Submitted on 12 Jan 2018

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.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

THESE

Pour l'obtention du

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue à la faculté de médecine de Nice le

18 Mai 2017

par

HARTZ Julie

née le 5 Janvier 1987 à Bruges (33)

**PARCOURS DE SOINS OSTEOPATHIQUES ET DETERMINANTS DE
LA SATISFACTION DES PATIENTS : ETUDE QUALITATIVE AUPRES
DE 15 PATIENTS DANS LES ALPES-MARITIMES.**

JURY

Monsieur le Professeur Marc RAUCOULES-AIME	Président
Monsieur le Professeur Thierry PICHE	Assesseur
Monsieur le Docteur David DARMON	Assesseur
Madame le Docteur Tiphonie BOUCHEZ	Directrice de thèse
Madame le Docteur Sabine HOLTZER	Assesseur

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Vice-Doyen

Assesseurs

Conservateur de la bibliothèque

Directrice administrative des services

Doyens Honoraires

M. BAQUÉ Patrick

M. BOILEAU Pascal

M. ESNAULT Vincent

M. CARLES Michel

Mme BREUIL Véronique

M. MARTY Pierre

Mme DE LEMOS Annelise

Mme CALLEA Isabelle

M. AYRAUD Noël

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc

M. BALAS Daniel

M. BATT Michel

M. BLAIVE Bruno

M. BOQUET Patrice

M. BOURGEON André

M. BOUTTÉ Patrick

M. BRUNETON Jean-Noël

Mme BUSSIERE Françoise

M. CAMOUS Jean-Pierre

M. CANIVET Bertrand

M. CASSUTO Jill-patrice

M. CHATEL Marcel

M. COUSSEMENT Alain

Mme CRENESSE Dominique

M. DARCOURT Guy

M. DELLAMONICA Pierre

M. DELMONT Jean

M. DEMARD François

M. HARTER Michel

M. INGLESAKIS Jean-André

M. JOURDAN Jacques

M. LALANNE Claude-Michel

M. LAMBERT Jean-Claude

M. LAZDUNSKI Michel

M. LEFEBVRE Jean-Claude

M. LE BAS Pierre

M. LE FICHOUX Yves

Mme LEBRETON Elisabeth

M. LOUBIERE Robert

M. MARIANI Roger

M. MASSEYEFF René

M. MATTEI Mathieu

M. MOUIEL Jean

Mme MYQUEL Martine

M. OLLIER Amédée

M. ORTONNE Jean-Paul

M. SAUTRON Jean Baptiste

M. DOLISI Claude
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre

M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBERGHEN Emmanuel

M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique

M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)

M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)

M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)

M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DARMON David	Médecine Générale
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)

Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
----	-----------------	------------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
M.	GONZALEZ Jean-François	Chirurgie Orthopédique et traumatologie (50.02)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale
M.	WELLS Michael	Anatomie-Cytologie (42.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur RAUCOULES-AIME

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider le jury de ma thèse. Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur PICHE

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et de participer à ce jury de thèse, je vous en remercie. Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur DARMON

Merci de m'avoir guidée en collaboration avec le Docteur Bouchez dans mon travail de thèse. C'est avec bienveillance que vous avez accepté de faire partie de ce jury et de juger ce travail, je vous en remercie. Soyez assuré de tout mon respect et de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur HOLTZER

Vous me faites l'honneur de juger mon travail de thèse, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci pour cette belle rencontre. Soyez assurée de tout mon respect.

A ma directrice de thèse, le Docteur BOUCHEZ

Je vous remercie infiniment d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse, de m'avoir accompagnée et guidée dans mon travail. Merci pour votre patience et votre écoute. Vos conseils m'ont été très précieux. Ce travail n'aurait pu voir le jour sans votre soutien, soyez assurée de ma profonde admiration et de ma sincère reconnaissance.

Je tiens à remercier tout particulièrement le Docteur Gueguen Juliette médecin de santé publique et Mme Gouaux Léa ostéopathe, toutes deux membres de l'INSERM qui m'ont accordée de leur précieux temps afin d'améliorer ce travail de thèse.

Je remercie profondément les Ostéopathes qui m'ont accordé leur confiance pour la réalisation de cette étude auprès de leurs patients et à tous les patients qui ont accepté avec bienveillance de participer à mon travail de thèse.

Je dédie cette thèse :

A mon mari, Marco tu es incroyable, je ne sais comment te dire tout mon amour. Merci infiniment d'être toujours aussi présent à mes côtés et de me porter toujours plus haut. Cette thèse existe grâce à toi, tu es mon inspiration. Il nous reste tellement à construire ensemble si tu savais comme j'ai hâte.

A mon Papa et ma Maman, pour leur amour incroyable et inconditionnel qu'ils nous offrent chaque jour de leur vie, pour leur don à la patience et pour l'accompagnement indéfectible dont ils ont fait preuve pendant mon long chemin d'études médicales. Je vous aime tellement.

A Maud, ma sœur jumelle, pour cet attachement formidable qui nous lie depuis le premier jour. A nos crises de rire souvent incomprises, à notre colocation pictavienne. De la P1 à la thèse tu as su que j'avais besoin de ta force pour avancer, ton soutien est infaillible. Je t'aime.

A mes grands frères, Baptiste et Jean-Charles, à leur côté protecteur qui me fait sentir plus forte. Merci de toujours prendre soin de moi. Vous êtes des exemples pour moi. Je vous aime.

A mes belles-sœurs, Lidia et Soazic et **à mon beau-frère** et filleul Rémi, vous avez su gagner le plus profond de mon cœur au sein de notre famille, merci pour vos encouragements. J'espère encore de superbes moments avec vous tous.

A mes neveux et nièces, Valentine, Ana, Raphaël, Isaure, Margaux et Héloïse (et au petit dernier encore bien au chaud) qui nous procurent des émotions formidables, je ne vous dirai jamais assez toute mon affection.

A mes beaux-parents, Anne et Patrick pour leur accueil chaleureux au sein de leur famille. Merci pour votre soutien et ces précieux week-end qui m'ont aidé à franchir le cap de la thèse en douceur.

A Hugo, Olivier et Marie, merci de m'avoir fait une place au sein de votre fratrie. A ces beaux moments passés et à venir.

A mes grands-parents, ici ou là-haut j'espère qu'ils sont fiers de moi.

A ma Lolo adorée et à tous mes cousins.

A Chloé ma coloc' de folie, mon aventure niçoise n'aurait pas eu la même saveur sans toi. Quelle chance j'ai eu de te rencontrer, quel incroyable parcours on a pu faire toutes les deux. De notre rencontre au GEASP, en passant par le CHU, notre colocation bisounours a toujours survécu en gardant en tête ce précieux souvenir du Costa Rica. Tu me manques tellement et tout particulièrement pour ce clap de fin qu'est la thèse. Hâte de te retrouver avec Yoann à Nouméa pour une nouvelle aventure.

A Séverine, Maëva et Marie pour nos soirées filles d'exception, du rire aux larmes vous avez toujours été là pour me soutenir, alors merci. Vous êtes mes supers copinettes. Séverine tu as su me rassurer et me guider dans ma thèse quand j'étais perdue, merci pour ton amitié précieuse que l'on va continuer à faire grandir à travers notre super voyage à Nouméa, Maëva tu es une si belle rencontre, Marie on a de belles choses à partager.

A Amalia, à notre belle rencontre aux urgences d'Antibes, on a surmonté cette aventure ensemble alors merci. A Arnaud.

A Léa, contente que tu sois rentrée de Montpellier et hâte de partager de beaux moments avec toi. **A Tanguy et Romain**, à nos déjeuners chez pizza Polo et à notre présente et « future » collaboration. **A Alexis** et ses huit personnalités.

A Solène et Henri, mes futurs mariés préférés, à ces beaux voyages passés et à venir, je vous adore. Solène tu es une amie merveilleuse et je suis fière de t'avoir auprès de moi.

A Camille pour notre super parcours de médecine à Poitiers, du collège à aujourd'hui, notre amitié m'est précieuse.

A Laure, de la P1 à Nice quel parcours. Comment oublier Mr Pain et ses pantalons et nos mémorables soirées à Poitiers. Merci d'avoir fait ce bout de parcours avec moi.

A mes amis d'enfance, Anne-Claire, Anne, Alice, Malika et Camille J, on a grandi ensemble, merci pour tous ces moments incroyables de vie.

A ma Néha chou.

A mes amis de l'externat, Cécile, Zoé, Jess, Amélie, Edouard, Guillaume, Nico, Max et Alexis merci d'avoir rendu mon parcours de médecine plus facile à vos côtés.

A mes co-internes que je n'oublierai jamais, Aurore, Matthieu, Edwige, Adeline, Julien, Clothilde, Sarah, Thomas, Philippine.

A mes belles rencontres Niçoises, Faustine, Soline, Olivier, Julien, Sophie, Luc, Sylvain, Anaïs, Clément, Capucine et Flavien, Laure et Cédric.

A mes amis Marseillais, qui m'ont adoptée depuis ma rencontre avec Marco, merci de m'avoir si bien accueillie dans votre groupe.

A Éric et Marie, une de mes plus belles rencontres et à leur petite Noélie.

A Laurence, merci de m'avoir fait confiance, merci de m'avoir ouvert ton cabinet médical pour mes premiers pas. Tu as toute ma reconnaissance.

Aux médecins qui ont jalonné mon parcours professionnel, merci de m'avoir enseigné la médecine et la vie, à tout(e)s les infirmier(e)s et aides-soignants qui ont ponctué mon chemin médical.

A tous ceux que j'ai oubliés de citer et qui font partie de ma vie.

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE :	12
I) PREAMBULE.....	13
1- NAISSANCE DU SUJET	13
2- UN PEU D'HISTOIRE : LES DEBUTS DE L'OSTEOPATHIE	13
II) INTRODUCTION	15
III) MATERIEL ET METHODE	18
1- JUSTIFICATION DE LA METHODE UTILISEE	18
2- ECHANTILLON	18
1) Recrutement des ostéopathes	18
2) Recrutement des patients	18
3- RECUEIL DES DONNEES.....	19
1) Le guide d'entretien	19
2) Entretiens individuels	19
4- ANALYSE DES DONNEES	20
5- CADRE ETHIQUE ET REGLEMENTAIRE	20
IV) RESULTATS.....	21
1- DONNEES DESCRIPTIVES	21
1) La constitution de l'échantillon	21
2) Caractéristiques de l'échantillon	21
3) Nombre et durée des entretiens.....	21
2- ANALYSE DU DISCOURS	22
1) Ostéopathie versus système de santé traditionnel.....	22
2) Consultation ostéopathique : de la résolution du symptôme à un temps suspendu et holistique.....	24
3) Satisfaction unanime et transversale.....	25
V) DISCUSSION	27
1- RESULTATS PRINCIPAUX.....	27
2- VALIDITE INTERNE	27
3- VALIDITE EXTERNE.....	28
4- IMPLICATIONS DES RESULTATS ET PERSPECTIVES	31
VI) CONCLUSION	33
REFERENCES	34
ANNEXES.....	37
Annexe 1 : Affiche explicative mise en place dans les salles d'attentes des ostéopathes.....	37

Annexe 2 : Documents d'information et de consentement pour les patients intéressés.	38
Annexe 3 : Le Guide d'entretien version finale	40
Annexe 4 : Constitution de l'échantillon	41
Annexe 5 : Tableau des caractéristiques des ostéopathes sélectionnés pour l'étude.	42
Annexe 6 : Tableau des caractéristiques des 15 patients sélectionnés pour les Entretiens.....	43
RESUME	44
SERMENT D'HIPPOCRATE	45

GLOSSAIRE :

CGSP :	Commissariat général à la stratégie et à la prospective
CNHC :	Complementary and Natural Healthcare Council
D.O :	Diplômé en Ostéopathie
IFOP :	Institut Français d'Opinion Public
IGAS :	l'Inspection Générale des Affaires Sociales
INSERM :	Institut National de la Santé et de la Recherche Médical
MAC :	Médecine Alternative et Complémentaire
NCCAM :	National Center for Complementary and Alternative Medicine
OMNC :	Observatoire des Médecines Non Conventionnelles
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ROF :	Registre des Ostéopathes de France
SFDO :	Syndicat Français des Ostéopathes

I) PREAMBULE

1- NAISSANCE DU SUJET

Mon intérêt professionnel pour les Médecines Alternatives Complémentaires (MAC) a rencontré la dynamique de la création de l'Observatoire des Médecines Non Conventionnelles (OMNC) à la faculté de médecine de Nice, emmenée par le Dr Marie Juston et soutenue par le Doyen Pr Baqué. L'Observatoire a vu le jour en Juin 2014 et sa mission est triple :

1. Favoriser la réalisation d'études scientifiques dans la région au sujet des thérapies non conventionnelles, afin de valider ou d'invalider leur intérêt, et de constituer un réseau de praticiens compétents sur ces différentes méthodes (dans le cadre du comité scientifique)
2. Développer un enseignement responsable au sein de la faculté, pour les techniques déjà validées scientifiquement (dans le cadre du comité pédagogique)
3. Communiquer les avancées dans ces domaines au grand public.

Le rôle de l'observatoire est aussi d'être vigilant sur les éventuelles dérives éthiques en l'absence de réglementation.

Aussi nous avons pu identifier et étudier avec intérêt lors de notre recherche bibliographique les sept rapports de l'INSERM dirigés par le Professeur Falissard, peignant un tableau de la littérature extrêmement complet sur l'efficacité des MAC. Afin d'améliorer les études quantitatives qui pourraient à terme mieux évaluer l'efficacité de ces MAC, le Professeur Falissard note l'importance de réaliser davantage d'études qualitatives sur le terrain afin de définir au mieux les critères de jugement principaux nécessaires [1,2].

2- UN PEU D'HISTOIRE : LES DEBUTS DE L'OSTEOPATHIE

L'ostéopathie fut créée à la fin du XIXe siècle par le médecin **Andrew Taylor Still (1828-1917)**. Né d'un père médecin et agriculteur, prêtre de l'église méthodiste, il acquit sa propre ferme et exerça la médecine tel que son père le faisait et lui avait enseigné.

Pendant la guerre de Sécession, il pratiqua la médecine et la chirurgie, il disséqua de nombreux cadavres, acquérant ainsi une connaissance particulièrement poussée de l'anatomie. Il découvre l'importance capitale de certaines notions fondamentales de physiologie, délaissées par le corps médical de son époque et qui, selon lui, déterminent l'état de santé, la résistance organique aux agressions et l'installation de maladies secondaires à des perturbations mécaniques qu'il qualifie de « lésions ostéopathiques »

→**1874** Still établit les principes de l'ostéopathie basée sur sa parfaite connaissance de l'anatomie et la physiologie du corps humain. Il s'installa à Kirksville dans le Missouri, abandonna la médecine allopathique pour se consacrer à sa démarche ostéopathique de « chercher la cause, retirer l'obstruction et laisser le remède de la nature, le sang artériel être le docteur. »

→**1892**, face aux succès médicaux, **Still** fonda la 1ère école d'ostéopathie à Kirksville, l'American School of Osteopathy où on dispensa un diplôme de doctorat de médecine ostéopathique à partir de **1897**. Kirksville est et restera le "Berceau de l'Ostéopathie".

→ **Aux USA** : L'ostéopathie continue de se développer aux USA et au début du XX^{ème} siècle, sa pratique est autorisée dans tous les Etats. A partir de **1973**, tous les **ostéopathes américains seront médecins**. Ils auront des études et des prérogatives identiques. Ils sont environ 40 000 ostéopathes.

→ **En Europe** : L'ostéopathie fait son apparition en Europe par l'intermédiaire d'un des tous premiers élèves de Still, John-Martin Littlejohn. C'est lui qui crée la première école européenne à Londres en 1917 : la British School of Osteopathy. En **1990**, le Royaume-Uni légalise l'ostéopathie.

→ **En France** : En **1950**, un médecin Robert Lavezzari instruit par une ostéopathe américaine élève de Still, fonde la « Société française d'ostéopathie ». Elle regroupe des médecins ayant une pratique manipulative restreinte à la vertébroplastie. En 1965, un kinésithérapeute français, Paul Geny, crée avec un ostéopathe anglais, Thomas G Dummer, l'Ecole Française d'Ostéopathie. Ses élèves sont à l'origine du développement du mouvement ostéopathique non médical en France.

C'est dans les années **1970** que l'ostéopathie se développe en France [3].

II) INTRODUCTION

On distingue une médecine dite éprouvée, basée sur le principe de « la médecine fondée sur les preuves », identifiée également comme conventionnelle ou classique et enseignée dans toutes les facultés de médecine. Puis, il existe une autre pratique de la médecine, inéprouvée et appelée communément « médecine parallèle » ou encore « médecine douce ». Cette médecine non-conventionnelle est elle-même partagée entre d'une part une médecine dite « traditionnelle » faisant appel à la spiritualité et au mystique et d'autre part une médecine se voulant comme un complément ou une alternative à la médecine conventionnelle et se réclamant d'une base scientifique commune à cette dernière [4,5]. Cette dernière catégorie est actuellement appelée médecine alternative et complémentaire (MAC). Les MAC sont définies par le National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) aux Etats-Unis comme étant « un groupe de systèmes médicaux et de santé, de pratiques et de produits divers qui ne sont actuellement pas considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle » [6]. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dénombre plus de 400 médecines alternatives et complémentaires dont les méthodes sont fondées sur des produits naturels, des techniques basées sur la manipulation, des thérapies du corps et de l'esprit ou de systèmes complets reposant sur des théories. Il est donc impossible de parler de ces soins comme d'un tout homogène. Depuis 1991, l'OMS a élaboré et publié une série de guides techniques visant à améliorer la démarche évaluative de ces médecines mais les recommandations énoncées dans ces guides ne suffisent cependant pas à couvrir les nombreux aspects de la recherche et de l'évaluation relatives aux MAC [7,8]. L'OMS a lancé en 2014 son deuxième plan stratégique (2014-2023), pour assurer le développement de ces formes de médecine. Ce plan vise à aider les responsables de la santé à développer des solutions qui participent d'une vision plus large favorisant l'amélioration de la santé et l'autonomie des patients. Deux grands buts ont été fixés : premièrement, épauler les États Membres qui cherchent à mettre à profit la contribution des MAC à la santé, au bien-être et aux soins de santé centrés sur la personne ; deuxièmement, favoriser un usage sûr et efficace des MAC au moyen d'une réglementation des produits, des pratiques et des praticiens. Ces buts pourront être atteints via trois objectifs stratégiques : d'abord consolider la base de connaissances et formuler des politiques nationales, ensuite renforcer la sécurité, la qualité et l'efficacité via la réglementation et enfin promouvoir une couverture sanitaire universelle en intégrant les services des MAC et l'auto-prise en charge sanitaire dans systèmes de santé nationaux [9]. Les enjeux économiques sont également importants. Le marché mondial des MAC est estimé à plusieurs dizaines de milliards d'euros par l'OMS. Un essai randomisé contrôlé a évalué les coûts de la physiothérapie, de la thérapie manuelle et des soins de médecine générale pour des douleurs cervicales : l'état de santé du groupe traité par thérapie manuelle s'améliorait plus rapidement et le coût total de la thérapie manuelle (447 €) équivalait à environ un tiers de celui de la physiothérapie (1 297 €) et de la médecine générale (1 379 €) [10].

Le rapport du Commissariat général à la stratégie et à la prospective (CGSP) de 2012 indiquait que 70 % des habitants de l'Union européenne avaient fait appel à une thérapie

complémentaire au moins une fois dans leur vie, que 25 % y recouraient chaque année et que cette proportion atteignait 80 % chez les patients atteints de cancer.

En France, le Conseil national de l'ordre des médecins reconnaît quatre pratiques : l'homéopathie, l'acupuncture, la mésothérapie et l'ostéopathie. Le code de la santé publique précise que « *les médecins ne peuvent proposer aux malades ou à leur entourage comme salubre ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé* ». En 2015, 6 115 médecins français ont déclaré un titre ou une orientation de MAC. [11]. Selon un sondage de l'Institut Français d'Opinion Public (IFOP) en 2007 pour SPAS Organisation, société spécialisée dans l'organisation et la gestion d'événements dédiés au bien-être, 39 % des français se tournaient vers ces thérapies dont les plus sollicitées étaient : l'homéopathie, l'ostéopathie et la phytothérapie. Une thèse de médecine générale réalisée en 2010 à Paris auprès de 521 patients avait des résultats concordants : l'ostéopathie était la discipline la plus consultée parmi les patients contactés puis venait l'homéopathie et enfin l'acupuncture. Les patients y avaient recours principalement pour des douleurs musculosquelettiques[12].

L'ostéopathie fait partie des médecines alternatives les plus utilisées. Apparue en France dans les années 1950, l'ostéopathie est fondée sur des techniques manuelles visant à la conservation ou la restauration de la mobilité des différentes structures de l'organisme. C'est une méthode thérapeutique à visée préventive et curative, qui se base sur l'idée selon laquelle toute perte de mobilité naturelle des organes les uns par rapport aux autres apparaît au niveau des muscles, des tendons, des viscères, du crâne ou des enveloppes et induit des dysfonctionnements[13]. Il s'agit d'une discipline exclusivement manuelle. Son exercice nécessiterait une bonne formation, de l'expérience et une pratique régulière [14]. Selon l'OMS, l'ostéopathie repose sur l'utilisation du contact manuel pour le diagnostic et le traitement. Elle prend en compte les relations entre le corps, l'esprit, la raison, la santé et la maladie. Elle place l'accent sur l'intégrité structurelle et fonctionnelle du corps et la tendance intrinsèque de l'organisme à s'auto-guérir. Cette approche holistique de la prise en charge du patient est fondée sur le concept que l'être humain constitue une unité fonctionnelle dynamique, dans laquelle toutes les parties sont reliées entre elles [15].

L'ostéopathie s'est beaucoup développée dans les pays anglo-saxons où les praticiens « diplômés en ostéopathie » (D.O.) disposent actuellement de prérogatives similaires à celles des autres professions médicales [16]. En France, la profession d'ostéopathe est reconnue depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002, suivie de 2 décrets d'application parus au journal officiel en mars 2007[17]. Elle peut être pratiquée par des professionnels de santé (médecins, kinésithérapeutes) ayant suivi une formation spécifique, mais elle est majoritairement représentée par des ostéopathes exclusifs (ni médecin, ni kinésithérapeute). L'agrément des écoles d'ostéopathie s'appuyait initialement sur des critères insuffisamment exigeants, entraînant une explosion du nombre des écoles d'ostéopathie françaises depuis 2007, formant trop d'ostéopathes par rapport aux besoins de la population et une grande hétérogénéité des formations [18]. Un nouveau décret est donc paru en septembre 2014 afin d'améliorer ces conditions et garantir la qualité des ostéopathes formés. Le 29 septembre 2015, on comptait 26 établissements agréés et la durée du cursus des ostéopathes exclusifs a été allongé de 2 660 heures minimum à 4 860 heures [19].

Le Registre des Ostéopathes de France (ROF) recommande comme salulaire à la survie pécuniaire des ostéopathes : 1 ostéopathe pour 5000 habitants pour espérer une patientèle d'environ 1000 patients. A titre d'exemple, les Alpes-Maritimes comptent 1 titulaire pour 2000 habitants selon l'observatoire socioéconomique de l'ostéopathie. En 2016, le département des Alpes-Maritimes comptait 571 ostéopathes exclusifs contre 241 en 2011 soit plus du double en 4 ans [20]. En France on notait en janvier 2015, 22 318 praticiens autorisés à porter le titre d'ostéopathe dont 1 249 médecins (soit 5,6 %), 8 151 kinésithérapeutes (soit 36,5 %) et 12 497 ostéopathes exclusifs (soit 56 %) [21]. Le Syndicat Français des Ostéopathe (SFDO) a demandé un sondage à ODOXA réalisé en septembre 2015 sur l'Ostéopathie et les Français. Celui-ci est réalisé à travers un échantillon de 1.002 personnes représentatif de la population française et interrogée par Internet. Alors qu'en 2010, 40 % des Français avaient déjà consulté un ostéopathe selon un sondage OpinionWay, ils étaient 49 % en 2015. Les plus requérants étaient issus des catégories socioprofessionnelles favorisées (61%), les 25-34 ans (59%) et les femmes (53%). Plus d'un Français sur quatre (27 %) avait consulté un ostéopathe au cours des douze derniers mois.

En 2012, une revue systématique de la littérature menée sous l'égide du Pr Falissard et du Dr Barry a considéré en détail vingt essais randomisés qui évaluaient des interventions effectuées par des ostéopathes. Au total la revue montrait que l'ostéopathie propose des réponses non chirurgicales et non médicamenteuses à des troubles fonctionnels fréquents ; cette discipline était donc susceptible d'intéresser un grand nombre de patients. Les réponses apportées par l'ostéopathie étaient potentiellement efficaces dans les douleurs d'origine vertébrales, mais sans supériorité prouvée par rapport aux alternatives plus classiques. Dans les autres indications, on ne pouvait conclure en l'état actuel des études disponibles [1]. Une seconde revue de la littérature effectuée en Allemagne évoquait également le peu d'efficacité relevée au cours des études mais surtout le peu d'études réalisées devant les difficultés de mettre en œuvre le double aveugle dans les thérapies manuelles. Les auteurs allemands évoquaient la nécessité d'établir des critères d'évaluations précis et communément acceptés pour valider l'ostéopathie et notaient l'intérêt d'étude descriptive pour alimenter la littérature [22]. L'Académie de médecine sur les thérapies complémentaires montre que, si les MAC ont leur place dans les ressources de soins, leur évaluation est essentiellement le fait d'essais randomisés de qualité inégale [23]. L'ostéopathie est donc à l'aube de son évaluation et est confrontée au double problème de la quantité et de la qualité de ses publications. L'enjeu de nouvelles données qualitatives exploratoires est de permettre à terme d'établir des critères de jugements quantitatifs pertinents indispensables pour la robustesse et la significativité clinique d'études futures.

Ce travail visait donc à répondre à la question suivante : quels sont les attentes et les critères de satisfaction des patients au cours de leur prise en charge ostéopathique ? L'objectif principal était d'explorer et de recueillir le parcours de soins ostéopathiques des patients. L'objectif secondaire était d'identifier les déterminants d'attente et de satisfaction des patients afin d'abonder les ressources.

III) MATERIEL ET METHODE

1- JUSTIFICATION DE LA METHODE UTILISEE

Une étude qualitative exploratoire par entretiens individuels semi structurés a été menée avec une analyse par théorisation ancrée approchée.

La méthode qualitative a été choisie car elle est la méthode de référence pour analyser les phénomènes complexes sociaux dans leur contexte naturel ainsi que les interactions entre soignants et patients [24]. Elle ne cherche pas à quantifier ou mesurer mais elle permet une démarche interprétative, compréhensive, permettant de faire le lien entre la « médecine science » et la « vraie vie » [25]. Elle permet d'explorer les émotions, les comportements et les expériences personnelles et ainsi, tenter de comprendre le fonctionnement des patients et des déterminants de soins. Elle s'appuie sur un recueil de points de vue organisé et interprété par l'enquêteur.

Le recueil des données par entretien individuel a été choisi pour ne pas freiner le recueil des données intimes liées au parcours personnel de soin.

2- ECHANTILLON

Un « échantillon raisonné » a été constitué, c'est-à-dire un échantillon qui semble le plus varié et adapté pour répondre à la problématique initiale [26].

Dans l'objectif de rencontrer des patients ayant eu recours à l'ostéopathie, un premier recrutement a visé à constituer un échantillon d'ostéopathes exclusifs des Alpes-Maritimes pour ensuite y recruter des patients.

1) Recrutement des ostéopathes

Ont été inclus des ostéopathes exclusifs pratiquant dans les Alpes-Maritimes et consentant à participer à l'étude. Ils ont été contactés aléatoirement à partir des pages jaunes avec inclusion progressive d'un échantillon varié sur les critères suivants : sexe ; âge ; lieu de consultation (rural, semi-rural, urbain) ; prix de la consultation ; durée de la séance ; nombre d'années de formation ; pratique exclusive de l'ostéopathie ou non.

2) Recrutement des patients

Ont été inclus des patients de ces cabinets, majeurs, ayant recouru à l'ostéopathie dans les Alpes Maritimes en octobre ou Novembre 2016 et consentant à participer à l'étude. N'ont pas été inclus les patients mineurs et les patients en incapacité cognitive de mener un entretien oral.

Le recrutement des patients a été soumis à leur accord. Il a été mis en place une affiche explicative en salle d'attente des ostéopathes sur l'étude réalisée (Annexe 1). Les patients avaient accès en salle d'attente à une fiche d'information explicative et de consentement à l'étude et pouvaient laisser leurs coordonnées et horaires préférés pour être contactés afin de participer à l'étude (Annexe 2).

Le recrutement a été progressif, parmi les patients volontaires, pour constituer un échantillon varié sur les critères suivant : âge ; genre ; situation familiale ; niveau socio-éducatif ; lieu de vie ; lieu de naissance ; fréquence de recours à l'ostéopathie ; motifs fréquents de recours à l'ostéopathie. Lors de l'appel téléphonique, l'investigateur leur expliquait les modalités et déroulement de l'entretien, le thème général de la thèse et les modalités de protection des données et de l'anonymat. Un rappel de la clause de confidentialité a été fait de façon orale au début de chaque entretien.

Des patients ont été inclus ainsi jusqu'à atteindre la saturation théorique des idées. La saturation correspond au moment où l'analyse des données ne montre plus aucune autre idée significative pour permettre de comprendre le phénomène observé.

3- RECUEIL DES DONNEES

1) Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a servi de support pour l'ensemble des entretiens avec les patients. Il était constitué de questions ouvertes afin de ne pas induire de réponses stéréotypées. Des techniques de relance, notamment de reformulation, ont été utilisées afin d'enrichir les sujets abordés sans influencer l'interviewé. Il a été rédigé après des échanges téléphoniques avec deux chercheuses rattachées à l'unité INSERM U669 (une médecin de santé publique méthodologiste et une ostéopathe exclusive) pour cibler au mieux les champs nécessaires à explorer pour abonder les données de la littérature et soutenir des travaux évaluatifs ultérieurs.

Le guide d'entretien a été structuré de façon chronologique pour faciliter le souvenir des patients. Il était divisé en quatre thèmes : motif principal de consultation chez l'ostéopathe ; démarche réalisée vers l'ostéopathie ; les attentes de la séance d'ostéopathie ; retour de séance d'ostéopathie (Annexe 3).

Une première version du guide a été utilisée lors de trois entretiens puis certaines questions ont été reformulées suite aux premières analyses du discours pour mieux favoriser l'expression libre du patient. Le reste des entretiens a été mené avec cette deuxième version du guide.

2) Entretiens individuels

Plusieurs lieux de rencontre étaient proposés aux patients : domicile, lieu de travail, lieu public de leur choix. Le choix final revenait toujours au patient et était défini au téléphone selon les disponibilités de chacun. La durée des entretiens était consignée. L'enregistrement était réalisé avec un dictaphone et un smartphone.

Au début de chaque entretien, le sujet et le but de l'étude ont été de nouveau présentés. Il était rappelé les conditions d'anonymat, la possibilité d'arrêter à tout moment et l'absence de conséquence de leur propos sur leur prise en charge ostéopathique. A la fin de l'entretien, il était proposé au patient de recevoir les conclusions de l'étude.

4- ANALYSE DES DONNEES

Chaque entretien a été retranscrit sous Word 2016 manuellement mot pour mot, constituant au final un corpus de verbatim, données brutes de l'étude. L'analyse des données a été menée au fil des entretiens par une méthode inductive approchée de la théorisation ancrée, à l'aide du logiciel Nvivo 11. Les entretiens ont été codés par l'investigateur principal et un double codage partiel a été mené par la directrice de thèse, suivi d'un consensus.

5- CADRE ETHIQUE ET REGLEMENTAIRE

Le cadre éthique, antérieur au décret d'application de la loi Jardé, était présenté aux patients via la fiche d'information dans un premier temps. L'autorisation d'enregistrement de l'entretien et le consentement des patients ont été obtenus par signature de ces derniers le jour de l'entretien (*Annexe 2*).

IV) RESULTATS

1- DONNEES DESCRIPTIVES

1) La constitution de l'échantillon

Annexe 4

Vingt ostéopathes ont été contactés par choix aléatoire dans l'annuaire : 3 étaient kinésithérapeutes ; 3 exerçaient de la médecine chinoise ; 1 faisait des massages aux pierres chaudes ; 1 était remplaçante et ne voulait pas participer ; 1 était étiopathe. Soit une exclusion de 9 ostéopathes non exclusifs. Six ostéopathes ont été sélectionnés parmi les 11 restant en constituant un échantillon le plus varié possible. Puis ont été recrutés, au sein de ces 6 cabinets d'ostéopathie, 31 patients au total. Chaque patient a été appelé individuellement pour obtenir ses données sociodémographiques. Sur les 31 patients appelés, 3 patients ne voulaient plus participer à l'étude, 3 autres étaient partis dans des régions différentes pour les mois à venir et 4 ont été impossible à joindre. Vingt et un patients ont pu être rencontrés.

2) Caractéristiques de l'échantillon

Les caractéristiques des ostéopathes inclus sont résumées en Annexe 5. Les six ostéopathes sélectionnés avaient entre 28 et 70 ans (moyenne 42,6 ans), le sex ratio était de 1, la moitié exerçaient en milieu urbain. Le prix moyen de la consultation était de 60 euros, la durée moyenne de consultation de 45 minutes. La majorité avait 5 ou 6 ans de formation.

Les caractéristiques des 15 patients rencontrés sont présentées en Annexe 6. Ils avaient entre 28 et 70 ans (moyenne 50 ans) ; étaient 8 femmes et 7 hommes ; la majorité avaient recouru à l'ostéopathe pour des douleurs musculo-squelettiques, puis venait ensuite : des vertiges ; de la prévention ; de la constipation ; des migraines ; des problèmes orthodontiques ; des soucis d'ordre psychologique ou nerveux ; une grossesse et un accouchement. En moyenne les patients se rendaient 2 à 3 fois par an chez l'ostéopathe ; leur niveau éducatif était principalement universitaire et secondaire ; la moitié de l'échantillon vivait en milieu urbain.

3) Nombre et durée des entretiens

Au total 15 entretiens ont été réalisés jusqu'à atteindre la saturation théorique des données. 12 entretiens ont été réalisés au domicile des patients, 2 dans des cafés et 1 sur le lieu de travail d'une des patientes. Les entretiens se sont déroulés entre Décembre 2016 et Février 2017 et ont duré entre 16 et 56 minutes (en moyenne 31 minutes). La durée totale des entretiens a été de 468 minutes soit 7h et 48 minutes.

2- ANALYSE DU DISCOURS

1) Ostéopathie versus système de santé traditionnel

- Reliquat mystique

Il existait un reliquat mystique du métier d'ostéopathe dans les propos des patients. L'image du charlatan, guérisseur, rebouteux restait inscrite dans les mémoires : E13 : « *J'avais l'image que c'était des bandes de charlatans qui prenaient des sous à des gens qui ne savaient pas trop (...) qui se laissaient bercer avec des promesses de guérisons* ». Les patients distinguaient un côté un peu ésotérique du métier, leur prêtant parfois un côté magique : E4 : « *C'est un peu mystérieux. Ils ont un don ces gens-là* ». E15 : « *Il y a un côté un peu énergétique, il faut être réceptif sinon ça ne marche pas* ». Les patients opposaient ce côté ésotérique de l'ostéopathie au système de santé classique.

- Insatisfaction du parcours médical ou kinésithérapeutique classique

Dans leurs parcours de soins les patients opposaient l'ostéopathie au parcours médical classique et à la kinésithérapie. Les médecins étaient décrits comme étant trop focalisés sur le symptôme, manquant de temps et devant remettre le patient au cœur des soins. E7 : « *Et ça le médecin généraliste ne le fait pas, il se concentre sur un symptôme sans prendre le patient dans sa globalité avec ses problèmes émotionnels.* ». E9 : « *Aucune psychologie, trop invasif, on n'est pas juste un corps avec des symptômes* ». La kinésithérapie était aussi rapportée comme manquant de personnalisation et de temps dédié, difficile selon eux d'obtenir de bons résultats dans une salle remplie de patients où s'agitaient ultrasons et lampes chauffantes. E4 : « *Chez les autres médecins ou kinés on est juste des numéros.* » E8 : « *Chez les kinés, c'est plus à la chaîne et il n'y a pas cette relation au patient qui fait toute la différence.* »

L'ostéopathie trouvait sa place avec facilité auprès des patients qui rapportaient un grand nombre d'échecs thérapeutiques et une méfiance croissante sur la toxicité des médicaments, échaudés par les scandales médiatiques. Les patients exprimaient rechercher des médecines plus douces, respectant leurs corps et leur hygiène de vie. E9 : « *On a donné des antibiotiques à tout va et on voit les effets pervers de tant de médicaments alors si on pouvait clarifier tout ça.* », E12 : « *Aujourd'hui, on admet que les médecines manuelles sont moins toxiques, moins invasives et c'est une réelle demande des patients.* »

- Alternative thérapeutique efficace

Tous les patients interrogés se rassemblaient sur le fait que l'ostéopathie était une bonne alternative thérapeutique, qu'ils qualifiaient de complémentaire à la médecine classique, d'alternative positive quand la médecine ne suffisait plus.

Les patients décrivaient l'ostéopathie comme étant efficace dans les rachialgies, premier motif de consultation retrouvé dans nos entretiens. Le champ de l'ostéopathie restait plus large face aux vertiges, aux migraines, aux troubles intestinaux, aux douleurs chroniques...

La plupart du temps, les patients se disaient guidés dans leur démarche de soins vers l'ostéopathie. Ils étaient souvent conseillés par la famille, des collègues ou des amis ou parfois

orientés par des médecins dans une dynamique de confiance E1 : « Par des médecins mais surtout par l'ORL mais souvent par le bouche à oreilles ».

Les patients s'accordaient à dire que l'ostéopathie est une discipline complémentaire à la médecine classique sans s'y substituer E9 : « J'ai donc découvert par ce biais l'ostéopathie mais en gardant à la médecine toute sa place ».

Pour certains patients, l'ostéopathie, moins invasive, était devenue une alternative indispensable. E2 : « Pour moi, c'est une méthode aussi importante que la médecine, je veux dire c'est en parallèle, moi je pense que je ne pourrais plus m'en passer, enfin l'ostéopathie fait partie de ma vie de soins et m'a évité bien des opérations ».

Quelques patients ont précisé que l'ostéopathe savait reconnaître ses limites. E11 : « L'ostéopathe a su dire que son rôle avait des limites. Le mien dit toujours faites une radio et venez me voir ensuite, apportez vos analyses. Il ne se prend pas pour un devin. »

Quelques patients ont exprimé que l'investissement financier consenti pouvait expliquer l'efficacité attendue, d'autres étaient prêts à donner plus si le résultat était présent. E3 : « Et avec un prix comme celui-là on s'attend à être bien soigné. » E13 : « Donc du coup, merci beaucoup, et ça pour 150 €, moi, j'aurais donné plus pour me sentir bien et même si ce n'est pas remboursé c'est pas le problème, le but c'est d'être bien. »,

La majorité des patients se disaient satisfaits de ne consulter environ que 2 fois par an.

- **Paradoxe : l'ostéopathie définie en faux mais espérée mieux reconnue et intégrée au parcours de soins classiques**

Avec ses représentations mystiques et son positionnement comme une alternative efficace face à un parcours médical ou paramédical décevant, les patients semblaient opposer l'ostéopathie au système très cadré de santé actuel. Elle a pu être décrite aussi comme un effet de mode : E4 : « C'est à la mode aussi chez les jeunes, c'est même chic. Comme les régimes sans lactose ou sans gluten ». Parallèlement à cette description en faux de l'ostéopathie par rapport au système conventionnel, les patients souhaitaient voir l'ostéopathie reconnue et intégrée dans ce système pour un gage supplémentaire de qualité et de sécurité des soins. E13 : « Moi, je suis pour, mais de manière très contrôlée, parce qu'on peut avoir des incidents. Pour que cela soit contrôlé, il suffit que ce soit au milieu d'une équipe médicale et que l'ostéopathe soit considéré au même titre qu'un kiné. Que ce soit un paramédical, qu'il soit reconnu par la sécurité sociale et que cela puisse rentrer dans un parcours de soins. »

Les patients désiraient voir l'ostéopathie intégrée dans le parcours de soins remboursé par la Sécurité Sociale. Au-delà de leur intérêt personnel, ils y voyaient un réel progrès économique et un avantage pour diminuer le déficit de la Sécurité Sociale. E8 : « C'est plus court, ça marche mieux, au final ça coûte moins cher et à la société aussi et finalement les bénéficiaires y sont peut-être, il faudrait mener une étude. » E2 : « Je coûte moins cher à la sécurité sociale grâce à l'ostéopathie que par la médecine traditionnelle ».

Dans une même dynamique d'intégration, les patients pointaient avec déception le rôle très secondaire de leur médecin généraliste au sein de leur parcours ostéopathique. Défini comme le pilier central de leur parcours de soins habituel, les patients disaient attendre de leur médecin qu'il puisse les orienter même au sein des médecines alternatives. E14 : « Je regrette quand même après toute ma galère que mon médecin généraliste ne m'ait pas donné toutes les pistes. »

2) Consultation ostéopathique : de la résolution du symptôme à un temps suspendu et holistique.

- Prise en charge globale et psychosomatique

Pour la totalité des patients, la prise en charge globale proposée par l'ostéopathie était un gage d'efficacité et de qualité des soins. Grâce à sa prise en charge holistique, l'ostéopathe arrivait parfois à déceler d'autres problèmes ce qui permettait de les résoudre en amont avant qu'une complication arrive. E15 : « Elle travaille sur tout le corps pour arriver au problème principal mais elle rééquilibre vraiment tout ». E1 : « Il examine tout car parfois il y un problème à un endroit qui crée des problèmes ailleurs ». Le patient n'était plus un simple symptôme mais un tout dans sa nature la plus complexe. L'ostéopathe apportait aux patients un équilibre corporel qu'ils avaient oublié. Le rôle de l'ostéopathe allait parfois au-delà de la consultation avec des conseils sur l'hygiène de vie et des exercices à réaliser à la maison : E5 : « Elle m'a donné des exercices à faire chez moi pour prévenir d'autres symptômes qui pourraient apparaître. », E6 : « C'était plus pour me sensibiliser moi sur des choses comme les écrans, l'alimentation, l'hydratation. »

Cette prise en charge globale permettait aux patients d'exprimer le fait que le corps ne peut être séparé de l'esprit. La psychosomatisation était au cœur de leur démarche, l'ostéopathie répondait parfaitement à cette demande. E9 : « Je pense que mon corps commençait à cristalliser toute cette fatigue. Il a une démarche plus holistique, il cherche le pourquoi du comment, cherche le contexte, le corps n'est pas dissocié du reste » E12 : « Je crois au côté psychologique, je pense que derrière chaque pathologie à moins que ce soit héréditaire ou génétique, il faut traiter l'origine du mal. Je suis très humaniste, je considère qu'il faut connaître la personne, savoir ce qu'elle fait comme métier, ce qu'elle mange, si elle est stressée. »

Pour les patients, l'ostéopathe était ce soignant qui allait prendre le temps d'écouter et de comprendre d'où venait le symptôme et qui allait en plus permettre la résolution du problème par le biais de manipulations douces et sans instruments interposés.

- Dimension affective et de confiance avec l'ostéopathe

Les patients exprimaient fréquemment avoir besoin d'un profond sentiment de confiance dans leur lien avec leur ostéopathe. Dès que ce sentiment de confiance était présent les patients se laissaient porter : E9 : « Il s'est avéré que ça s'est très bien passé, j'étais en confiance, je me suis laissée aller, porter et j'ai accompagné le soin en suivant ses indications. » E12 : « J'ai complètement confiance, je me laisse faire. » E6 : « Moi, si je n'aimais pas mon médecin, j'en choisirais un autre. Il faut avant tout établir une relation de confiance. »

Les patients restaient fidèles à leur ostéopathe à partir du moment où la confiance, le feeling et l'efficacité étaient présents. Une fois la confiance établie, le diplôme n'était pour aucun des patients un gage supplémentaire de sécurité : E12 : « Effectivement, je ne sais pas s'il se forme régulièrement mais bon c'est valable pour tous les médecins. Tout est fondé sur la confiance. », E9 : « C'est avant tout une relation de confiance mais pas de diplôme même si je sais qu'il faut un diplôme pour exercer ». Cette dimension affective centrée sur la confiance était d'ailleurs pour certains un premier pas vers la guérison : E10 : « De se mettre en confiance il y a quelque chose qui guérit. Le climat est différent en allopathie »

- **Séances structurées comme la médecine éprouvée, puis techniques floues**

Les patients se disaient tous rassurés par l'approche scientifique de leur ostéopathe, ils bénéficiaient tous d'un interrogatoire poussé et d'un point complet sur les examens ou traitements déjà réalisés. Un examen physique exhaustif était apprécié et des compétences anatomiques reconnues. Les ostéopathes semblaient tous suivre un protocole précis, comme une ligne de conduite commune : E10 : « L'interrogatoire est très précis. » E3 : « Ils vont aller plus profond avec des radios et tout le reste, c'est très pro » E7 : « Il est plus dans la manipulation comme s'il avait un protocole. Il me met en sous-vêtements et regarde mon squelette, ma structure, mes épaules si elles sont décalées, le bassin. » E8 : « il y a quand même, une ligne de conduite, à chaque fois, ». E15 : « Ils ont une connaissance je pense assez précise de l'anatomie. »

Après avoir posé leur diagnostic, les ostéopathes effectuaient des « massages », « mouvements » et « manipulations ». Les patients manquaient de précision pour décrire le toucher de l'ostéopathe. La plupart des praticiens semblaient adopter plusieurs techniques à la fois, pour « remettre en place » et dans certains cas « faire craquer ». Aucun patient n'a décrit avec précision les techniques utilisées au cours de la séance. E5 : « je suis passée par plusieurs postures : debout, assise, allongée, sur le côté, j'ai l'impression qu'elle m'a regardée dans tous les sens. Elle appuyait, faisait de longues pressions, il y avait des grands silences. » E7 : « dans la manipulation il fait craquer mais ça ne fait jamais mal, il étire beaucoup il met son poids pour faire passer des vertèbres je ne sais pas très bien comment expliquer. »

- **Relaxation possible grâce au temps imparti**

Les patients ont rapporté que l'ostéopathe utilisait un temps conséquent pour les prendre en charge, inhabituel dans les soins conventionnels : E5 : « Elle me disait, m'expliquait toujours ce qu'elle allait faire. Une vraie prise de temps !! » E7 : « Les médecins n'ont pas cette prise de conscience du temps, on est toujours pressé, une séance chez l'ostéopathe dure une bonne heure, on a le temps de se relaxer. »

Ce temps dédié semblait identifié comme favorisant et nécessaire à l'efficacité de la prise en charge de leur problème.

E5 : « Cela s'était déroulé de façon tellement bien, agréable, elle avait été tellement à l'écoute, elle avait tellement pris son temps. »

E7 : « Une séance chez l'ostéopathe dure une bonne heure, on a le temps de se relaxer et c'est parce que le corps se relaxe que les manipulations peuvent fonctionner. »

3) Satisfaction unanime et transversale.

- **Résolution des symptômes**

La majorité des patients rapportaient que leur problème principal était résolu. L'amélioration de la douleur ne se ressentait pas toujours dans l'immédiat mais 24H à 72H plus tard, un schéma classique pour les habitués. Ils décrivaient également une récupération rapide de la mobilité. E4 : *En tous cas ce qui est sûr c'est que le lendemain je n'ai plus mal du tout. »* E10 : « Il faut attendre un petit peu avant d'avoir les bienfaits des manipulations. »

Un patient a dit que cette thérapie n'était pas adaptée à son problème et n'a donc pas ressenti d'efficacité.

Les préjugés exprimés sur le « craquing » douloureux s'étaient révélés infondés, il s'agissait en fait plus d'une appréhension. E13 : « Il a appuyé, il a toussé, certainement pour que je n'entende

pas, il est malin, si ça craque un peu et puis ça m'a pas fait vraiment mal, on a toujours une petite appréhension. ». Les manipulations étaient décrites comme très douces et efficaces. E2 : « *Manipulations très douces, très présentes. C'est toujours des gestes doux.* » E14 : « *Elle a réussi et tout en douceur* »

Les patients ressortaient de leur séance dans un état qu'ils ont quasiment tous qualifié de nébuleux. Une sorte de fatigue et d'ivresse qu'ils décrivaient comme les plongeant dans une bulle de bien-être : E4 : « *Fatiguée, épuisée vraiment lessivée* » E13 : « *moi c'est plus une sensation de planer.* » E3 : « *on sort de chez un ostéopathe, on est vaseux.* » E8 : « *j'étais comme ivre, une sensation d'ébriété.* »

- Amélioration de la qualité de vie globale

Au-delà de la résolution des symptômes, l'ostéopathie offrait une amélioration globale et transversale de la qualité de vie. Les patients notaient une amélioration du sommeil : E6 : « *Après j'ai surtout moins de tensions, je dors mieux et je suis plus détendu* »

Les patients disaient ressentir une diminution du stress grâce à la relaxation possible lors des séances. Ils reconnaissaient un bien être global et les tensions s'apaisaient. Il existait aussi pour les patients un impact sur le moral : E5 : « *Je me sentais moralement mieux. J'étais contente.* », E7 : « *C'est une amélioration. C'est un bien être, un mieux-être, ça aide à lâcher prise.* » E9 : « *Je dis que c'est bien dans la gestion du stress* »

Les patients disaient choisir l'ostéopathie pour éviter de prendre des médicaments qu'ils considéraient toxiques. Après leur séance, ils notaient un réel progrès avec la diminution voire l'arrêt total de médicaments. Pour un patient (E8), l'ostéopathie avait réussi à lui éviter une opération. E11 : « *Je ne prends plus aucun médicament à mon âge, c'est formidable, je fais du sport.* » E2 : « *C'est pour ça que je suis pour l'ostéopathie sans médicaments sans rien, c'est génial pour l'hygiène de vie.* » Quelques patients appréciaient le fait d'éviter les arrêts de travail. E15 : « *Ça évite de s'arrêter tous les quatre matins surtout dans les métiers physiques.* », E3 : « *Surtout je n'ai plus d'arrêt de travail, ça change une vie.* ».

Les patients exprimaient pour la plupart que l'ostéopathie les amenait à prendre conscience de leur corps et les encourageait dans une représentation positive du soi. L'ostéopathie devenait un incontournable de leur hygiène de vie : E10 : « *Ça rentre dans mon schéma de vie, dans mon hygiène de vie aussi. C'est une approche qui est cohérente par rapport à ma vie. La qualité de vie est nettement améliorée.* »,

- Patient acteur de soins

En choisissant leur thérapie et leur thérapeute, les patients devenaient acteurs exigeants de leurs soins. Les patients notaient qu'ils étaient actifs lors de leur séance d'ostéopathie, rendant les soins plus concrets et les impliquant encore plus dans leur démarche de guérison. E8 : « *J'allais dire le patient est actif complètement au cours de la séance ostéopathie. C'est peut-être la différence entre la séance de kiné où l'on est passif à attendre que la lampe infra rouge ou les ultrasons agissent.* » E12 : « *Nous sommes passés de patients sous contrôle à consommateurs éclairés et exigeants.* ».

V) DISCUSSION

1- RESULTATS PRINCIPAUX

Dans leurs parcours de soins ostéopathiques les patients ont mis en avant que l'ostéopathie était une bonne alternative à la médecine classique, un complément sans jamais s'y substituer. Opposant l'ostéopathie au parcours parfois décevant des soins médicaux et kinésithérapiques classiques, il semblait pourtant essentiel pour les patients de l'intégrer dans un cadre légal du système de soins actuel, pour en assurer une meilleure qualité et sécurité de soins.

L'ostéopathie permettait la résolution des symptômes par sa prise en charge holistique et psychosomatique offrant un temps important de relaxation nécessaire à l'efficacité des manipulations décrites comme douces. Une dimension affective reliait l'ostéopathe et le patient avec au centre de cette dimension une notion de confiance indispensable dans la démarche de soins.

L'ostéopathie procurait une amélioration rapide de la qualité de vie unanime et transversale. Les patients pointaient avec déception le rôle secondaire de leur médecin généraliste dont ils attendaient qu'il reprenne son rôle de coordinateur de soins, y compris pour les médecines alternatives.

2- VALIDITE INTERNE

La méthode qualitative est la méthode de référence pour l'exploration des expériences personnelles complexes. Le choix des entretiens individuels a permis un climat plus propice aux révélations et confidences. L'échantillon était varié sur les critères pouvant a priori influencer les représentations et recouvrait les différents profils de patients recourant à l'ostéopathie. Un seul et même investigateur a réalisé l'ensemble des entretiens, permettant un recueil homogène et en cohérence avec l'analyse parallèle des données déjà recueillies. Le double codage partiel suivi de consensus a permis de limiter le biais interprétatif inhérent à la méthode inductive choisie.

Les patients ayant accepté de participer à l'étude étaient tous satisfaits du mode d'approche ostéopathique engendrant un biais de recrutement. Le recrutement des patients a été effectué par l'intermédiaire d'ostéopathes volontaires. Les ostéopathes qui ont accepté de recruter les patients ne sont vraisemblablement pas représentatifs : les données recueillies concernant leur pratique ne peuvent être extrapolées à l'ensemble de la population ostéopathique. Si le recrutement avait été effectué à partir de médecins généralistes ou d'autres spécialistes, il est possible que les données recueillies aient été différentes. Le recueil des données par entretien semi-dirigé a nécessité des techniques de relance, de reformulation et de clarification. Certains patients ont eu des difficultés à développer leur point de vue. Le risque était d'arriver à des questions inductives, certains entretiens ont donc été plus courts.

Chaque entretien faisait l'objet d'une retranscription verbatim ce qui était précisé aux patients interrogés avant l'entretien, pouvant représenter une retenue dans leur discours. Une autre limite était le regard médical de l'investigateur sur l'ostéopathie, pouvant manquer de neutralité et associé chez beaucoup de patients rencontrés à un manque de connaissance sur cette pratique.

3- VALIDITE EXTERNE

En France, il s'agissait d'une étude originale, la bibliographie ayant fait apparaître peu de travaux du même type. Il existe peu de données sur les patients qui recourent à des thérapies complémentaires.

Les proches (amis et famille) étaient les principaux incitateurs au recours à une MAC. Une étude stéphanoise rapportait que 62 % des personnes ayant recours aux MAC avaient été motivées « suite à l'expérience heureuse d'un membre de l'entourage » [27]. Un patient sur cinq recourant aux MAC est adressé par son médecin traitant [28]. Notre étude semble homogène avec la littérature. Certaines études notaient en sus que le recours aux MAC (comme aux soins conventionnels) se déplaçaient vers des patients de niveaux socioprofessionnels plus élevés, plus sensibles à la nécessité de soins médicaux [29,30].

Les données de notre étude étaient comparables à des études qualitatives sur les MAC menées en Angleterre et aux Etats-Unis. Les résultats d'une étude montraient que les patients avaient envers les MAC beaucoup d'espoir de guérison, de soulagement des symptômes, d'information et de compréhension de leurs symptômes [31]. Dans une autre étude, les patients semblaient avoir des attentes élevées concernant les MAC, convaincus que les MAC étaient intrinsèquement liées à une approche holistique et à une relation thérapeutique fondée sur la confiance et le soutien [32]. Il existait des preuves dans les professions de la santé telles que la physiothérapie, les soins infirmiers, l'ergothérapie ou la médecine générale de l'importance d'identifier les attentes et leurs effets sur la satisfaction des patients [33,34]. Notre étude comparativement aux définitions données sur l'ostéopathie mettait en avant les attentes des patients qui reposaient sur une prise en charge holistique, une relation de qualité basée sur la confiance avec l'ostéopathe favorisée par le temps et l'écoute accordés, et une efficacité sur les symptômes évoqués. Les attentes des patients à l'égard de leur interaction avec les soins de santé reposaient sur des croyances, des valeurs cognitives et affectives grâce à l'interaction dynamique avec le thérapeute et à l'expérience subjective du patient de changer les symptômes [35]. Les aspects les plus importants de l'attente des patients envers les soins primaires étaient les soins interpersonnels, puis la compétence, l'implication dans les décisions, l'accès rapide et l'information pour l'autogestion [36]. Dans le cadre de la thérapie complémentaire, les patients attendaient une amélioration de la qualité de vie et une approche holistique non toxique [37]. Dans les soins privés, les patients agissaient en tant que consommateurs et acteurs de leurs soins, ils faisaient des choix de thérapie et de thérapeute. Ils pouvaient comparer la qualité du service et l'expertise professionnelle aux soins primaires [38] et l'investissement financier consenti par les patients pouvait aussi expliquer l'efficacité attendue [39]. Tous ces aspects ont émergé dans notre analyse.

Le reliquat mystique des ostéopathes dans notre étude n'est retrouvé dans la littérature que par le biais de l'histoire : au XIXe siècle son fondateur Andrew Taylor Still avait élaboré une doctrine métaphysique selon laquelle il existait en chaque individu un principe

vital, distinct à la fois de l'âme et des propriétés physicochimiques, qui gouvernait les phénomènes de vie. Les termes d'« auto guérison du corps » et de « remèdes naturels » que Still employait, permettent d'illustrer le propos [3].

Dans notre étude, le motif principal de consultation en ostéopathie était la douleur rachidienne. Une étude menée par le fond de recherche en ostéopathie montrait que les douleurs musculosquelettiques représentaient 62 % des motifs de consultation ostéopathique. Ces douleurs étaient essentiellement des rachialgies (42,6 %). Sur l'ensemble des motifs de consultation, la plainte douloureuse représentait 91,9 % des prises en charge ostéopathiques. Les seules douleurs aiguës représentaient 46,7 % des prises en charge ostéopathiques. Les ostéopathes semblaient donc être des ressources privilégiées de la prise en charge de la douleur et notamment des douleurs musculosquelettiques du rachis[40].

Au cours de notre étude les patients étaient majoritairement déçus du parcours médical classique auquel ils reprochaient inefficacité et imprécision. Une étude anglaise sur les compétences traditionnelles des médecins généralistes, notamment dans la douleur rachidienne mettait en avant des soins également perçus comme limités et inefficaces face à l'ostéopathie. Cette étude anglaise retrouvait une ostéopathie attrayante parce qu'elle ne comportait pas de médicaments, les avantages physiques incluaient une mobilité accrue et une douleur réduite. Les avantages psychologiques incluaient l'élimination de la peur et une meilleure compréhension du phénomène douloureux. Communément à notre étude, les patients exprimaient une plus grande satisfaction envers les ostéopathes qu'avec les soins conventionnels, car ils étaient perçus comme ayant plus d'empathie, des compétences diagnostiques et un traitement efficace [41].

Les déterminants de satisfaction des patients dans notre étude passaient par l'amélioration globale et rapide de leur qualité de vie grâce à une prise en charge holistique permise par une relation thérapeutique de qualité suspendue au temps accordé. La littérature tend à aller dans le même sens. Un sondage sur la satisfaction des patients à l'égard de l'ostéopathie dans les établissements de soins ambulatoires aux États-Unis a permis de constater que la continuité des soins, l'accès aux soins et aux rendez-vous, la qualité technique de l'intervention et la relation interpersonnelle avec l'ostéopathe étaient significativement associés à la satisfaction [42]. Notre étude mettait l'accent sur la dimension affective entre l'ostéopathe et le patient qui jouait un rôle primordial dans les soins centrés sur la confiance, la parole et la manipulation. Deux études menées dans une clinique de formation ostéopathique britannique explorant la satisfaction des patients, ont révélé que les thèmes principaux étaient l'espoir, la communication, le respect et la confiance, centrés autour de la relation thérapeutique [43,44].

L'unité 669 de l'INSERM a produit plusieurs travaux de recherche sur l'efficacité des MAC et notamment l'ostéopathie. L'ostéopathie était considérée potentiellement efficace dans les douleurs d'origine vertébrale, mais sans supériorité prouvée par rapport aux alternatives classiques. Des événements indésirables rares mais graves peuvent survenir lors de manipulations des vertèbres cervicales. Dans les autres indications, il n'était pas possible de conclure en l'état actuel des études disponibles. Les instruments proposés pour évaluer l'efficacité de l'ostéopathie reposaient souvent sur des échelles fonctionnelles ou d'évaluation de la douleur [1]. Dans notre étude, des éléments pouvant favoriser l'efficacité de la prise en charge ostéopathique en dehors de la manipulation elle-même ont pu être repérés. Le temps

consacré au patient jouait un rôle majeur. Tous les patients ont pu bénéficier de consultations d'une durée moyenne d'environ 45 minutes, temps qui constituait pour les patients une possibilité de relâchement lors d'un moment d'apaisement. L'apaisement s'approchait de la relaxation, qui a montré son efficacité dans la prise en charge de la douleur : elle aidait à rompre le cercle vicieux qui s'installait souvent entre douleur et tensions musculaires et avait un effet distracteur permettant provisoirement de réduire l'attention qui est accordée à la douleur [45]. L'association des phases verbales et non verbales de la communication avec des gestes doux, calmes, et un contact privilégié, en opposition à la médecine où chaque geste avait un but diagnostique, souvent avec un instrument interposé était un élément clé. Le patient pouvait être impressionné du savoir-faire de l'ostéopathe qui n'utilisait que ses mains pour résoudre les symptômes et agir physiquement sur le corps. La relation instaurée pouvait avoir une composante transférentielle, le patient trouvant chez l'ostéopathe les qualités attendues du soin, à savoir apaisement et douceur, que l'on pouvait comparer à un maternage [46]. Il ne fallait pas négliger non plus l'importance particulière de l'effet placebo lié lui-même en partie à l'effet sécurisant du transfert [47]. L'éducation thérapeutique permettait également d'augmenter la maîtrise du patient sur lui-même. Placé au cœur du système de santé, le patient ne subissait plus son traitement, mais en saisissait l'intérêt et participait, par sa vigilance et sa bonne observance, à son efficacité. « En permettant aux malades de gagner en autonomie, par l'appropriation de compétences permettant d'améliorer leur qualité de vie, l'éducation thérapeutique participe à cet objectif cardinal d'une politique de prévention ambitieuse et innovante » [48].

Les patients notaient tous l'impact économique que pouvait engendrer le recours à l'ostéopathie notamment au niveau du déficit de la Sécurité Sociale, ils avaient la conviction de coûter moins cher à la société pour un réel bénéfice. Ainsi, un essai randomisé contrôlé a comporté une évaluation économique de la physiothérapie, de la thérapie manuelle et des soins de médecine généraliste pour des douleurs cervicales. Il a montré que la thérapie manuelle était plus efficace et moins onéreuse que la physiothérapie ou que la médecine générale pour le traitement des douleurs cervicales [10]. Une autre étude récente indiquait que les patients dont le médecin généraliste avait reçu une formation supplémentaire en médecine complémentaire et parallèle affichaient des dépenses de santé et un taux de mortalité plus faibles. Cette réduction des coûts était due à des hospitalisations et à des prescriptions de médicaments moins nombreuses [49].

Les données de notre étude montraient que l'utilisation des MAC était un sujet trop rarement abordé lors de la consultation médicale selon les patients. Les patients faisaient fréquemment appel aux MAC mais n'en parlaient pas à leur médecin, notamment si celui-ci ne posait pas la question explicitement. Une étude Suisse retrouvait un taux de non-communication d'une utilisation de MAC de 77 % [50]. Pour un meilleur contrôle de la santé, les patients souhaitaient voir l'ostéopathie prescrite sous l'égide d'un médecin apportant pour eux un gage supplémentaire de qualité et de sécurité des soins. Dans une thèse de médecine générale réalisée auprès de 300 patients 60,8 % des personnes interrogées sur les MAC trouvaient qu'il serait utile d'échanger avec leur médecin traitant sur ce sujet, parmi eux seule la moitié l'ont déjà fait [51]. Les médecins avaient à leur disposition le modèle biopsychosocial pour prendre en compte le patient dans sa globalité mais il nécessitait une participation active du patient et son adhésion à cette démarche. Parfois, le patient préférait faire le choix de se

tourner vers des alternatives comme l'ostéopathie qui pouvait être un lieu privilégié d'expression de facteurs psychosociaux [52]. Même si le modèle paternaliste est remis en cause depuis maintenant des années dans la communication médecin patient [53], les patients ont considéré que le médecin généraliste devait récupérer sa place de pilier et de référent dans leur parcours de soins, même au sein des médecines alternatives.

4- IMPLICATIONS DES RESULTATS ET PERSPECTIVES

Notre étude a mis en exergue les attentes et les déterminants de satisfaction des patients au cours de leur prise en charge ostéopathique en lien avec les définitions de l'ostéopathie. Peu d'études ont étudié ces attentes et ces déterminants de satisfaction. Il est encore important et nécessaire pour la communauté scientifique d'abonder les ressources pour aider à la mise en place de protocoles futurs pour l'évaluation fiable de ces pratiques ostéopathiques.

Une étude américaine rapportait le succès d'une approche novatrice pour le développement d'instrument d'évaluation des MAC basé sur l'expérience. Cette étude expliquait le développement d'un questionnaire de satisfaction étudiant des aspects de la vie avant et après avoir eu recours à une MAC [54]. Il serait intéressant d'en faire une version française validée.

L'ostéopathie est une profession jeune qui manque d'études pour évaluer son efficacité. L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dans un rapport sur l'enseignement de l'ostéopathie en France met en avant que l'adossement de l'enseignement et de la recherche en ostéopathie aux institutions universitaires, aux structures hospitalo-universitaires et à des équipes labélisées de recherche apparaît souhaitable. Cela permettra à la discipline de s'engager dans une démarche d'évaluation de l'efficacité et de l'innocuité de manière rigoureuse. Les praticiens commencent à trouver leur place au sein notamment des hôpitaux où ils pourront mener, grâce au moyen mis à leur disposition, des études plus cadrées [55]. C'est le cas de cette étude qui se déroule au sein de l'hôpital Gustave Roussy à Paris et qui a pour but d'étudier l'efficacité de l'ostéopathie sur les douleurs séquellaires de mélanome, première du genre et qui fonctionne par financement participatif [56].

Les patients souhaitaient voir l'ostéopathie intégrée dans un système de soins labélisé et sécurisé. Le recours aux MAC s'est répandu dans la majorité des pays industrialisés. Des autorités compétentes en matière de veille, d'évaluation et de recherche sur les MAC ont été mises en place dans de nombreux pays. Le département de médecine traditionnelle de l'OMS, le National Council for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) aux Etats-Unis, le Complementary and Natural Healthcare Council (CNHC) au Royaume-Uni en sont des exemples. Ces autorités constituent l'une des preuves de l'intérêt grandissant qu'une telle structure serait indispensable en France où la popularité et l'offre de ces thérapies sont devenues incontestables mais où il n'y a pas d'autorité compétente dispensant l'évaluation de la qualité et de la sécurité de ces soins.

Il est ressorti de façon nette de notre étude que les patients souhaitaient réellement placer le médecin généraliste au cœur de leur parcours de soins ostéopathiques. Pouvoir aborder dans nos consultations la question des MAC est une opportunité de mieux identifier les

besoins de nos patients et de soutenir leur participation active dans leur parcours de soins. Face à leurs attentes, il est indispensable que nous fassions preuve d'ouverture. Dans cette perspective, le concept de médecine intégrative émerge, encouragé par l'OMS. Il s'agit d'associer de manière organisée la médecine conventionnelle et la médecine complémentaire, avec pour objectif d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et l'état de santé des patients [9]. Les informations que le médecin peut transmettre à son patient concernant le recours aux MAC et notamment à l'ostéopathie sont importantes : expliquer les risques et bénéfices des thérapies selon des données scientifiques factuelles, rendre attentif au fait que des manipulations peuvent comporter des risques en soi, vérifier les interactions éventuelles entre l'ostéopathie et la médication conventionnelle, recommander des sites ou réseaux de confiance. Pour toutes ces raisons, il apparaît nécessaire aujourd'hui que le médecin connaisse les données scientifiques sur les MAC.

VI) CONCLUSION

Cette étude visait à recueillir le parcours de soins de patients ayant recouru à l'ostéopathie et à identifier leurs attentes et les déterminants de leur satisfaction. L'analyse des données des 15 entretiens menés a permis l'émergence de nouvelles représentations : l'ostéopathie était définie par les patients en opposition au système de santé classique mais avec un souci d'intégration de l'ostéopathie dans le système de soins conventionnel. Les attentes des patients étaient centrées sur une résolution des symptômes dans un climat de confiance. Ce besoin était résolu et accompagné d'une satisfaction, au-delà de cette résolution, par une prise en charge holistique et un temps important consacré.

La satisfaction ne passant donc pas que par l'amélioration du symptôme, il semble utile d'envisager d'autres instruments d'évaluation de l'efficacité de l'ostéopathie que les échelles fonctionnelles ou d'évaluation de la douleur, intégrant des dimensions plus holistiques et relationnelles. L'accès au sein des hôpitaux accordé de plus en plus aux ostéopathes permettra d'établir de plus nombreuses études. La mise en place d'un système de vigilance de l'ostéopathie, comme dans d'autres pays, pourrait répondre aux attentes des patients en termes de qualité et de sécurité de ces soins non conventionnels, qu'ils considèrent comme partie intégrante du système de santé. Le médecin généraliste gagnerait à étendre son rôle de coordinateurs de soins pour le recours aux soins non conventionnels : il pourrait ainsi garder une vision sans scotome du parcours du patient et accompagner la participation active des patients dans leur parcours, dans une approche globale centrée-patient.

REFERENCES

- [1] Barry C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie, Revue de la littérature médicale scientifique et de la littérature destinée aux professionnels. Inserm U669. 2012 Avr 30 ; 194p.
- [2] Gueguen J, Barry C, Hassler C et al. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose, Revue de la littérature médicale et scientifique et de la littérature destinée aux professionnels. Inserm U669. 2015 Jun ; 213p.
- [3] Javerliat P. Précis de matière ostéopathique. Vannes : édition Sully, 2008 ; 21-143
- [4] Grunwald D. Pratiques médicales non éprouvées Session du Conseil National de l'Ordre des Médecins, 1997 Sept.
- [5] Lazarus A. Médecines complémentaires et alternatives : une concurrence à l'assaut de la médecine des preuves ? Sève. 2007; N°15.
- [6] Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? National Center For Complementary and Alternative Medicine, 2016 Jun.
- [7] Principes méthodologiques pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle, OMS, 2000.
- [8] Lignes directrices pour la recherche clinique concernant l'acupuncture, OMS, 2000.
- [9] Burton F, Farkenber T, Smith M et al. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Genève, Organisation mondiale de la santé. 2014 ; 72p.
- [10] Korthals De Bos I.B. et al. Cost effectiveness of physiotherapy, manual therapy, and general practitioner care for neck pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. British Medical Journal, 2003; 326, pp. 911-6.
- [11] Cinq chiffres pour comprendre les médecines complémentaires et alternatives. Article Santé Le Monde, 2016 Aout 30.
- [12] Mayer-Levy C. Recours aux médecines complémentaires et alternatives parmi les patients de médecine générale à Paris. Th:Med : Paris 5 : 2010 ; 54 p.
- [13] Baudet C. Comprendre l'ostéopathie. Alternative Santé-L'impatient, 1990 ; 150 : 19-26.
- [14] Duraffourg M, Vernerey M. Le Dispositif de formation à l'ostéopathie. Inspection générale des affaires sociales RM2010-030P. Rapport établi en Avr. 2010.
- [15] OMS. Principes directeurs pour la formation en médecine traditionnelle, complémentaire et alternative : ostéopathie. Genève, Organisation Mondiale de la santé. 2010 ; 31p.
- [16] Informations/ Presse- L'ostéopathie dans le monde. Registre des ostéopathes de France. 2015 Jun 16.
- [17] Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie. Ministère de la santé et des solidarités. J.O n° 73 du 27 Mars 2007 ; n°20 : p 56-62.
- [18] Godfrin H. Newsletter N°14 : Démographie 2013 : Où comment sortir son épingle du jeu dans la jungle professionnelle ? Registre des ostéopathes de France. Mérignac, 2013 Jan 16 ; p7.
- [19] Décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie ; Version consolidée au 26 Sept 2014.
- [20] Enquête démographie. Registre des Ostéopathes de France. 2016 Janv ; 7p
- [21] Peris M, Godfrin H. News du jeudi-Dermographie des ostéopathes. Registre des Ostéopathes de France. 2015 Avr 9; 8p.

- [22] Schwerla F, Hass-Degg K and Schwerla B. Evaluation and critical review published in the European literature on osteopathic studies in the clinical field and in the area of fundamental research. *Forschende Komplementarmedizin*, 1999 ; 6(6), 302.
- [23] Bontoux D, Couturier D, Menkes JC. Thérapies complémentaires -acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi- leur place parmi les ressources de soins. Académie de médecine. *Bull Acad Natl Med*, 2013 ;197(3) : 717-57.
- [24] Borges Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *Revue Médicale Assurance Maladie*. 2001 ;32(2) :117-21.
- [25] Aubin-Auger. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*.2008 ;84(19) :142-5.
- [26] Letrillard L. Un glossaire à la recherche qualitative. *Exercer*. 2009 ;87 :74-9.
- [27] : Geesen M. Le recours des patients aux médecines non conventionnelles en région Rhône-Alpes : Etude quantitative descriptive transversale par questionnaire de 373 patients. *Th. Méd. : Lyon 1*, 2011.
- [28] Cathebras P. Le recours aux médecines parallèles observées depuis l'hôpital : banalisation et pragmatisme. In : Benoist J., editor. *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Ed. Karthala, Paris, 1996 ; p.315-330.
- [29] Devaux M. *Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents*, 2007.
- [30] Van Haselen R.A., Reiber U., Nickel I., and al. Providing complementary and alternative medicine in primary care: the primary care workers' perspective. *Complement Ther Med*. 2004 Mar ;12(1) :6-16.
- [31] Richardson J. What patients expect from complementary therapy: a qualitative study. *American Journal of Public Health*. 2004 ;94(6) :1049-53.
- [32] Mitchell A, Cormack M. *The Therapeutic Relationship in Complementary Health Care*. Edinburgh, United Kingdom: Churchill Livingstone, 1998.
- [33] Potter M, Gordon S, Hamer P. The physiotherapy experience in private practice: the patients' perspective. *Australian Journal of Physiotherapy*, 2003; 49: 195–202.
- [34] Verbeek J, Sengers MJ, Riemens S L, and al. Patient expectations of treatment for back pain: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Spine*, 2004; 29: 2309–2318.
- [35] Yardley L, Sharples K, Beech S, and al. Developing a dynamic model of treatment perceptions. *Journal of Health Psychology*, 2001; 6: 269.
- [36] Coulter A. What do patients and the public want from primary care? *British Medical Journal*, 2005; 331: 1199–201.
- [37] Bishop F, Yardley L, Lewith G. A systematic review of beliefs involved in the use of complementary and alternative medicine. *Journal of Health Psychology*, 2007; 12: 851–67.
- [38] Leach CMJ, Cross V, Fawkes C et al. *Investigating Osteopathic Patients' Expectations of Osteopathic Care: The OPEn Project*. Full Research Report. London: GOsC, 2011.
- [39] Bishop FL, Barlow F, Coghlan B, and al. Patients as healthcare consumers in the public and private sectors: a qualitative study of acupuncture in the UK. *BMC Health Services Research*, 2011; 11: 129.
- [40] Dubois T, Berthiller J, Nourry J. *Etude des motifs de consultations en Ostéopathie*. Foreos, 2015.
- [41] Westmoreland JL, Williams NH, Wilkinson C, et al. Should your GP be an osteopath? Patients' views of an osteopathy clinic based in primary care. *Complementary Therapies in Medicine*. 2007 ;15(2):121-7

- [42] Licciardone J, Gamber R, Cardarelli K. Patient satisfaction and clinical outcomes associated with osteopathic manipulative treatment. *Journal of the American Osteopathic Association*, 2002; 102: 13–20.
- [43] Strutt R, Shaw Q, Leach J. Patients' perceptions and satisfaction with treatment in a UK osteopathic training clinic. 2008 Oct ;13(5):456-67.
- [44] Rubinstein S.M., Middelkoop M., Assendelft W.J. & al. Spinal manipulative therapy for chronic low back pain: an update of a Cochrane review. *Spine* 2011 ; 36(13) : 825-846.
- [45] Scaillet N. Approche pluridisciplinaire de la douleur chronique. *Education du patient et enjeux de santé*, 2008 ; 26 (3) : 62-67.
- [46] Bioy A, Fouques D. *Manuel de Psychologie du Soins*. Breal ; 2002.
- [47] Velluet L, Catu-Pinaul A. À propos de l'anxiété et de la dépression en médecine générale.
- [48] Esante.gouv.fr éthique. ASIP santé ; agence française de la santé numérique. Juin 2010.
- [49] Kooreman P., Baars E.W. Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer. *European Journal of Health Economics*, 2012, 13(6), pp. 769-77.
- [50] Graz B, Rodondi PY, Bonvin E. Existe-t-il des données scientifiques sur l'efficacité clinique des médecines complémentaires ? *Forum Med Suisse*. 2011 ; 11(45) :808–13.
- [51] Thiriart F. *Recours aux médecines complémentaires et alternatives en milieu rural lorrain*. Th. Méd : Nancy, 2012.
- [52] : 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 ?* Th. Méd. : Angers, 2014 Oct 14.
- [53] Palazzolo J. L'évolution de la relation médecin malade. *Cerveau et psycho*, N°18. 2014 Mai/Jun. P70-75.
- [54] Ritenbaugh C, Nichter M, Nichet MA and al. Developing a patient-centered outcome measure for Complementary and alternative medicine therapies I: defining content and format. *BMC Complement Altern Med*. 2011 Dec 29 ;11 :135.
- [55] Duraffourg M., Vernerey M. *Le dispositif de formation de l'ostéopathie*. IGAS, 2010 Avr, RM 2010-030.
- [56] Gouaux L., Laurent S. Efficacité d'un traitement ostéopathique de la douleur neuropathique chez des patients opérés pour un mélanome de stade II ou III : essai clinique contrôlé, randomisé, monocentrique (Etude MélanOstéo). 2015 Déc ; version 8.3. 23p.

ANNEXES

Annexe 1 : Affiche explicative mise en place dans les salles d'attentes des ostéopathes

INFORMATION IMPORTANTE

17/10/16

Votre cabinet d'ostéopathie **participe** à une **thèse de médecine générale** qui cherche à mieux comprendre les patients qui consultent un ostéopathe.

Si cela vous intéresse de participer et de donner votre point de vue, une fiche d'information complète est à votre disposition en salle d'attente ou auprès de votre ostéopathe pour faire votre choix.

Votre aide nous est très **précieuse**.

Merci de votre attention et de votre participation.

Une fois la fiche d'information remplie merci de la glisser dans la chemise à votre disposition

Pour toutes informations supplémentaires, n'hésitez pas à demander à votre ostéopathe ou contactez Julie Hartz. (interne de médecine générale) Tél :

Hartz Julie

Annexe 2 : Documents d'information et de consentement pour les patients intéressés.

1) Document information Patient

Fiche d'information :

Madame, Monsieur,

Nous vous sollicitons pour participer à une étude dans le cadre de ma thèse de médecine générale.

Cette thèse cherche à mieux comprendre l'usage de l'ostéopathie par les patients pour aider les médecins à mieux les accompagner dans leurs soins.

Si vous acceptez de participer à ce travail, vous serez dans un premier temps contacté par téléphone pour répondre à quelques questions puis si votre profil correspond vous serez simplement invités à réaliser un entretien de 30 minutes environ. L'entretien aura lieu dans l'endroit de votre choix pour que vous soyez à l'aise.

Lors de cet entretien vous pourrez vous exprimer librement et stopper l'entretien à tout instant si vous le souhaitez. Nos échanges seront ensuite tapés sur l'ordinateur et totalement anonymes. Vous pourrez bien sûr recevoir et lire ce document de notre entretien, qui cherche à être le plus fidèle à vos propos. Je serais aussi heureuse de vous communiquer la présentation de ma thèse une fois finie, si vous le souhaitez.

Si vous ne souhaitez pas participer, cela n'aura aucune conséquence sur le suivi qu'effectue votre ostéopathe et la poursuite de votre prise en charge.

Je vous remercie d'avoir lu cette proposition et j'espère pouvoir vous rencontrer pour découvrir votre propre parcours et vos idées sur le sujet. Je suis à votre disposition si vous avez des questions avant de vous décider.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur en l'expression de mes sentiments dévoués.

Hartz Julie, interne de médecine générale.

« Je soussigné Mme ou Mr.....

Suis d'accord pour être contacté (e) par téléphone et je vous laisse mes coordonnées et horaires préférés pour être appelé (e) :

2) Document de consentement pour les sujets inclus

Fiche de consentement à faire signer le jour J :

Madame, Monsieur,

Vous allez participer à une étude dans le cadre d'une thèse de médecine générale.

Votre parcours et votre expérience sur votre séance d'ostéopathie nous intéresse.

Je vous contacterai par téléphone pour connaître votre profil puis réaliserai un entretien avec vous de 30 min environ. Celui-ci pourra se dérouler dans le lieu de votre choix ; à votre domicile ou ailleurs selon votre convenance.

Je vous contacterai par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous.

Avec votre accord, l'entrevue sera enregistrée mais vos réponses seront totalement anonymes.

Nous sommes tenus au respect du secret professionnel et nous nous engageons à prendre les mesures nécessaires à la conservation de la plus stricte confidentialité.

Vous pourrez vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à fournir de raison ni à subir de préjudice quelconque.

Une fois le travail terminé, et si vous le désirez je vous adresserai les résultats de cette étude.

Si vous voulez des informations complémentaires, vous pouvez me contacter au 06 78 18 38 57.

Je vous remercie sincèrement de votre collaboration. Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de mes sentiments dévoués.

Hartz Julie, interne de médecine générale.

Signature pour accord :

Annexe 3 : Le Guide d'entretien version finale

Thème 1 : Motif principal de consultation chez l'ostéopathe.

Racontez-moi la dernière fois que vous avez vu un ostéopathe ? Ou Pouvez-vous me dire la raison qui vous avait amené à prendre rendez-vous ?

Depuis combien de temps avez-vous ces symptômes ?

Comment procédez- vous habituellement pour ce même motif ? (1ere intention ou pas...)

Thème 2 : Démarche réalisée vers l'ostéopathie.

Comment avez-vous entendu parler de l'ostéopathie ?

Comment avez-vous décidé de choisir l'ostéopathie ? (Représentation ?) Des a priori ?

Comment avez-vous choisi cet ostéopathe ?

Thème 3 : Les Attentes de la séance d'ostéopathie.

Qu'attendiez-vous de votre prise en charge ostéopathique ? (Avant de rentrer dans la salle de consultation de l'ostéopathe)

Que vous êtes-vous dit avant la séance ? Racontez-moi vos attentes.

Comment vous sentiez vous avant la séance ?

Que saviez-vous sur ce qui allait se passer ?

Thème 4 : Retour de séance d'ostéopathie

Comment s'est déroulée votre séance et comment vous êtes-vous senti après la séance ?

Que vous a apporté votre prise en charge ostéopathique ? Qu'en avez-vous pensé ?

Précisément, qu'est-ce qui vous fait dire que vous étiez ou non satisfait ?

Comment vous êtes-vous senti après quelques semaines ou mois ?

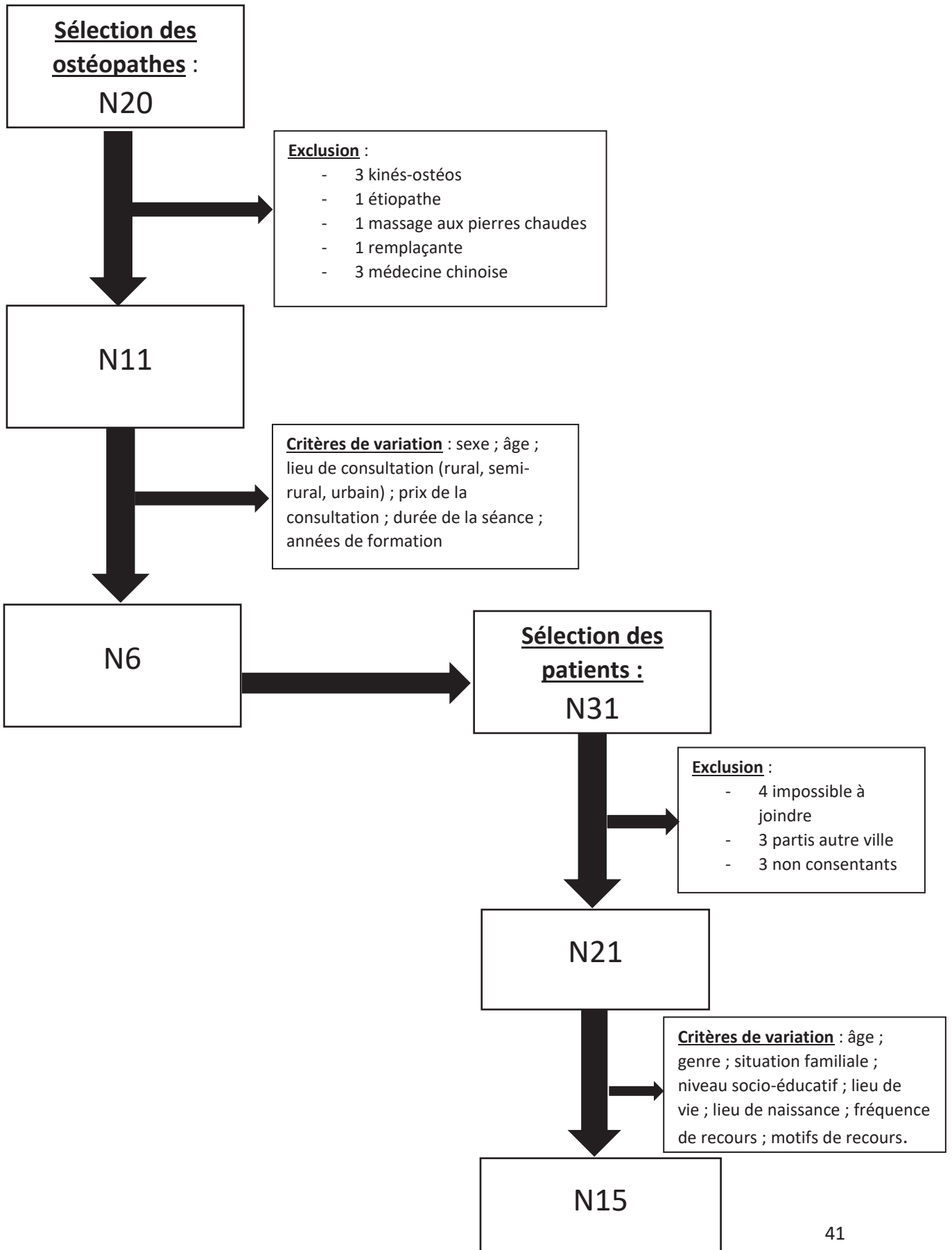
Avez-vous parlé de votre (ou vos) séance(s) à quelqu'un ? Pour en dire quoi ? Relance si besoin : en avez-vous parlé à votre médecin généraliste ?

Que pensez-vous de l'ostéopathie depuis cette séance ?

Connaissez- vous la Formation de votre ostéopathe ?

Annexe 4 : Constitution de l'échantillon

N= Echantillon



Annexe 5 : Tableau des caractéristiques des ostéopathes sélectionnés pour l'étude.

<u>Ostéopathe</u>	<u>Age</u>	<u>Genre</u>	<u>Lieu de consultation</u>	<u>Prix de la consultation</u>	<u>Durée de la consultation</u>	<u>Durée de formation</u>
1.	28	Féminin	Urbain	60 euros	45 min	6 ans
2.	70	Masculin	Rural	60 euros	45 min	Formation continue 10 ans
3.	30	Masculin	Urbain	60 euros	45 min	5 ans
4.	51	Féminin	Urbain	60 euros	1H	5 ans
5.	35	Féminin	Rural	55 euros	45 min	6 ans
6.	42	Masculin	Semi-rural	50 euros	50 min	5 ans

Annexe 6 : Tableau des caractéristiques des 15 patients sélectionnés pour les Entretiens

Entretiens	Age	Genre	Situation familiale	Niveau d'étude	Lieu de vie	Lieu de naissance	Fréquence de recours à l'ostéopathie	Motifs de recours
E1	52	Féminin	Mariée	Secondaire	Rural	France	2/an	Douleurs articulaires, vertiges
E2	70	Féminin	Mariée 2 enfants	Secondaire	Urbain	France	2/an	Articulaires, nerveux
E3	55	Masculin	Marié 4 enfants	Primaire	Rural	France	1/an	Douleur épaule
E4	32	Féminin	Pacsée 2 enfants	Universitaire	Urbain	France	3/an	Rachialgies
E5	28	Féminin	Mariée 1 enfant	Universitaire	Urbain	Australie	3/an	Grossesse et pédiatrie
E6	35	Masculin	Marié	Universitaire	Urbain	France	2/an	Migraines
E7	45	Féminin	Mariée 1 enfant	Secondaire	Semi-rural	France	3/an	Prévention
E8	49	Masculin	Divorcé 3 enfants	Universitaire	Rural	France	2/an	Rachialgies
E9	51	Féminin	Mariée 2 enfants	Universitaire	Rural	France	3/an	Rachialgies
E10	60	Féminin	Célibataire	Secondaire	Urbain	France	2/an	Rachialgies
E11	67	Féminin	Mariée 1 enfant	Universitaire	Urbain	France	3/an	Douleurs articulaires
E12	68	Masculin	Marié 3 enfants	Universitaire	Rural	France	3/an	Rachialgies
E13	63	Masculin	Marié 2 enfants	Universitaire	Semi-rural	France	2/an	Rachialgie et articulaires
E14	40	Masculin	Marié 1 enfant	Universitaire	Urbain	France	2/an	Rachialgies
E15	35	Masculin	Célibataire	Primaire	Urbain	France	3/an	Constipation, rachialgies, prévention

RESUME

CONTEXTE :

Les médecines alternatives et complémentaires (MAC) attirent 39 % des Français chaque année. L'ostéopathie est une des disciplines les plus utilisées : 49 % des Français ont déjà consulté un ostéopathe. En 2015, on comptait 22 318 praticiens ostéopathes en France dont la moitié d'ostéopathes exclusifs. L'ostéopathie est reconnue par l'ordre des médecins et par la loi Kouchner du 4 mars 2002. Les enjeux économiques sont importants. L'Académie de médecine sur les thérapies complémentaires montre que, si les MAC ont leur place dans les ressources de soins, leur évaluation est essentiellement le fait d'essais randomisés de qualité inégale notamment en ostéopathie. On manque de critères pour explorer la qualité et en particulier la satisfaction des patients vis-à-vis de l'ostéopathie, qui est donc à l'aube de son évaluation, confrontée au double problème de la quantité et de la qualité de ses publications.

OBJECTIF :

Explorer et recueillir le parcours de soins ostéopathiques des patients et identifier les déterminants d'attente et de satisfaction des patients afin d'abonder les ressources. L'enjeu de ces données exploratoires est de permettre à terme d'établir des critères de jugements quantitatifs pertinents indispensables pour la robustesse et la significativité clinique d'études futures.

METHODE :

Une étude qualitative exploratoire par entretiens individuels semi structurés a été réalisée auprès de 15 patients ayant recouru à un ostéopathe dans les Alpes- Maritimes en 2016. L'analyse a été menée par théorisation ancrée approchée avec double codage partiel. Le cadre éthique réglementaire a été respecté.

RESULTATS :

Les patients étaient satisfaits de leur prise en charge ostéopathique efficace, rigoureuse et mystique à la fois, qui leur offrait une approche globale et un temps de lâcher prise. Ils attendaient une résolution des symptômes et repartaient avec une amélioration de la qualité de vie. Ils espéraient une meilleure implication de leur généraliste dans le parcours de recours aux MAC et une meilleure articulation avec les soins conventionnels.

CONCLUSION :

Cette étude offre des perspectives de progression en lien avec les attentes des patients : le développement d'instruments adaptés pour l'évaluation de l'ostéopathie, la création d'un système de vigilance des MAC ou encore une meilleure implication du généraliste au cœur des MAC. Des déterminants de la satisfaction des patients recourant à l'ostéopathie ont pu être identifiés et pourront abonder la définition de critères d'évaluation de la pratique ostéopathique.

MOTS CLEFS :

Médecines alternatives et complémentaires, ostéopathie, recherche qualitative, médecine générale, qualité des soins.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.