L'ostéopathie : thérapie complémentaire dans la prise en charge des lombalgies aiguës. Connaissances et intérêt des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône

Ferréole Paule

▶ **To cite this version:**

Ferréole Paule. L'ostéopathie : thérapie complémentaire dans la prise en charge des lombalgies aiguës. Connaissances et intérêt des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02273121

HAL Id: dumas-02273121

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02273121

Submitted on 28 Aug 2019

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.

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

L'ostéopathie : thérapie complémentaire dans Ia prise en charge des lombalgies aiguës. Connaissances et intérêt des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 20 Mai 2019

Par Madame Ferréole PAULE

Née le 6 avril 1989 à Lyon (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur VITON Jean-Michel	**Président**
Monsieur le Professeur BENSOUSSAN Laurent	**Assesseur**
Monsieur le Professeur LE CORROLLER Thomas	**Assesseur**
Madame le Docteur MARTIN-DEVOIR Elisabeth	**Directeur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

L'ostéopathie : thérapie complémentaire dans Ia prise en charge des lombalgies aiguës. Connaissances et intérêt des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 20 Mai 2019

Par Madame Ferréole PAULE

Née le 6 avril 1989 à Lyon (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur VITON Jean-Michel	**Président**
Monsieur le Professeur BENSOUSSAN Laurent	**Assesseur**
Monsieur le Professeur LE CORROLLER Thomas	**Assesseur**
Madame le Docteur MARTIN-DEVOIR Elisabeth	**Directeur**

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Administrateur provisoire: Georges LEONETTI

Affaires Générales : Patrick DESSI
Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- aux Etudes : Jean-Michel VITON
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1er cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2ème cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3eme cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain

MM FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MILLET Yves
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERDAH Stéphane
BERLAND Yvon Surnombre
BERNARD Jean-Paul
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom
BOUBLI Léon
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHARPIN Denis Surnombre
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
CLAVERIE Jean-Michel Surnombre
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DELPERO Jean-Robert
DENIS Danièle
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCES Yves Surnombre
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GORINCOUR Guillaume
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis Disponibilité
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MATONTI Frédéric Disponibilité
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien Disponibilité
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominiq
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RANQUE Stéphane
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE *A MI-TEMPS*

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (disponibilité)
AHERFI Sarah
ANGELAKIS Emmanouil (dispo oct 2018)
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BERBIS Julie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BERTRAND Baptiste
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CHAUDET Hervé
CHRETIEN Anne-Sophie
COZE Carole
CUNY Thomas
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVILLIER Raynier
DUBOURG Grégory
DUFOUR Jean-Charles
EBBO Mikaël
FABRE Alexandre
FAURE Alice
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FROMONOT Julien
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GRISOLI Dominique
GUERIN Carole
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MANCINI Julien
MARY Charles
MASCAUX Céline
MAUES DE PAULA André
MILLION Matthieu
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
OVAERT Caroline
PAULMYER/LACROIX Odile
PESENTI Sébastien
RESSEGUIER Noémie
REY Marc
ROBERT Philippe
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique
SUCHON Pierre
TABOURET Emeline
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE *5302*

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE *4805*

KERBAUL François (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE *5203*

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Justin (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité
REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)
TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)
BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
TOMASINI Pascale (MCU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

A mon jury de thèse

A Monsieur le Professeur Jean-Marie VITON, vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce travail, et je vous en suis grandement reconnaissante. Votre regard de spécialiste dans le domaine de la médecine manuelle ostéopathie m'importe beaucoup, d'autant plus que la médecine du sport fait partie de mes objectifs à court terme, celle-ci à laquelle je vais me consacrer pour compléter ma formation de médecin généraliste.

A Monsieur le Professeur Laurent BENSOUSSAN, merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma plus grande gratitude.

A Monsieur le Professeur Thomas LE CORROLLER, merci d'avoir accepté sans hésitation d'être membre de ce jury, et pour l'intérêt que vous avez porté à mon sujet de thèse. Votre avis sur le sujet m'intéresse. Soyez assuré de ma plus grande gratitude.

A Madame le Docteur Elisabeth MARTIN-DEVOIR, merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse, tu m'as accompagnée dans le long périple débuté il y a plus de deux ans maintenant, tu m'as vu cheminer, me perdre, et refaire surface avec ce travail. Merci pour tes conseils méthodologiques précieux. Merci aussi de m'avoir formée à la médecine générale lors de mon stage, j'ai beaucoup progressé pendant cette période et la bonne ambiance de votre cabinet me permet d'y travailler encore aujourd'hui.

A ma famille, ma vie !

A mes parents, un immense merci pour ce que vous êtes, si chers à mes yeux. Que serai-je sans vous… ?
Vous m'avez tout appris, premièrement les valeurs familiales que nous portons, et qui sont la base de nos liens. Ensuite cette ouverture d'esprit ainsi que la possibilité de nous orienter vers nos rêves, avec Marine et Quentin.
Si j'en suis la aujourd'hui, c'est bien évidemment grâce à vous.
Vous m'avez offert la possibilité de m'épanouir dans ce métier qui est une vie, votre patience, adaptation et surtout votre soutien.
A Maman, ton immense réassurance, ton oreille toujours là pour écouter et ta compréhension dans toutes situations, tu m'aides, et tu un de mes piliers j'aurai toujours besoin de toi.
A Papa, ton enthousiasme et ton énergie que tu m'as transmis m'ont toujours poussé au-delà. Tu es l'autre de mes piliers et j'aurai toujours besoin de toi.

Merci pour votre amour **<3**

A ma grande sœur Marine, même si tu es loin, j'ai souvent besoin de ton avis ! Merci tu es toujours là pour moi. Les kilomètres ne nous défieront jamais grâce à nos liens si forts!
A **Amadou**, beau-frère le plus doux, merci pour tout ce que tu apportes.
A **mes deux petits oursons** d'amour en chocolat * * .

Mon rêve serait de vous avoir tous plus près de moi **<3**

A mon petit frère Quentin, fier de t'avoir, la vie avance trop vite pour avoir assez le temps de profiter ensemble ! Merci pour tes idées et conseils sur mes projets qui sortent de ton domaine, tu m'apportes de la fraîcheur et je sais que je peux compter sur toi +++

Encore tellement de choses à vivre ensemble j'espère **<3**

A mes Grands-Parents, Mamie, Grand-Pierre et Mamine, si chers à mes yeux ; dans mon cœur et les étoiles **<3** pour avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui… Toujours suivre sa pente, pourvu qu'elle monte /

A ma Tante Catherine, c'est toi qui m'as guidée depuis le début à travers ce travail, principale actrice et fédératrice, merci pour ton ouverture d'esprit et ta réflexion toujours plus poussée. Nous avons la même notion du soin et je suis heureuse de pouvoir trouver en toi une oreille si à l'écoute. MERCI

A mes amis, mon énergie

De lyon, mon enfance,
A Marie, ma colloc et amie, ta spontanéité dont je suis tellement fan.
A Nastasia, même si tu es loin, tu es dans mon cœur, j'aimerai que l'on se voit plus
A Benoît, liés par nos familles, j'aimerai que l'on se voit encore plus CRANCHEMENT ;)!
A Elo et Antoine bien sûr depuis 20 ans maintenant, faut broyer le mortier !
A Aurélia et Antoine nous sommes toujours liés, c'est trop génial !
A Marguerite, fleur bretonne, j'attends ta visite !

De la fac,
A ma Caro mon alter-égo, merci pour ce que tu es, **Méla** et **Fanette**, mes meilleures amies et liens tissés à la fac de Médecine, j'espère que nous serons toujours ce que nous sommes.
A Sulian et Marion, je vous aime tant, passer des moments avec vous sont toujours un bonheur.
A mon Guitoune, mon ami à qui je tiens, même si tu es loin maintenant, ça ne change rien, juste la fête un peu moins folle^^ !
A Marion, ma chatounette ravie que tu sois rentrée !
A Thomas et Julie, vous êtes de vrais amis, ne changez rien Messiiirs - et thè.
A Leo, je suis tjs pas une maman relou, et toi papa relou :p ??
A Florian, mon allié en P2, VP ménage ;)

De Marseille,
A Débo, Gramboussssaaaaaa ! Que d'aventures encore à vivre ensemble ! Heureusement que tu es la pour moi, je le serai tjs moi aussi, merci ! <3
A ma Dona, ma blondi chérie, ma colloque, mon amie depuis tjs j'ai l'impression, heureuse de t'avoir, jamais la flemme avec toi <3
A Laure,mon minimoi à moi, ma co-trailleuse :p on partage plein de choses,et encore plein demain <3
A mon Vinet, si volatile que tu es, on se fend bien la poèèère et tu es un ami cher
A Julianne, ma petite fée des îles, belle rencontre ! à suivre encore loin d'ici <3
A Gildas, co-interne, voisin de chambre, et ami, merci d'être comme tu es !
A Audrey Dédoune (Fuck love), trop chouette rencontre, je t'adore, et A **Laura et Clem** les mamans bisounours !
A Aurélie et Aurélie que j'adore aussi
A Marine, belle découverte au travail, j'aime les moments passés ensemble, ma future consœur merci !

Et les autres de toute la France et au-delà des frontières qui ont compté pour moi et compterons encore bcp * * * *

A Romain, ma plus belle rencontre **<3** Merci
Tu as été la en première ligne pour ce travail, m'écoutant, me conseillant, merci pour ton regard extérieur et tout ce que tu m'apportes tous les jours

Sommaire

1. Introduction 2

2. Matériel et méthode 6

2.1. Objectif de l'étude 6

2.2. Type d'étude 6

2.3. Population d'étude 6

2.4. Questionnaire 7

2.5. Recueil des données et durée 8

2.6. Méthode d'analyse statistique des données 9

3. Résultats 10

3.1. Population d'étude et profil professionnel 10

3.2. Rapport à la pratique « ostéopathie » 11

3.3. Motifs 12

3.3.1. Motifs pour l'orientation des patients 12

3.3.2. Motifs personnels de consultations des médecins 12

3.4. Causalité vie privée / pratique professionnelle 13

3.4.1. Les médecins consultent des ostéopathes 13

3.4.2. Les médecins envoient leurs patients vers des ostéopathes 14

3.4.3. Lien de causalité entre consultation et orientation 15

3.5. Connaissances 16

3.6. Définition personnelle 17

3.7. Avis des médecins sur le critère de jugement principal 18

3.8. Ressenti et souhait 19

4. Discussion 20

4.1. Résultats principaux 20

4.1.1. Taux de participation 20

4.1.2. Objectifs et points forts 21

4.2. Interprétation des résultats 22

4.2.1. Intérêt porté à l'ostéopathie 22

4.2.2. Manque de preuves scientifiques 23

4.2.3. Risques liés à cette pratique 25

4.2.4. Lien consultation / orientation 26

4.2.5. Patients informés 28

4.2.6. Souhait de formation et d'information 28

4.2.7. Evolution des pratiques et terminologie 30

4.3. Limites de l'étude 31

5. Conclusion 32

6. Bibliographie 33

7. Annexes 37

1. Introduction

La lombalgie aiguë commune représente le 4ème motif de consultation en médecine générale libérale selon la SFMG (1).

Elle se définit par : une douleur ou inconfort localisé sous la 12^{e} vertèbre dorsale et au-dessus du pli inter-fessier, avec irradiation possible au membre inférieur, mais ne dépassant pas le genou (2).

C'est un problème de santé publique rencontré très fréquemment chez le médecin généraliste (3), soit plus de 2/3 de la population toutes catégories confondues ont eu, ou auront une lombalgie dans leur vie (4).

Un article publié dans la revue de médecine libérale EXERCER en Mars 2018 indique que l'ostéopathie fait partie des prises en charge non médicamenteuses de première intention dans la lombalgie aiguë, même si son efficacité n'a pas été prouvée, son innocuité est mise en avant (5)(6).

C'est alors sur la base de cette information qu'un travail de mémoire a été fait récemment, évaluant les connaissances et l'intérêt porté à l'ostéopathie dans les lombalgies aiguës, par les internes de médecine générale (IMG) des Bouches-du-Rhône.

Ce thème nous paraissant intéressant à approfondir, nous nous sommes lancé dans un travail de thèse qui évaluerait cette fois les médecins thésés, sur la question: « L'ostéopathie: thérapie complémentaire dans la prise en charge des lombalgies aiguës. Connaissances et intérêt des médecins généralistes».

La douleur est définie par l'OMS comme étant « une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes »(7).

Cette sensation complexe est subjective et dépend du ressenti du patient, de sa tolérance personnelle, des facteurs environnementaux (conditionnement à un instant T), et psychologiques.

Le but premier du médecin étant de la soulager, il a à sa disposition une liste de médicaments composée d'antalgiques, d'anti-inflammatoires et de myorelaxants. Ces traitements font partie des recommandations (8) mais ne sont pas adaptés à toutes situations (9) ni dénués d'effets secondaires. Le ressenti du patient grâce aux échelles officielles (EVA) reste le meilleur témoin de l'effet de ces traitements.

Actuellement, nous nous voyons confrontés de plus en plus au contexte de méfiance des

patients face aux thérapeutiques médicamenteuses, qui les poussent à la recherche d'alternatives quand le résultat attendu n'est pas celui recherché (10).
La « médecine allopathique » selon la définition littéraire du Larousse, est le mode habituel de traitement médical qui combat la maladie en utilisant des médicaments qui ont un effet opposé aux phénomènes pathologiques.
La médecine « basée sur les preuves » ou « EBM » (processus systématique de recherche, d'évaluation et d'utilisation des résultats contemporains de la recherche pour prendre des décisions cliniques) côtoie aujourd'hui les techniques dites « alternatives » via les traitements médicamenteux cités dans les recommandations par l'HAS.
En France, l'Académie Nationale de Médecine (ANM) classe l'ostéopathie au rang de « thérapie complémentaire » selon son rapport écrit en 2013 par son secrétaire et médecin, le Pr Daniel Couturier (11).
C'est ce terme qui sera alors utilisé dans cette étude pour la définir.

Selon la WONCA (12) le médecin généraliste doit fonder ses choix sur l'intérêt du patient mais aussi sur la gestion pertinente des ressources de soins en respectant la marguerite des compétences et la déontologie médicale (13)(14).
Son objectif premier est de se placer au centre des souhaits du patient, de la science médicale et de ses connaissances, tout en restant en accord avec son éthique pour une consultation réussie. L'accès facile aux informations grâce à internet, rend notre travail d'autant plus pointu aujourd'hui car les patients se disent au courant.
En effet, le « patient informé » est celui qui se présente chez son médecin en ayant déjà une idée du diagnostic, de l'étiologie, et du traitement nécessaire grâce à ses recherches. Le médecin semble perdre sa place de conseillé unique, et la communication médecin-patient peut être affectée et ainsi déboucher sur des difficultés (15).
Cette évolution est compréhensible dans un contexte culturel marqué par le souci du corps et la responsabilité individuelle à l'égard de la santé (16).

C'est dans ce même contexte, que les patients consultent souvent spontanément les ostéopathes, sans avis médical.
L'ostéopathie est officiellement une pratique encadrée et autorisée en France depuis la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
L'usage professionnel du titre est ainsi encadré strictement depuis 2002 et partagé entre les professionnels de santé et les ostéopathes exclusifs.
Elle est encadrée par le décret de 2007 définissant le champ de compétences des ostéopathes et en précisant notamment les « actes autorisés »(17)(18).

Elle est pratiquée par différents praticiens en France :
- les ostéopathes dits « exclusifs » qui sont formés en 4860 heures soit 5 ans (voire 6) post-bac au sein d'écoles, conventionnées (31 agréées aujourd'hui). Le nouveau décret n°2014-1505 du 12 décembre 2014 est venu réformer durcir les conditions de formation du métier d'Ostéopathe, visant une homogénéisation de la formation en rajoutant 1 année au cursus aux ostéopathes stricts avec 436H d'enseignement au total et 300h de formation pratique (150 consultations validées). L'agrément d'un établissement à la convention dure 5 ans et doit faire l'objet d'une demande de renouvellement auprès du ministère de la santé (19) (20).
- Les médecins ostéopathes le deviennent grâce à une formation annexe de 800 heures via le DIU de Médecine manuelle - ostéopathie (MMO) organisée par Paris-Descartes conjointement à plusieurs villes, dont Marseille (21).
- Les masseurs-kinésithérapeutes ostéopathes qui acquièrent ce titre après une formation (continue ou bien après leur diplôme) de 1900 heures, peuvent exercer l'ostéopathie de manière complémentaire ou exclusive (22).
Car le diplôme est officiellement reconnu au niveau 1 par le Ministère du Travail (23). Les médecins et kinésithérapeutes sont reconnus comme « professionnels de santé ». Selon le Code de la santé publique (CSP), les professions de la santé se décomposent en plusieurs catégories (les professions médicales, de la pharmacie, et d'auxiliaires médicaux)(24)
Par ailleurs, parmi les professionnels de santé, sept sont regroupés au sein d'un ordre professionnel auquel ils appartiennent.
Ceci contrairement aux ostéopathes exclusifs qui eux, n'ont pas ce statut.

Concernant les lombalgies aigues, certains patients souhaitent se tourner vers l'ostéopathie après un échec de traitement médicamenteux ou initialement.
Certains médecins sauront répondre à la demande. Mais pour d'autres, cette situation peut être vécue comme gênante ou complexe s'ils maîtrisent mal les éléments pour informer correctement le patient du fait que les lombalgies aiguës communes restent une pathologie difficile à soulager, les symptômes persistant parfois plusieurs semaines malgré les ressources médicamenteuses nombreuses. Les manipulations vertébrales et méthodes manuelles font partie des prises en charge non médicamenteuses possibles aujourd'hui (5). Mais la formation initiale des médecins n'est pas spécialisée dans ce type de pratique, les connaissances peuvent manquer.
De plus les différences de concept et de langage entre les deux professions peuvent induire des difficultés de dialogue entre médecin et patients (adeptes ou non de l'ostéopathie), c'est ce que révèle une autre étude parue dans la revue Exercer 2018 (15).

Des données récentes de notre travail de mémoire (26), apporte des résultats positifs obtenus auprès des internes des Bouches-du-Rhône, aussi bien dans la perception qu'ils ont de cette pratique, la reconnaissance de l'ostéopathie, que dans leur souhait de compléter leurs connaissances à ce propos.
Nous allons nous intéresser à cette même question, appliquée aux médecins généralistes thésés pratiquant dans les Bouches-du-Rhône afin d'en faire ressortir leur point de vue et d'en analyser les résultats.

L'objectif de ce travail sera de faire un état des lieux concernant les connaissances et l'intérêt que portent les médecins sur les motifs d'orientation et le recours à l'ostéopathie pour les lombalgies aiguës communes, et de réfléchir à une amélioration dans la formation médicale.

2. Matériel et méthode

2.1. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette thèse est de faire un état des lieux des connaissances et de l'intérêt que portent les médecins généralistes pratiquant en libéral, sur les motifs d'orientations vers l'ostéopathie pour les lombalgies aiguës communes.
L'objectif secondaire est d'évaluer les difficultés rencontrées face aux demandes des patients, et leur souhait d'information.

2.2. Type d'étude

Cette étude épidémiologique, descriptive et transversale, portait sur un échantillon de médecins généralistes des Bouches-du-Rhône.
Elle a été réalisée sur une période de 3 mois, de Décembre 2018 à Février 2019.

2.3. Population d'étude

La population à laquelle s'intéressait l'étude était des médecins généralistes pratiquant dans les Bouches-du-Rhône.

Les critères d'inclusion étaient :
- être médecin généraliste thésé soit Docteur en médecine: avoir validé les 3 ans d'internat de médecine générale.
-pratiquer dans les Bouches-du-Rhône.
-avoir une adresse mail valide

Les critères d'exclusion étaient :
-médecin non thésé
-médecin pratiquant hors Bouches-du-Rhône
-médecin thésé d'une autre spécialité que la médecine générale

2.4. Questionnaire

Le questionnaire a été réalisé à partir d'un premier questionnaire écrit pour notre travail de mémoire. Celui-ci a été modifié et adapté aux objectifs ainsi qu'aux résultats obtenus en vue de ce travail de thèse.
Certaines questions sont similaires afin de pouvoir en comparer les résultats, d'autres sont singulières permettant d'étudier de nouvelles problématiques soulevées grâce à ce premier travail.
La faisabilité du questionnaire a été testée préalablement auprès de médecins encadrants.
Ce questionnaire a été confectionné grâce au logiciel de sondage gratuit : EvalAndGo..
La nécessité d'un nombre de questions restreint était importante pour augmenter la pertinence des réponses.
Les réponses étaient strictement anonymes.

Le questionnaire était un auto-questionnaire composé de 19 questions :
-15 questions fermées
-6 questions à réponse unique
-9 questions à réponses multiples
-2 questions personnalisables orientées
-2 questions texte ouvertes
-1 question curseur
-1 question finale d'évaluation

Quelques questions initiales permettaient de situer les médecins dans leur cursus et leur type d'activité.
Les quatre questions suivantes permettaient de les situer vis-à-vis de la pratique « ostéopathie ». Parmi ces questions, une auto-évaluation était demandée aux médecins.
Les quatre questions suivantes interrogeaient les médecins sur leur pratique médicale personnelle et en consultation permettant d'établir ou non une relation de causalité entre l'affinité pour une pratique et la prescription.
Les six questions suivantes permettaient une auto-évaluation des connaissances et de l'avis des médecins vis-à-vis du mode de prise en charge « ostéopathie ».
Parmi celles-ci, une souhaitait évaluer objectivement ce que leur évoque immédiatement cette technique grâce à trois mots à écrire librement dans des cases prévues à cet effet.
Les dernières questions portaient sur le souhait d'information des médecins.

2.5. Recueil des données et durée

Tous les médecins remplissaient un même questionnaire grâce au logiciel EvalAndGo en cliquant directement sur le lien qui ouvrait la page web.
La diffusion du questionnaire a été faite de différentes manières :

- diffusion d'un message sur le groupe Face Book: « Remplacements/ collaborations/ cessions médecins paca », « Internes MG Marseille », et « Médecine Générale SAIHM », avec lien informatique conduisant au questionnaire numérique. Ce lien précisait bien que les médecins devaient pratiquer dans les Bouches-du-Rhône afin qu'il n'y ai pas de biais dans les résultats.
- diffusion par bouche-à-oreille d'un mail auprès de mes contacts personnels de médecins généralistes thésés dans les Bouches-du-Rhône.
- récupération de mailings listes de médecins généralistes par bouche à oreille avec mail explicatif de mon travail.
- dépôt de mon étude sur le site du Conseil Départemental des Bouches-du-Rhône de l'Ordre des Médecins dans la rubrique « sondage ».
- relances à plusieurs reprises par mail et sur les réseaux sociaux pour solliciter les médecins à leur participation (à quatre reprises pour chaque).

Le recueil des données était fait grâce aux fonctions gratuites du logiciel sur un ordinateur personnel.
La protection des données était assurée par le logiciel selon leur politique de confidentialité Le recueil a été fait sur une durée de 3 mois de décembre 2018 à Février 2019.
Le temps moyen pris pour remplir ce questionnaire était de moins de 9 minutes.

2.6. Méthode d'analyse statistique des données

Le recueil de données était réalisé grâce à la fonction « résultats » du logiciel EvalAndGo après anonymisation pour permettre l'analyse statistique des résultats.
Un rapport d'analyse automatique est réalisé suite au recueil des données et récupérable gratuitement sur le site du logiciel.
Celui-ci contient des chiffres, des tableaux et des graphiques en couleur.
Les résultats sont présentés sous forme de pourcentages pour chacune des questions.
Nous avons utilisé le logiciel BiostatTGV disponible sur Internet et nous avons eu recours au test du Chi2 afin de comparer 2 variables entre elles (l'intervalle de confiance à 5% définissant une différence statistiquement significative pour une p-value < 0,05).
Lorsque les conditions du test n'étaient pas respectées, un test exact de Fisher était utilisé.

3. Résultats

Après diffusion du questionnaire: au total 87 médecins ont débuté le questionnaire. 82 ont été remplis entièrement par des médecins.
Donc 5 réponses incomplètes sont considérées comme perdues de vue et ne peuvent être exploitées.
Pour un total de 620 mails envoyés directement aux médecins généralistes cela correspond à un taux de participation de 13,2%.

3.1. Population d'étude et profil professionnel

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude

Variables	Effectif de médecins (n=82)	Taux (%)
Thèse		
<5 ans	43	52,4
entre 5 et 10 ans	13	15,9
>10 ans	26	31,7
Situation professionnelle		
Installé	40	48,8
Remplaçant	26	31,7
Cabinet de groupe	44	53,7
Cabinet seul	8	9,8
Diplôme MMO		
Oui	10	12,2
Non	72	87,8

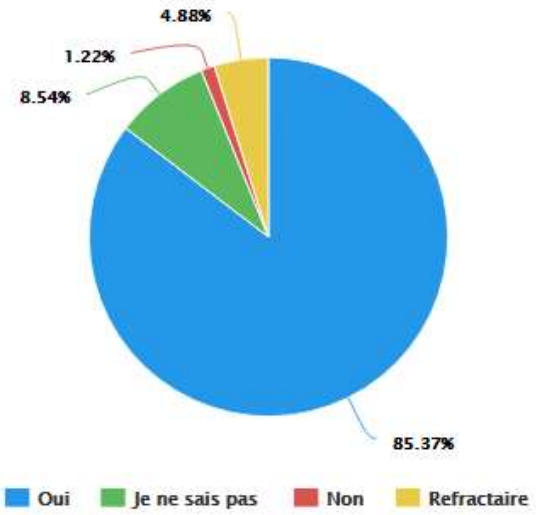
En effet, 52% des médecins ont passé leur thèse depuis moins de cinq ans.
32% des médecins pratiquent en tant que médecins thésés depuis plus de dix ans.
16% ont entre 5 et 10 ans de pratique en tant que docteurs en médecine.

49% d'entre eux sont installés et 32% ont une activité de médecin remplaçant.

Parmi ces deux modes d'activité, 54% travaillent en cabinet de groupe et 10% seuls.
Parmi le 82 médecins interrogés, 12% sont en possession du DU médecine manuelle/ostéopathie (MMO) au titre de « médecins ostéopathes ».
Le reste des 88% n'ont pas de diplôme de ce type et pratiquent en tant que médecins généralistes.

3.2. Rapport à la pratique « ostéopathie »

Graphique 1: Soutenez-vous l'ostéopathie ?



85% des médecins soutiennent la pratique de l'ostéopathie (toutes confondues). 1,2% ne soutiennent pas et 5% sont réfractaires. 8% n'ont pas d'avis sur la question.
Si l'on remplaçait les réponses différentes de « soutient », par « ne soutient pas », on obtiendrait les résultats suivant : 85,4% soutiennent et 14,6% des médecins ne soutiendraient pas la pratique de l'ostéopathie.
82,9% soit 68 médecins, ont déjà été sollicités sur le sujet « ostéopathie » par les patients, 17% soit 14 médecins, ne l'ont jamais été.

3.3. Motifs

3.3.1. Motifs pour l'orientation des patients

Les médecins généralistes envoient leurs patients vers une pratique ostéopathique pour des douleurs ostéo-articulaires aiguës (ex : lombaires) principalement, troubles digestifs dans un deuxième temps et motifs autres ensuite.

Tableau 1bis : Motifs d'orientation des patients vers un ostéopathe

Motifs	Médecins (%)
Douleurs ostéo-articulaires aiguës	86,6
Troubles digestifs	20,7
Troubles psychologiques	7,3
Autres	24,4

3.3.2. Motifs personnels de consultations des médecins

Un codage des réponses a permis de définir différents thèmes pour les motifs personnels justifiant le fait que les médecins consultent chez un ostéopathe (tout confondus) et sont présentés sous forme d'un tableau (ci-dessous).

Nous pouvons séparer les réponses en deux catégories: les douleurs et leurs convictions/point de vue quant à la pratique (28%).
36,5% des médecins rapportent consulter principalement pour rachialgies; et 14,6% pour douleurs articulaires non précisées.
15,8% consultent pour l'efficacité de la pratique. 12,1% sont intéressés par l'approche complémentaire de l'ostéopathie.
Presque 5% des médecins ne soutenant pas l'ostéopathie ont tout de même répondu à cette question.

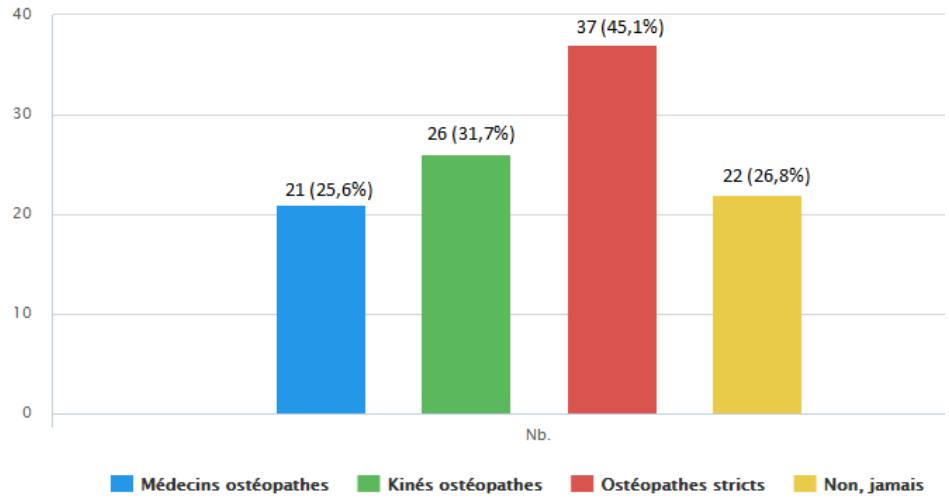
Tableau 2: Médecins consultant chez un ostéopathe

Motif pour les médecins	Effectif de médecins (n= 82)	Taux (%)
Rachialgies	30	36,5%
Douleurs articulaires	12	14,6%
Douleurs du sportif	6	7,3%
Scapulalgie	4	4,8%
Post-partum / grossesse	3	3,6%
Efficacité	13	15,8%
Complémentaire / alternatif	10	12,1%
Douteux / inefficace	4	4,8%

3.4. Causalité vie privée / pratique professionnelle

3.4.1. Les médecins consultent des ostéopathes

Graphique 2: Concernant les médecins



=> 66,6% des médecins interrogés consultent eux-mêmes un ostéopathe ou ont déjà consultés, parmi ceux-ci :

45,1% consultent des ostéopathes strictes, 31,7% des kinés ostéopathes, 25,6% des médecins ostéopathes

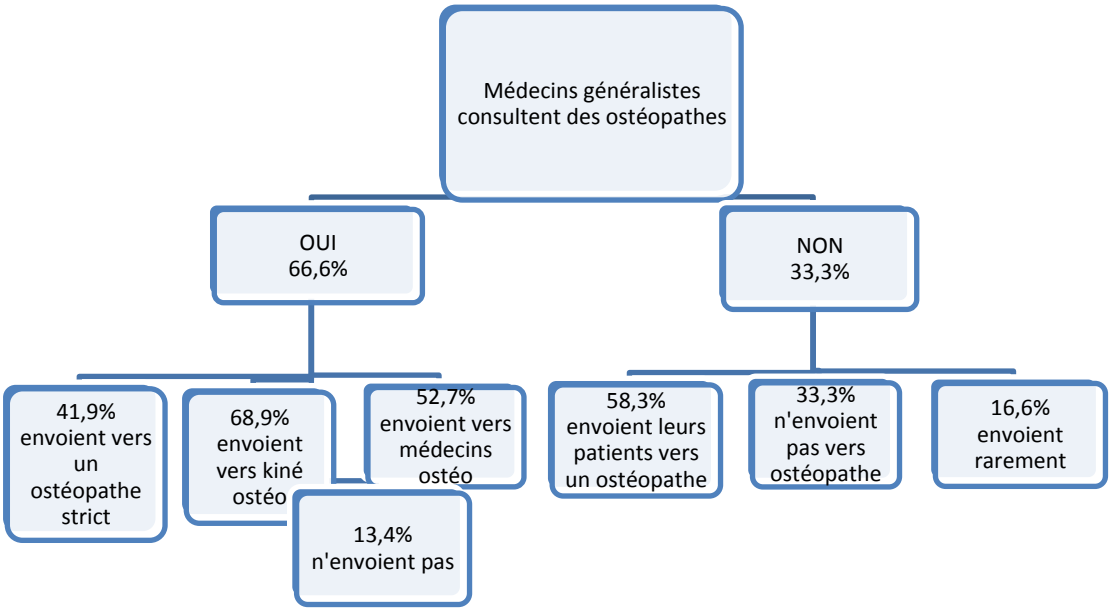
Certains médecins ont répondu consulter plusieurs « types » d'ostéopathes dans cette questions.

3.4.2. Les médecins envoient leurs patients vers des ostéopathes

Parmi ces médecins qui consultent, 74,6% d'entre eux envoient leur propres patients consulter un ostéopathe, 13,43% ne les envoient pas, 11,9% le font rarement.

Ils les envoient pour 68,9% chez des kinés ostéopathes, 52,7% chez des médecins ostéopathes et 41,9% vers des ostéopathes ni/ni.

Organigramme 1: Orientation des patients vers un ostéopathe



=> 33,3% des médecins interrogés n'ont jamais consulté d'ostéopathes.

Parmi eux, 58,3% envoient leurs patients auprès d'ostéopathes, 33,3% n'en envoient pas et 16,6% le font rarement.

3.4.3. Lien de causalité entre consultation et orientation

Nous avons mesuré l'incidence qu'à le fait que les médecins consultent eux-mêmes un ostéopathe, sur leur manière d'orienter leur propres patients vers ceux-ci: y-avait-il une relation de causalité entre les médecins consultant eux-mêmes des ostéopathes (tous confondu) et ceux ne consultant pas, vis à vis de leur orientation des patients vers des ostéopathes ?

Tableau 3 : Lien entre consultation et orientation

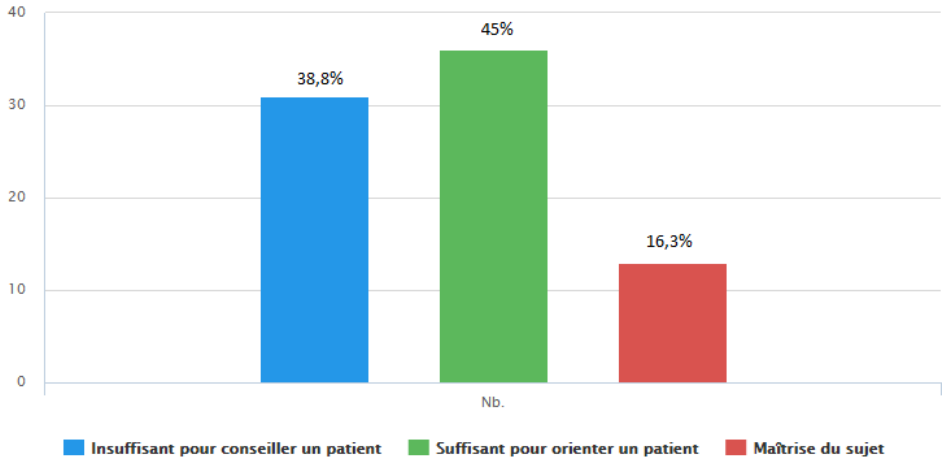
Ostéopathie / Médecins % (n)	**Médecins consultant des ostéopathes**	**Médecins ne consultent pas d'ostéopathes**
Oui, oriente vers un ostéo	74,6 (50)	58,3 (14)
Non, n'oriente pas vers un ostéo	13,43 (9)	33,3 (8)

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les médecins consultant eux-mêmes des ostéopathes et ceux n'en consultant pas (*p-value > 0,05*) mais la tendance observée montre que les médecins qui consultent eux-mêmes des ostéopathes (66,6%) orientaient plus de patients (74,8% versus 58,3%) auprès d'ostéopathes (RR=1,331) que ceux n'en consultant pas (33,3%), (p = 0,0628).

De même que l'évènement « orienter un patient vers un ostéopathe » n'est pas statistiquement plus fréquent lorsqu'un médecin consulte lui-même, ou a déjà consulté lui-même un ostéopathe OR = 3,1221 IC 95% [0,8 ; 11, 1672] mais tend vers cette affirmation (Test de Fisher: Annexe 1).

3.5. Connaissances

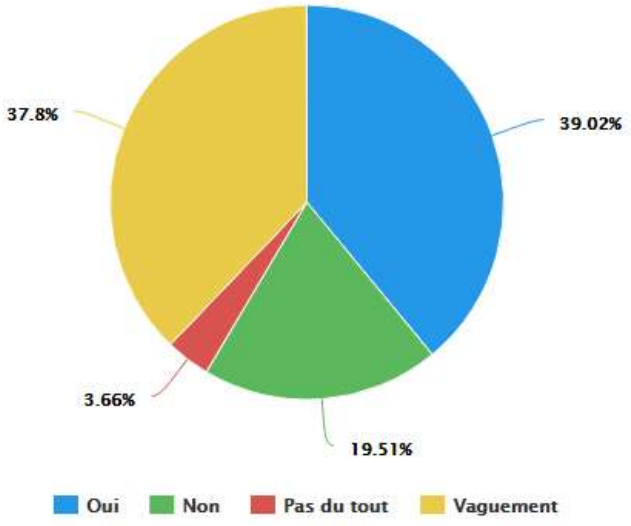
Graphique 3: Connaissances des médecins en ostéopathie



L'ostéopathie est une pratique particulière. Certains connaissent bien, d'autres maîtrisent ou ignorent.

Dans notre population de médecins généralistes, 45% d'entre eux ont des connaissances suffisantes pour orienter un patient. 38,8% insuffisantes pour conseiller un patient et 16,3% disent maîtriser le sujet.

Graphique 4: Connaissances de la prise en charge ostéopathique pour les lombalgies aiguës



Concernant cette fois la lombalgie aiguë et la prise en charge ostéopathique de ce symptôme, 39% connaissent bien et maîtrisent la prise en charge ostéopathique pour les lombalgies aiguës, 37% considèrent connaitre vaguement, 23% ne connaissent pas ni ne maîtrisent.

3.6. Définition personnelle

Dans le libre choix d'une définition de l'ostéopathie en trois mots (concernant les kinés, les médecins et les ostéopathes strictes tous confondus), cinq thèmes étaient mis en évidence dans l'esprit des médecins après codage de leurs réponses:

-les aspects positifs / bien-être (antalgie, soins, …)

-l'aspect complémentaire / alternatif de l'ostéopathie

-l'aspect manuel de cette pratique

-les aspects négatifs (manque de preuve, risque mécanique, …)

-l'aspect mécanique / ostéo-articulaire

En détaillant, pour le premier mot rapporté, l'aspect positif de la pratique se discernait avec 37,5% des mots codant pour ce registre; puis l'aspect alternatif et complémentaire (22,2%) suivi par le côté manuel de cette pratique (16,6%) et enfin le côté négatif et douteux pour 13,8%.

Les résultats pour la deuxième proposition, les proportions pour chaque thème étaient quasiment identiques.

Pour le dernier et troisième mot inscrit, l'aspect négatif et douteux apparaissait être en deuxième position avec 23,6% des médecins faisant ressortir cet aspect.

Tableau 4: Thèmes abordés spontanément pour la définition de l'ostéopathie

Définition	Total n= 246	Choix 1 n=72	Choix 2 n=78	Choix 3 n=76
Positif / bien-être	88 **(35,7%)**	27 (37,5%)	27 (34,6%)	34 (44,7%)
Alternatif / complémentaire	37 (**15%)**	16 (22,2%)	16 (20,5%)	5 (6,5%)
Négatif / douteux	37 (**15%)**	10 (13,8%)	9 (11,5%)	18 (23,6%)
Manuel / toucher	32 (13%)	12 (16,6%)	12 (15,3%)	8 (10,5%)
Mécanique / ostéo-articulaire	32 (13%)	7 (9,7%)	14 (17,9%)	11 (14,4%)

Pour résumer, les trois notions mises en avant spontanément dans l'esprit des médecins généralistes lorsqu' on les interrogeait sont l'aspect « positif corrélé au bien-être» (35,7%) puis l'aspect « négatif ou douteux » ainsi que l'aspect « alternatif et complémentaire de cette prise en charge.

Ces deux dernières notions avaient des proportions identiques (15%).

Enfin, le coté manuel / toucher et mécanique / ostéo-articulaire en dernier choix.

3.7. Avis des médecins sur le critère de jugement principal

Pour compléter ces résultats, l'avis des médecins sur l'effet de l'ostéopathie dans les lombalgies aiguës était important afin d'évaluer le critère de jugement principal de cette étude.
79,3% pensaient que l'efficacité de cette technique est obtenue par effet propre, 4,9% par effet placebo.
9,8% pensaient qu'il n'y a pas de preuves scientifiques de son efficacité.
4,9% trouvaient que le langage utilisé pour la décrire est ésotérique.
1,2% pensaient que c'est une pratique dangereuse.
Aucun des médecins ne la pensaient inefficace.

Si l'on regroupait les adjectifs positifs entre eux et négatifs entre eux : 79,3% la pensaient efficace et 15,7% la critiquaient.

.

Tableau 5: Avis sur l'ostéopathie et les lombalgies

Avis sur l'ostéopathie	Effectif de médecins (n= 82)	Taux (%)
Efficace par effet propre	65	79,2
Efficace par effet placebo	4	4,9
Inefficace	0	0
Pas de preuve scientifique de son efficacité	8	9,8
Dangereux	1	1,2
Langage ésotérique	4	4,9

3.8. Ressenti et souhait

Pour répondre à notre objectif secondaire, il était pertinent d'étudier le ressenti des médecins face aux patients en demande de soins ostéopathiques.
40,2% des médecins généralistes se trouvent *parfois* pris au dépourvu face à cette demande, 6,1% *fréquemment*.
53,6% des médecins ne se sont *jamais* retrouvés dans cette situation.

Quant au souhait d'information ou de formation sur les indications d'orientation vers une prise en charge ostéopathique dans le cadre des lombalgies aiguës, 73,1% ont répondu qu'ils souhaitent l'être, 13,4% le souhaitent moyennement, 13,4% ne souhaitent pas être informés.

Parmi les questions, une était ouverte: le médecin devait justifier son souhait ou non, d'information par un argument simple. Ceci a permis de faire une analyse thématique. Les thèmes mis en avant par les médecins étaient:
-Savoir mieux orienter grâce à une maîtrise meilleure des connaissances (49,4%)
-l'envie d'améliorer la globalité de leur soin (25,9%)
-enfin, l'idée d'avoir dans son panel de traitements, une alternative facile à la médecine allopathique (14,2%)
-10,3% étaient gênés par une absence de preuves scientifiques.

(Voir tableau Annexe 4)

4. Discussion

A ce jour, il existe peu de publications et nous n'avons alors que peu d'éléments de comparaison mais nous verrons qu'ils ne sont tout de même pas négligeables et participent à la base de la discussion. Mais d'autres travaux ont déjà été réalisés et permettent de comparer les résultats (25). Ce travail permet surtout d'ajouter des données au sujet.

4.1. Résultats principaux

4.1.1. Taux de participation

Le taux de participation à cette étude était de 13,2%.

Ce taux de réponse a été obtenu par la rapidité et la facilité de remplissage du questionnaire électronique (peu de question, questions brèves, une majorité de questions fermées, des cases à cocher), son anonymat (permettant d'éviter la peur d'un jugement de valeur des médecins répondeurs) ainsi que quatre relances auprès des médecins.

Cependant, ce taux de participation relativement faible malgré cela, peut traduire le désintérêt d'une majorité pour le sujet et ainsi répondre en partie à notre objectif principal (biais de sélection), ou seulement insister sur le fait que les médecins connaissent trop peu pour vouloir donner leur avis et auraient refusé d'y participer. Ce taux était légèrement plus élevé que pour le travail réalisé auprès des internes mais quasiment identique (12%)

Les caractéristiques générales des personnes de l'échantillon sont des médecins généralistes récemment diplômés (52,4%), installés en cabinet de groupe dans les Bouches-du-Rhône et n'ayant pas le diplôme de médecine manuelle/ostéopathie (DIU MMO).

Cette tranche de médecins généralistes représente la jeune génération, ce sont eux qui seront acteurs des nouvelles pratiques à venir. Enseignement moderne, ouverture d'esprit font partie de cette génération de médecin qui peut alors peut être expliqué leur intérêt plus prononcé pour cette étude ?

La tranche intermédiaire a été moins enjouée quant à participer. La justification de ce chiffre n'étant pas connu, nous pouvons nous demander si leur maturité et leur expérience du métier pourraient expliquer leur réticence envers cette pratique non dénuée de risques ? Nous y reviendront plus tard.

Cet échantillon correspond aux caractéristiques générales de la population cible et est représentatif de la population qu'il est censé décrire malgré son faible nombre. Nos résultats ne représenteront alors qu'une tendance à laquelle se référer mais ne pourront être généralisés.

4.1.2. Objectifs et points forts

L'objectif principal de cette thèse était de faire un état des lieux des connaissances et de l'intérêt que portent les médecins généralistes pratiquant en libéral dans les Bouches-du-Rhône concernant l'ostéopathie pour les lombalgies aiguës communes.

L'abord de ce thème est rare de nos jours et une zone sensible et inconnue existe. Ceci empêche de pallier aux dérives ou complications que nous observons en tant que médecin généralistes face à une mauvaise orientation ou une absence d'informations reçues par le patient.

Les résultats obtenus grâce à cette étude ont permis de mettre en avant certains grands points :
-les médecins portaient un intérêt au thème « ostéopathie et lombalgies aiguës » : ils en avaient une vision positive: 86% des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône soutenaient la pratique « ostéopathie » et croyaient en une efficacité propre. Néanmoins les 6% qui y étaient réfractaires font partie des résultats à interpréter afin de traiter entièrement la question d'étude et notre objectif secondaire.

- les médecins qui consultaient eux-mêmes des ostéopathes (tous confondus) n'orientaient significativement pas plus de patients vers ces praticiens. Mais la tendance mise en évidence sera détaillée.

- les médecins méconnaissaient cette pratique.

- ils étaient en demande de preuves scientifiques à l'égard du sujet ainsi que d'informations et / ou de formation.

Aujourd'hui peu d'études à haut niveau de preuves concernent ce thème, celle-ci permettra alors d'ajouter des données à la science afin de constituer une base pour faire avancer les pratiques, ou engendrer de nouvelles études plus poussées et puissantes.

4.2. Interprétation des résultats

4.2.1. Intérêt porté à l'ostéopathie

Les résultats de notre travail reflète l'avis de jeunes médecins généralistes thésés depuis moins de 5 ans et installés en cabinet de groupe puisqu'ils étaient majoritaires dans notre effectif total. Ils correspondent alors à une tendance applicable à cette population de praticiens et nous permettent de répondre à l'objectif principal.

Ces résultats ont pu mettre en avant le fait que l'ostéopathie est une pratique globalement appréciée par les médecins généralistes répondeurs.
La majorité des médecins des Bouches-du-Rhône avaient déjà été sollicités par les patients sur le sujet (82,9%), avaient déjà consulté ou consultaient eux-mêmes des ostéopathes (74%) et soutenaient la pratique « ostéopathie » (86%).
Concernant l'ostéopathie et les lombalgies aiguës, la définition personnelle des médecins montre l'appréciation qu'ils en ont avec un aspect positif corrélé au bien-être prédominant (35,7%).
Ces résultats peuvent être mis en parallèle avec ceux évaluant l'avis des internes de médecine générale des Bouches-du-Rhône sur de la question lors de notre travail de mémoire réalisé en 2019 « Connaissance et intérêt des IMG des Bouches-du-Rhône pour l'ostéopathie en tant que thérapie complémentaire dans les lombalgies aiguës » (26): en effet 58% des internes soutenaient, et l'aspect positif corrélé au bien-être était le principal retenu par ceux-ci (37,9%) (cf. Annexe 3).

De plus, presque 80% pensaient que l'effet de cette technique est obtenu par effet propre. Aucun ne pensait que l'ostéopathie est inefficace. Le travail effectué en 2019 par le Dr Stéphanie MINGAM en 2010 (27) appuie ces résultats: il révélait que 64% des médecins thésés avaient ce même avis (ainsi que 41% des internes).
Un biais de sélection doit être pris en compte avec les résultats: les médecins ayant répondu au questionnaire font partie des adeptes de l'ostéopathie et biaisent alors les réponses favorablement pour cette pratique.

4.2.2. Manque de preuves scientifiques

Aucun des médecins pensent que l'ostéopathie est inefficace; c'est pourtant un outil encore peu intégré aux pratiques actuelles.
D'ailleurs, le taux faible de participation à l'étude questionne sur un lien de causalité avec les médecins qui ne soutiennent ou ne promeuvent pas ce type de pratiques et qui auraient alors refusés d'y participer ?
Dans les Bouches-du-Rhône, les chiffres correspondant aux médecins insistant sur un manque de preuves, l'aspect négatif et les critiques de l'ostéopathie sont concordants dans nos différentes évaluations (environ 10 à 15%). En effet, 9,8% rapportaient un manque de preuves scientifiques (tableau 5), 10% ne consultaient pas pour cette raison. 15% insistaient sur l'aspect négatif que cela leur évoquait (tableau 4), 15,9% la critiquaient (tableau 5). Ces résultats sont donc corrélés entre eux et augmentent leur poids.

Cet aspect de l'ostéopathie, que nombre de médecins redoutent est palpable et mérite que l'on s'y attarde (15% des médecins et 19,7% des IMG (26)).
Presque 10% des médecins pensaient qu'il n'y a pas de preuve scientifique de son efficacité (ainsi que 24% des internes) et souhaitent être informés ou formés pour ces raisons.
Dans l'étude du Dr Stéphanie MINGAM, les résultats sont corrélés avec 16,6% des médecins étant de cet avis (et 24% des IMG (26)).
En effet, dans le domaine des manipulations vertébrales, la littérature scientifique est peu informative, souvent contradictoire et insuffisante méthodologiquement (multiplicité des techniques utilisées, absence d'allocation des traitements en « aveugle » important dans ce domaine ou les croyances des patients sont fortes, critère d'efficacité subjectif, populations inhomogènes, éthique…).

Il existe aussi des études récentes à la méthodologie moderne et rigoureuse dont les conclusions semblent difficiles à tirer pour les manipulations vertébrales dans les lombalgies aiguës bénignes sans radiculalgie en termes d'efficacité ou de non infériorité. Pour ce qui est des lombalgies chroniques, lombosciatique, cervicalgies cela reste aussi à prouver.
D'après Ernst et Canter, dans leur revue systématique de la littérature publiée dans PubMed en 2006, peu d'arguments à haut niveau de preuves sont retenus. Sur 24 études évaluant l'efficacité des manipulations vertébrales (SM) comme traitement des douleurs, 4 concernaient les lombalgies et sont parvenues à une conclusion plutôt positive, 3 ont conclu qu'il y avait peu de preuves à l'appui de tels conseils, 1 recommandait son utilisation, et 1 à une conclusion neutre quant à l'efficacité thérapeutique. « *Globalement, le bénéfice démontrable de la SM*

(manipulation vertébrale) semble être minime dans le cas de lombalgies aiguës ou chroniques » (28).

La revue Cochrane publiée par Franke et Fryers (2014), comparant des patients lombalgiques aigus et chroniques traités par manipulations ostéopathiques versus manipulations placebo retrouve peu de résultats significatifs et à niveau de preuve acceptable en faveur de l'OMT (Traitement Manipulateur Ostéopathique) pour le soulagement de la douleur et l'état fonctionnel (qualité modérée , déclassée en raison d'une incohérence)(29).

En 2013, Orrock et Myers publient une autre revue systématique de la littérature à partir des principales bases de données existantes qui retrouvait seulement 2 études évaluant l'effet de l'intervention de thérapie manuelle appliquée par des cliniciens ostéopathes chez les adultes atteints de lombalgies chroniques non spécifiques (CNSLBP). Un essai a conclu que les résultats d'une intervention ostéopathique étaient similaires chez les patients traités par ostéopathie et ceux traités par placebo (intervention factice), l'autre essai suggère qu'il n'y a pas de différence entre une prise en charge ostéopathique, la kinésithérapie et une activité physique (30).

La méthodologie laisse à désirer et la difficulté de réaliser une étude en double aveugle, avec une technique de manipulation unique standardisée pour ce type de traitement est très complexe… Les études et les preuves scientifiques sont peu nombreuses, et les risques inhérents à cette pratique existent.
Le ressentit des médecins dans notre travail est le reflet de l'état de la littérature actuelle et nous réfléchissons avec des informations basées sur les preuves (EBM).
Pour trouver ces preuves scientifiques appuyant la pratique de l'ostéopathie, il serait nécessaire de multiplier les travaux de ce type afin de mettre l'ostéopathie à l'épreuve grâce à la multiplicité des tests (Grade A: preuve scientifique établit).
Pour cela, un échantillon de grande taille serait une des conditions nécessaires pour une étude réalisée par des médecins assurés, chapeautés par un promoteur et financés pour une étude interventionnelle évaluant l'ostéopathie versus la kinésithérapie (par exemple) pour une vraie pertinence.

4.2.3. Risques liés à cette pratique

Les risques en ostéopathie existent et les complications ne sont pas moindres. C'est pour cela que la pratique est très encadrée aujourd'hui pour les limiter au maximum:
L'article 3 (2002) stipule « *qu'un ostéopathe exclusif n'est autorisé à effectuer des actes de manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson ainsi que les manipulations du rachis cervical chez l'adulte qu'après un diagnostic établi par un médecin qui aura rédigé un certificat de non-contre-indication. Cela suppose bien entendu que le médecin en question connaisse cette pratique et endosse tout ou partie de la responsabilité* » (17).

Aujourd'hui concernant l'orientation vers un ostéopathe NI/NI, il est difficile qu'un médecin accepte de rédiger ce type de document. D'une part comme le révèle notre étude par la méconnaissance de la pratique vers laquelle il ne va pas envoyer son patient, d'autre part par la responsabilité personnelle portée si l'ostéopathe prenant en charge le patient n'est pas formé selon les nouvelles pratiques (limité aujourd'hui par les ostéopathes formés dans des écoles conventionnées après la loi de 2014).

S'agissant du rachis cervical, la littérature abonde d'articles de qualité concernant la fréquence des accidents après la manipulation vertébrale. Certains articles relatant des cas cliniques ou des séries d'accidents doivent impérativement interpeller les praticiens effectuant ces manipulations. Il s'agit le plus souvent d'accidents vertébro-basilaires, bien décrits dans la littérature: dissection des artères vertébrales, accidents vasculaires cérébraux (31). Les manipulations de la colonne vertébrale doivent rester sous un contrôle médical très strict. Les médecins devraient être en mesure d'informer le patient sur le traitement manuel afin de minimiser les risques de complications.(32).
Concernant le rachis lombaire et les lombalgies aiguës, des risques existent aussi : 1 incident toutes les 4 millions de manipulations dorsales/lombaires n'est pas négligeable (lombo-sciatique paralysante par exemple), et même sans parler d'accidents graves, une aggravation de la symptomatologie initiale en fait partie.
Dans la revue Cochrane de 2014 (Franke et Feyers), deux effets secondaires mineurs tels que raideur et fatigue sont rapportés; et dans l'étude de 2013, Licciardone et al.ont signalés 6% des patients avaient des effets indésirables (29).

Il parait alors indispensable que les acteurs de cette pratique (exclusive ou non) respectent les recommandations de la Société française de médecine manuelle orthopédique et ostéopathique (SOFMMOO) ainsi que le principe de précaution qui analyse le rapport bénéfice

risque et conclut à un rapport favorable pour les manipulations dorsales ou lombaires. La SOFMMOO a proposé 5 recommandations pour que les manipulations vertébrales, et en particulier cervicales, soient strictement encadrées. Ces recommandations ont été proposées aux praticiens qui pratiquent les manipulations afin qu'ils puissent, à la lumière d'un diagnostic médical précis, choisir l'acte de manipulation, entre autres traitements, et le réalisent eux-mêmes. Elles ne s'adressent qu'aux médecins ostéopathes - les ostéopathes exclusifs n'ont pas été signataires de ce travail (33).

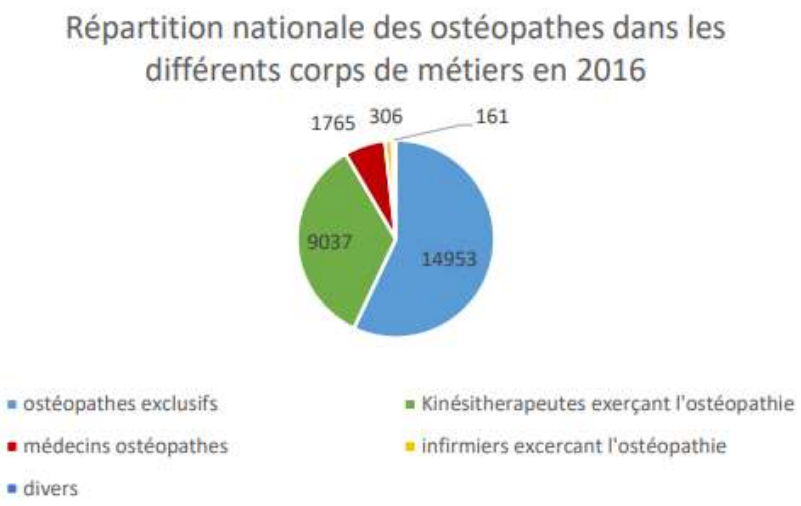
Pour appliquer cela, une formation des médecins non ostéopathes devrait être intégrée concernant les risques, les indications, ainsi que les contre-indications formelles ou relatives et aiderait à améliorer leur connaissances, limiter les dérives, informer et répondre aux attentes des patients et leur faire prendre conscience qu'une prise en charge spécifique requière un réel savoir-faire.
Cela pourrait ainsi pallier aux informations circulantes erronées et ouvrir le dialogue sur le sujet.

4.2.4. Lien consultation / orientation

Plus de la moitié des médecins généralistes consultaient eux-mêmes des ostéopathes. Certains orientent aussi leurs patients vers ces praticiens.
L'étude de ces deux facteurs distincts montre qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative mais la tendance observée indique que les médecins qui consultent eux-mêmes des ostéopathes orientaient plus de patients auprès d'ostéopathes que ceux n'en consultants pas ($p = 0,06$ OR = 3,12 IC 95% [0,8 ; 11, 1672]).
La question n'a pas été posée aux internes de médecine générale dans le travail de mémoire, nous ne pouvons pas comparer ces chiffres, mais cela aurait mérité de l'être pour étudier si la situation professionnelle de praticien en début de carrière (et donc d'expérience) joue un rôle ou non.
Aucune des autres études connues n'avait étudié ce facteur.

Les médecins consultent eux-mêmes de préférence des ostéopathes stricts (cf. Graphique 2). L'analyse de la proportion d'ostéopathes en France grâce aux données ADELI, montre une large prédominance de cette catégorie d'ostéopathes (ni/ni) par rapport aux médecins ostéopathes ou aux kinés ostéopathes (cf. Graphique 8 (34)).
De ce fait ils sont plus nombreux et donc peut être plus disponibles; ce qui peut influencer les professionnels consultés par les médecins.

Graphique 5: Etabli à partir des données DRESS, fichier ADELI (34)



Nos chiffres peuvent aussi trouver leur explication par le fait que les médecins sont en recherche d'une prise en charge différente de la leur, permettant une vision complémentaire et/ou pluridisciplinaire; et donc s'orientent vers des ostéopathes exclusifs ayant une formation différente.

Paradoxalement, dans notre étude les médecins généralistes préfèrent majoritairement travailler avec des kinés ostéopathes pour *orienter* leurs patients (résultats comparables à ceux retrouvés auprès des internes (57%)) (26).
Cette observation interroge et insiste sur l'appréhension qu'ont les médecins à confier leurs patients aux ostéopathes ni médecins, ni kinés alors qu'ils se remettent personnellement à ces praticiens.
Une étude avec un questionnaire plus détaillé sur les raisons motivant ce paradoxe aiderait à comprendre et améliorer la pluridisciplinarité dans les prises en charges, ainsi que la communication entre professionnels et praticiens sur des bases scientifiques solides.

4.2.5. Patients informés

L'évolution des technologies nous fait découvrir le « patient informé » ou « patient 2.0 » dérivé du « patient Web 2.0 » désignant le patient mieux renseigné qu'hier, mais parfois noyé sous la masse d'information disponible, qui va chercher une réponse par ses propres démarches de recherche en ligne. Ceci modifie profondément l'essence même de la relation qui le lie aux professionnels de santé.
Le médecin perd alors sa place de conseillé unique, et peut se sentir dépassé par son patient. La communication et le lien médecin-patient peuvent être moins évident (16).
Dans la pratique, les médecins n'ont de choix que d'essayer de leur apporter une information claire loyale et appropriée et pour cela ils ont le devoir de rester à jour de leurs connaissances dans tous les domaines, se former et s'informer au quotidien.

4.2.6. Souhait de formation et d'information

En somme, nos résultats rapportent que les médecins maîtrisent mieux l'ostéopathie dans le cadre de la lombalgie qu'en dehors de ce contexte, mais qu'un réel manque de compétences persiste d'autant plus que des risques existent.
De plus ils émettent une demande claire en termes de formation et d'information sur le sujet de l'ostéopathie et les lombalgies aiguës dans notre étude.

La médecine manuelle, même si en plein essor, reste finalement une pratique peu connue du corps médical (et encore moins des étudiants en médecine).
La moitié des médecins souhaitait s'améliorer, « *apprendre à orienter* » leurs patients grâce à une *« maîtrise meilleure des connaissances* » et ainsi « *améliorer la globalité de leur soin* » car leur formation initiale ne suffit pas à pallier aux demandes et à jouer un rôle de prévention face aux dérives et complications possibles.
Dans notre étude, les médecins souhaitaient aussi plus de complémentarité dans leurs soins: savoir proposer une « *alternative à un traitement* » suite à un échec par exemple. Cette évolution très positive de la pratique répondant à notre objectif secondaire, devrait être inclue dans notre formation de manière plus importante afin de solliciter les pratiques complémentaires entre professionnels et pousser les praticiens à cultiver la pluridisciplinarité du soin (Annexe 4).

Une formation spécialisée et accessible actuellement aux médecins volontaires existe. Elle consiste en des cours annexes comprenant 800 heures via le DIU de Médecine manuelle - ostéopathie (MMO) organisée par Paris-Descartes conjointement à plusieurs villes, dont Marseille (21). Les médecins doivent s'inscrire pour 2 ans et assurer les frais d'inscription, leur permettant d'obtenir les connaissances nécessaires ainsi que le titre de « médecin ostéopathe ».

Une récente étude effectuée en 2018, rapportait que *« la grande majorité des médecins (81%) était globalement insatisfaite de la formation initiale universitaire en terme de pathologie du rachis et 97% d'entre eux se sentaient beaucoup plus performants au niveau de l'examen clinique orthopédique à l'issue de leur formation en médecine manuelle (MMO). Elle leur a permis de réduire leur prescription d'antalgiques (72%), d'AINS (87%), d'optimiser leur demande d'examens complémentaires (88%) et de réduire les adressages vers les confrères spécialistes (rhumatologue, rééducateur…)*».

Elle montrait que les médecins ayant suivi la formation de MMO étaient satisfaits et qu'elle les aidait à s'améliorer dans leurs prises en charges, donc le DIU MMO proposé par l'enseignement pour les médecins parait complet et peut être une solution d'accès à cette information (34).

Cependant cette formation est chronophage et demandant une implication vraie (2 ans).

Les internes de médecine générale de Midi-Pyrénées étaient favorables à l'intégration d'une formation sous forme de cours pendant l'internat de médecine (25).

D'autres moyens d'accès aux informations existent au sein du système de Développement Professionnel Continue (DPC) comme la Formation Médicale Continue (FMC). Selon l'HAS, elle a pour objectif « *le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques* ».

Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé et constitue une obligation annuelle quel que soit le mode d'exercice.

L'HAS a pour mission de valider et de mettre à disposition des méthodes pour aider les professionnels à mettre en œuvre leur DPC.

Ces formations sont reconnues par la convention médicale depuis 1985 les considérant comme un « élément essentiel au bon usage des soins » et sont régies par le Conseil National de la Formation Médicale Continue (CNFMC).

Dans la thèse réalisée en 2010, les médecins sont volontaires pour participer aux FMC pour 89% d'entre eux (35).

Donc le thème de l'ostéopathie et des lombalgies pourrait être intégré à ces temps obligatoires pour les médecins afin d'en faciliter l'accès.

4.2.7. Evolution des pratiques et terminologie

La médecine comme la science évolue sans arrêt et rapidement.
Comme la revue médicale Exercer (Janvier 2018) l'a mis en avant, pour les lombalgies aiguës, les recommandations actuelles insistent sur les prises en charge non médicamenteuses pouvant être proposées en première intention.
Les manipulations vertébrales et les méthodes manuelles en tant que « thérapie complémentaire », en font donc partie intégrante. Celles-ci ont une efficacité antalgique à court terme et leur innocuité est mise en avant (5).

Intégrer de nouvelles pratiques auprès de médecins formés aux théories scientifiques est plus complexe qu'il n'y parait d'autant plus que des risques inhérents à toutes manipulations peuvent être irréversibles (cervicale, nourrissons).
Aussi, les résultats d'un autre travail publiés dans la revue médicale Exercer (étude qualitative : « Prise en charge des patients lombalgiques chroniques par les ostéopathes », Mars 2018 (15)) et faite par un médecin généraliste auprès d'ostéopathes exclusifs s'intéressait aux convergences et divergences entre les ostéopathes et les médecins.
Une différence de raisonnement et de terminologie non négligeable existe entre eux. En effet, dans notre étude nous relevons qu'une approche biomécanique et technique avec une terminologie spécifique est utilisée par les ostéopathes (déplacer, craquer, im/mobilité). Lorsque les médecins ont une approche plus scientifique, ils parlent d'anatomie et de physiopathologie dans leur langage médical (antalgie, rachis, lombalgie…) et traitent la lombalgie comme un « symptôme ».
Cette approche du corps « mécanique » particulière et propre aux ostéopathes, peut paraître étrange et peu accessible aux médecins ne s'intéressant pas à la discipline et alors être source de difficultés de compréhension entre les deux acteurs du soin: le médecin et son patient et induire des difficultés de communication (15). Ces résultats sont corrélés avec ceux du mémoire (26).

Il serait alors intéressant de développer un concept afin d'améliorer le dialogue entre les praticiens ou d'accorder le « langage ostéopathique » aux terminologies médicales scientifiques afin d'éviter de créer ces situations.
Et ce qui rendrait l'ostéopathie plus comparable et évaluable.

4.3. Limites de l'étude

Le biais principal dans notre étude était un taux faible de participation donc un effectif faible, il n'est alors pas possible de généraliser nos résultats mais seulement retenir des tendances qui participent déjà à l'ajout de données au thème de l'ostéopathie.

Un certain nombre d'erreurs systématiques définissant les « biais », et n'étant pas dû au hasard, peuvent être retenues dans notre travail même si la méthodologie rigoureuse était faite pour en limiter au maximum les effets:
Biais d'information ou perdu de vue: certains médecins n'ont rempli que partiellement le questionnaire, et l'anonymat ne nous permettant pas de les recontacter afin de préciser les réponses manquantes, ils ont été exclus de l'étude. Nous en dénombrant seulement 5.
Biais de sélection ou d'échantillonnage: bien souvent, les médecins n'ayant pas répondu à l'enquête ou les médecins pour lesquels la variable étudiée n'a pas pu être recueillie, diffèrent de ceux qui répondent. Ces différences sont responsables du fait que l'échantillon diffère systématiquement de la population dont il est supposé provenir.
Malgré une bonne méthodologie dans cette étude, le taux de participation était faible cependant les résultats tendent à montrer que la majorité des médecins portaient un intérêt à l'ostéopathie et avaient déjà consulté eux-mêmes, il était donc probable que les participants soient les plus intéressés ou adeptes du sujet et faussent alors les résultats en les surestimant en ce sens (cependant, 12% seulement avaient le DIU de MMO, ce qui constitue taux faible sur les médecins interrogés : donc intéressés mais non spécialisés). Toutes les réponses données dans le questionnaire pourraient alors être orientées en faveur de cette pratique. Ce n'est alors pas le reflet de la population générale.

Face à ces biais la puissance de l'étude est réduite et le niveau de preuve faible. Ce travail ne peut donc donner lieu à généralisation des résultats mais permet de mettre en évidence des tendances au sein d'une population de médecins généralistes dans les Bouches-du-Rhône et d'ajouter des données à la science.

Une prochaine étude avec un effectif élevé serait nécessaire afin d'étudier les même critères en palliant à ce biais et pour laquelle les résultats seront extrapolables.

5. Conclusion

La revue médicale Exercer (2018) stipule que l'ostéopathie est indiquée en première intention dans la prise en charge des lombalgies en tant que « thérapie complémentaire ». L'officialisation de ce nouveau mode de traitement exige ainsi pour la pratique, de la part des médecins, spécialistes ou non, une parfaite connaissance du mode d'action, des indications, contre-indications et effets secondaires des manipulations vertébrales et de l'ostéopathie.

Notre travail fait ressortir l'intérêt des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône pour cette pratique, mais un manque certain de connaissances et de preuves scientifiques à leurs yeux freine son application. Face à leur demande, il paraîtrait nécessaire de proposer plus de formations accessibles aux médecins pour leur faire découvrir l'ostéopathie et d'ainsi limiter les dérives.

Un contact initial avec le médecin formé permettrait de poser un diagnostic médical premier afin d'éliminer les drapeaux rouges, pour une orientation secondaire adaptée vers des ostéopathes (médecin, kiné ou exclusifs) et ainsi éviter les complications graves possible.

Il existe un fossé entre l'ostéopathie exclusive et les autres professionnels acteurs de la pratique. Certes, l'indication de l'ostéopathie pour les lombalgies aiguës n'est pas toujours « fondées sur les preuves », mais, au contraire, sur de nombreuses incertitudes et ignorances qui gênent les médecins.

Il parait alors important de réaliser des études à haut niveau de preuve (Grade A) pour avancer.

Mais la difficulté méthodologique que cela implique (standardisation, double aveugle, critère d'efficacité subjectif, éthique,…), nous a menés à la réalisation de cette étude observationnelle plutôt qu'une étude interventionnelle initialement prévue.

6. Bibliographie

(1) SFMG, Le Breton J, Bercier S, Chouilly J, Kandel O. Lombalgies communes en soins premiers. 2017 mars p. 28.

(2) Société Française de Médecine Générale - Lombalgie Commune en soins primaires. 2017.

(3) Licciardone JC, Brimhall AK, King LN. Osteopathic manipulative treatment for low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Musculoskelet Disord [Internet]. déc 2005 [cité 25 oct 2017];6(1). Disponible sur: http://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2474-6-43

(4) Janczewsky A. Indication de l'ostéopathie en soins primaires. 2014;115(suppl 2):S44-S45.

(5) Bouton C, Bègue C, Petit A, Fouquet N, Huez J-F, Py T, et al. Prendre en charge un patient ayant une lombalgie commune en médecine générale. Exercer. 2018;139:28-37.

(6) Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. The Lancet. févr 2012;379(9814):482-91.

(7) Définition Douleur [Internet]. Société Française d'Etude et de traitement de la douleur. [cité 12 oct 2018]. Disponible sur: http://www.sfetd-douleur.org/definition

(8) ANAES. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution - Recommandations pour la pratique clinique. Février 2000.

(9) Roelofs PD, Deyo RA, Koes BW, et al. Non-stéroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. Cochrane Database Syst Rev 2008;8(5):72-3.

(10) Bontoux D, Couturier D, Menkès C-J. Thérapies complémentaires - Acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi-Leur place parmi les ressources de soins. Bull Acad Natl Med. 2013;3:717–57.

(11) L'Académie de médecine recadre les médecines douces [Internet]. 2013 [cité 4 nov 2018]. Disponible sur: http://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/03/07/19991-lacademie-medecine-recadre-medecines-douces

(12) Compagnon L, Bail P, Huez Jean-F, Stalnikiewics B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Les niveaux de compétences. Exercer. 2013;108:156-64

(13) Europe W. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Europe W. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Coordination rédactionnelle de la traduction en français: Prof D Pestaiux, Centre Universitaire de Médecine Générale, UCL, Bruxelles, Belgique. 2002;

(14) Godeau P. Serment d'Hypocrate - Ordre National des médecin, Conseil National de l'Ordre. Flamarion; 2000.

(15) Teissier-Cazeneuve C, Cognacq L, Huez J-F, Ramond-Roquin A, Casabianca C. Prise en charge des patients lombalgiques chroniques par les ostéopathes - Etude qualitative. Exercer. mars 2018;(141):100-5.

(16) Thoër C. Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? Communiquer Revue de communication sociale et publique. 1 déc 2013;(10):1‑24.

(17) Le cadre réglementaire de l'ostéopathie [Internet]. [cité 22 mars 2019]. Disponible sur: ttps://www.osteopathe-syndicat.fr/loi-osteopathie-cadre-reglementaire.

(18) Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie. 2007 mars 25, 2007.

(19) Décret n° 2014-1505 du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie. 2014-1505 décembre, 2014.

(20) Établissements agréés [Internet]. Le site de l'ostéopathie. [cité 14 avr 2019]. Disponible sur: https://www.osteopathie-france.fr/legislation/2641-listing-des-etablissements-agrees

(21) DIU Médecine manuelle-Ostéopathie / Ostéo-articulaire [Internet]. [cité 15 mars 2019]. Disponible sur: http://www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/medecine/osteo-articulaire/diu-medecine-manuelle-osteopathie

(22) Couratier R, Maignien F, Lapoumerolie J, Pastor E, Gatto F, Papp G, et al. Rapport de commission osteopathie de l'ordre des masseur-kinesitherapeutes [Internet]. 2010 [cité 4 nov 2018]. Disponible sur: http://ariege.ordremk.fr/files/2011/04/Rapport_commission_osteopathie_Statut_masseur-kinesitherapeute_osteopathe.pdf

(23) Formation professionnelle d'Ostéopathe pour les kinés, infirmières... [Internet]. CSO. [cité 4 nov 2018]. Disponible sur: https://www.osteo.fr/formation-professionnelle

(24) Qui sont les professionnels de santé ? [Internet]. Vie Publique au coeur du débat public. 2017 [cité 5 nov 2018]. Disponible sur: http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/professionnels-sante/qui-sont-professionnels-sante.html

(25) Mignon Le Vaillant C. Ostéopathie et Lombalgie aiguë commune: Connaissances et intérêt des internes de médecine générale en Midi-Pyrénées [PhD Thesis]. Université Toulouse III; 2016.

(26) Paule F. L'ostéopathie : thérapie complémentaire dans la prise en charge des lombalgies aiguës. Connaissances et intérêt des internes de médecine générale des Bouches-du-Rhône. 2019

(27) Mingam S. La médecine Manuelle-Ostéopathie en France : enquête sur les opinions, les pratiques, les connaissances et les interactions entre les différents intervenants. [Hotel Dieu, Paris]: Faculté Cochin, Dr Pierre Cornélis; 2010.

(28) Ernst E, Canter PH. A systematic review of spinal manipulation. J R Soc Med. avr 2006;99(4):192‑6.

(29) Franke H, Franke J-D, Fryer G. Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskelet Disord [Internet]. 30 août 2014;15. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/ pmc/articles/ PMC4159549/

(30) Orrock PJ, Myers SP. Osteopathic intervention in chronic non-specific low back pain: a systematic review. BMC Musculoskeletal Desorders [Internet]. 2013; Disponible sur: http://www.biomedcentral.com/1471-2474/14/129

(31) Vautravers P, Isner M-E, Blaes C, Muhl C. Médecine manuelle-ostéopathie en France : état des lieux. La Lettre de médecine physique et de réadaptation. sept 2011;27(3):130‑6.

(32) Dupeyron A, Vautravers P, Lecocq J, et al (2003) Complications following vertebral manipulations. A survey of a French region physicans. Ann Readapt Med Phys 46:33–40

(33) Catala I. Risques liés aux manipulations vertébrales : ce qu'il faut savoir [Internet]. Medscape. [cité 14 avr 2019]. Disponible sur : http://francais.medscape.com /viewarticle/3601067

(34) Sausse F. L'apport pédagogique du DIU de Médecine Manuelle et Ostéopathique en médecine générale [PhD Thesis]. 2018.

(35) Cordonnier P. La formation continue des médecins généralistes, à l'aube du developpement professionnel continu [PhD Thesis]. [Strasbourg]: Université de Strasbourg; 2011.

(36) Lazarus A, Delahaye G. Médecines complémentaires et alternatives : une concurrence à l'assaut de la médecine de preuves ? Les Tribunes de la santé. 1 sept 2007;(15):79 ‑94.

(37) Godeau P. Serment d'Hippocrate - Ordre National des médecins, Conseil National de l'Ordre. Flammarion; 2000.

(38) Gueullette J-M. Évaluation des médecines alternatives. Etudes. 31 janv 2013;Tome 418(2):173‑84.

(39) Gueullette J-M. *L'ostéopathie une autre médecine*. Broché. 20 Mai 2014, 1702.

(40) Couic-Marinier F, Pillon F. Traitement antalgique d'une lombalgie aiguë non compliquée. Actualités Pharmaceutiques. nov 2016;55(560):14 6.

(41) Millan M, Leboeuf-Yde C, Budgell B, Descarreaux M, Amorim M-A. The effect of spinal manipulative therapy on spinal range of motion: a systematic literature review. Chiropractic & Manual Therapies. 2012;20(1):23.

(42) Valat J-P, Goupille P, Rozenberg S, Urbinelli R, Allaert F. Indice prédictif de l'évolution chronique des lombalgies aiguës. Élaboration par l'étude d'une cohorte de 2 487 patients. Revue du Rhumatisme. sept 2000;67(7):528 35.

(43) Lombalgie. Statistique - Risques - INRS [Internet]. [cité 30 nov 2017]. Disponible sur: http://www.inrs.fr/risques/lombalgies/statistique.html

(44) Lombalgie aiguë Assurance Maladie [Internet]. [cité 30 nov 2017]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/lombalgie-aigue.

7. Annexes

Annexe 1

Questionnaire

1. Depuis quand êtes-vous thésé ?
<5 ans
Entre 5 et 10 ans
>10ans

2. Si vous avez déjà consulté, envoyez-vous des patients chez l'ostéopathe ? (sinon ne cochez rien)
Oui
Rarement
Non

3. Quelle est votre activité actuellement ? (Plusieurs réponses sont possibles)
Installé
Remplaçant
Cabinet de groupe
Cabinet seul

4. Etes-vous en possession du diplôme de Médecine Manuelle / Ostéopathie ?
Oui
Non

5. Avez-vous déjà été sollicité par les patients à ce sujet ?
Oui
Non

6. Soutenez-vous cette pratique ?
Oui
Je ne sais pas
Non
Réfractaire

7. Consultez-vous vous-même ou avez-vous déjà consulté un ostéopathe ?
Médecins, ostéopathes
Kinés ostéopathes
Ostéopathes strictes (Ni/Ni)
Non, jamais

8. Si Oui, quelle en est la raison principale ? Inscrivez brièvement UN SEUL argument

9. Si vous n'avez jamais consulté vous-même, envoyez-vous des patients chez l'ostéopathe ? (dans le cas où vous avez répondu à la question précédente, ne cochez rien)
Oui
Rarement
Non

10. Si oui, les envoyez-vous : (si non, cochez "je n'en envoie pas")
Spontanément
Après demande des patients eux-mêmes
Je n’en envoie pas

11. Vous envoyez vos patients de préférence chez:
Des médecins ostéopathes
Des kinés ostéopathes
Des ostéopathes stricts (ni médecins, ni kinés)

12. Quel niveau de connaissance avez-vous de l’approche thérapeutique OSTHEOPATHIE ?
Insuffisant pour conseiller un patient
Suffisant pour orienter un patient
Maîtrise du sujet

13. Concernant l'ostéopathie et les lombalgies aiguës communes, pensez-vous connaitre et maîtriser ce type de prise en charge?
Oui
Non
Pas du tout
Vaguement

14. Proposez trois mots définissant/caractérisant pour vous cette pratique (concernant les médecins ostéopathes,+ kiné ostéopathes+ ostéopathes stricts tous confondus)

15. Que pensez-vous de cette prise en charge ?
Efficace par effet propre
Efficace par effet placebo
Inefficace
Pas de preuve scientifique de son efficacité
Dangereux
Langage ésotérique

16. Pour quelle(s) quelle(s) raison(s) envoyez-vous des patients chez l'ostéopathe ?
Douleurs ostéo-articulaires aiguës (Ex : lombaires)
Troubles psychologiques
Troubles digestifs
Autre

17. Vous êtes-vous déjà retrouvés prit au dépourvu face à une demande d'un patient pour ce genre de pratique ?
Oui fréquemment
Oui, parfois
Non, jamais

18. Souhaiteriez-vous être formés/informés quant aux indications d'une prise en charge ostéopathique? (cliquez sur le curseur)
0 1 2 3 4 5

19. Dans tous les cas, pour quel argument personnel vous souhaiteriez être informés/formés, ou pas (Votre avis m'intéresse!) ECRIVEZ 1 ARGUMENT

20. Je vous remercie de votre participation qui m'aidera pour ce travail de thèse, si vous êtes intéressés de connaitre les résultats laissez-moi votre adresse mail :)

Annexe 2

Tableau de contingence

%	**Médecins consultants des ostéopathes**	**Médecins ne consultants pas d'ostéopathes**
Oui envoient aux ostéopathes	74,6	58,3
Non n'envoient pas	13,43	33,3

RR = (74,6 / 74,6+ 13,43) / (58,3 / 58,3 + 33,3)
RR = 1,33148
OR = (74,6 / 13,43) / (58,3 / 33,3)
OR = 3,1221
Test de Fisher, méthode Fisher's Exact Test for Count Data:
p-value: 0,0062812910006707
Odds Ratio: 3,1221 Intervalle de confiance à 95% [0,8746 ; 11.1672]

Annexe 3

Définition de l'ostéopathie en trois mots (Internes de médecine générale) :

Définition	**Total n=279 (%)**	**Choix 1 n=93**	**Choix 2 n=83**	**Choix 3 n=91**
Manuel	60 (**21,5%**)	41 (44%)	10 (10,7%)	9 (9,8%)
Positif/Bien être	106 (**37%**)	26 (27%)	36 (38,7%)	44 (48,3%)
Alternatif/complémentaire	56 (20%)	18 (19,3%)	28 (30,1%)	10 (10,9%)
Négatif/Risqué	55 (19,7%)	8 (8,6%)	19 (20,4%)	28 (30,7%)

Annexe 4

Arguments pour souhaits à la formation

Améliorer ses connaissances (49,4%)	Améliorer la globalité des soins (25,9%)	Alternative/complémentarité (14,2%)	Manque de preuves/réfractaire (10,3%)
- Argumentation face aux patients	- Amélioration de la pratique et meilleure orientation des patients	- C'est un complément pour des patients et des pathologies pour lesquels On a pas de solutions à proposer Alternative thérapeutique Complément thérapeutique	- J'aimerais avoir des preuves scientifiques de l'efficacité
- Je suis sportif. Curiosité	- Évaluation scientifique de l'ostéopathie	- J'hésite à me lancer dans le Diu d'ostéopathie!	- Je sais pas
- Ma pratique personnelle	- Mieux orienter les patients	- mécanisme d'action des prises en charges autres que ostéo-articulaire	- Pour moi cela relève des croyances personnelles du patient, qui ne me regardent pas vraiment. Si ça marche tant mieux pour lui, mais je ne vais pas essayer d'apprendre quelque chose qui n'a fait aucune preuve scientifique. Sinon je préfères a la limite devenir coupeur de feu, c'est plus fun.
- Informations sur troubles posturaux	- Pouvoir informer mes patients sur cette pratique, ses indications, ses limites	- Utile dans la pratique quotidienne en plus des autres traitements	- Formation sur l'ostéopathie ostéo articulaire seulement jugement très négatif des autres formes d'ostéopathie et pas de volonté d'y être formé
- Pour mieux en connaître les indications	- pour pouvoir me positionner précisément sur cette pratique qui pour moi relève du kinésithérapeute	- Nombreux domaines où l'allopathie est en échec	- Déjà informée
- Nécessité d'apprendre à bien examiner les patients, la formation en médecine générale est insuffisante, le DIU de MMO permet de mieux examiner les patients et de proposer une thérapeutique autre que des anti inflammatoires à gogo	- Pouvoir repérer lors de l'examen clinique des anomalies susceptibles d'être résolues par des techniques ostéopathiques	- Alternative efficace au traitement médicamenteux	- Peu d'intérêt pour la pratique
- Parfaire ma connaissance des indications d'ostéopathie	- Pour une orientation optimale des patients en fonction de leur tableau clinique.	- Soulager douleur	- Preuve d'efficacité en EBM selon les indications ? Preuve de la "remise en place des os" (argument qui décrédibilise la pratique actuellement) ? Preuve d'une meilleure prise en charge des douleurs d'origine musculaire comparé à la kinésithérapie ?

- je suis généraliste et ostéopathe forme par des confrères sérieux à Marseille. Les MEDECINS doivent se former à cette technique très efficace car leurs compétences permettent de faire un diagnostic AVANT et pour permettre la dérive mercantile et néfastes aux patients	- Harmonisation des pratiques/indications des thérapies manuelles	- Exercice complémentaire de la médecine du sport	- Pas d'indication reconnue
- Ameliorer ma prescription et la prise en charge de patients	- avoir une action soignante directe et non en passant par le stylo	- traitement des douleurs abdominales	- Retour preuve d'efficacité basé sur des arguments autres qu'empiriques...
- Meilleure connaissance	- 1.Elargir son arsenal thérapeutique NB: Formation à la pratique d'ostéopathie intéressante mais au quotidien peu d'occasion de pratiquer (d'où une moins bonne performance de kiné ou ostéopathe)	- Pour le côté pratique de pouvoir soulager dans certains cas (DIM)	
- nouveauté et preuve scientifique	- Maîtriser l'orientation des patients	- Diversifier les propositions thérapeutiques pour les patients, et savoir bien les gérer	
- Connaître d'autres indications de l'ostéopathie autres que douleurs aiguës / chroniques articulaires	- Bien orienté le patient		
- Information sur indications, et limites de l'ostéopathie	- intéressant pour ma pratique de médecin du sport		
- Formation initiale insuffisante	- comment aider les confrères a bien comprendre quel type de diagnostic et de technique ostéopathique va être proposée et appliquée à leur patient afin qu'ils orientent à bon escient		
- connaissance	- En complément de ma formation de médecin du sport		
- connaitre les indications qui ont été validées scientifiquement et celles qui ne l'ont pas été	- Formations des ostéopathes		
- sur les troubles autres que squelettiques	- Ouverture d'esprit à la demande des patients		
- pour apporter des réponses aux patients expliquer les grandes lignes	- Progression des études en faveur de l'ostéopathie		

- Meilleure connaissance de la pratique	- Pour pouvoir orienter spontanément les patients si indication		
- preuve scientifique	- Meilleure orientation des patients		
- Aucune formation pendant nos études médicales			
- Meilleure prise en charge du patient			
- Comment s'exerce la technique ostéopathique? quels éléments corporels sont travaillés exactement ? (Muscles tendons...)			
- Pour ma culture personnelle			
- contre-indications			
- Savoir si l ostéo/kiné est une pratique courante			
- oui dès fois j'ai l'impression que les ostéo ni/ni donnent plus de raisons sur les causes des douleurs des patients, ou savent mieux vendre leur technique de manip !			
- J'aimer Être formée pour Mieux aider mes patients dans la prise en charge en ostéopathie			
- PLACE DE CETTE PRATIQUE DANS LES RACHIALGIES PAR RAPPORT AUX AUTRES PRISES EN CHARGE			
- pour savoir l'efficacité de cette pratique			
- Pour maîtriser mieux la demande des patients			
- Orienter mes patients pour toutes les prises en charge de différentes pathologies ou symptômes par des actes d'ostéopathie avec une efficacité et une validation scientifique.			
- Amélioration de la prise en charge du patient			

- c'est quoi une vertèbre déplacée?			
- Pour savoir quand adresser à un ostéopathe plutôt qu'a un Kiné			
- indications de la technique			
- Pour avoir des preuves sur ses indications			

Abréviations

IMG	Interne de Médecine Générale
HAS	Haute Autorité de Santé
MSU	Maîtrise de stage Universitaire ??
MMO	Médecine Manuelle et Ostéopathie
RR	Risque Relatif
OR	Odds Ratio
CNSLBP	Chronic Non Specific Low Back Pain
DIU MMO	Diplôme Inter Universitaire de médecine Manuelle et Ostéopathie
SM	Manipulation vertébrale
FMC	Formation Médicale Continue
CNFMC	Conseil National de la Formation Médicale Continue
DPC	Développement Professionnel Continu
SOFMMOO	Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathique
OMT	Traitement Manipulateur Ostéopathique

Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

Résumé

Introduction:

Les recommandations actuelles insistent sur le fait que les prises en charge non médicamenteuses type « ostéopathie » peuvent être proposées en première ligne dans le traitement des lombalgies aiguës en tant que techniques alternatives (Revue Exercer 2018).

Méthodologie:

Nous avons fait un état des lieux des connaissances et de l'intérêt que portent les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône, sur les motifs d'orientations vers l'ostéopathie pour les lombalgies aiguës communes par l'intermédiaire d'un questionnaire quantitatif crée via le logiciel EvalAndGo sur une période de 3 mois. Les statistiques ont été réalisées directement via le site internet.

Résultats:

L'étude a mis en évidence que 86% des médecins généralistes soutenaient la pratique « ostéopathie » et avaient une vraie reconnaissance de la fonction d'ostéopathes. 39% la méconnaissaient et étaient incapable d'orienter un patient. Pour les médecins généralistes qui consultaient eux-mêmes un ostéopathe, il n'y avait pas de lien de causalité sur leur manière d'orienter leurs patients.

6% des médecins sont réfractaires à cette prise en charge et le manque de preuves scientifiques aggrave leur réticence à l'égard du sujet. Ils étaient favorables quant à l'accès à des formations afin d'améliorer leur connaissances.

Conclusion:

Les médecins généralistes sont intéressés par l'ostéopathie en tant que pratique alternative mais « lombalgie et ostéopathie » sont deux notions mal maîtrisées. Ce manque réel de connaissances ainsi que d'études à haut niveau de preuve peuvent être à l'origine de difficultés de communication, entravant la relation médecin/patient d'autant plus que cette pratique n'est pas dénuée de risques.

Dans un contexte d'exigence de la part des patients et d'une demande motivée des médecins, un accès à l'information en ostéopathie devrait être pensé, dans un but d'améliorer la globalité du soin entre le médecin et son patient ainsi que la pluridisciplinarité.

Mots clés: ostéopathie, lombalgie aiguë, médecins généralistes.