

Étude de la perception des patients et des médecins libéraux concernant l'ostéopathie en Basse Normandie

Pierre Loiselet

▶ **To cite this version:**

Pierre Loiselet. Étude de la perception des patients et des médecins libéraux concernant l'ostéopathie en Basse Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02500797

HAL Id: dumas-02500797

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02500797

Submitted on 6 Mar 2020

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.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2019

THÈSE POUR L'OBTENTION

DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 11 décembre 2019

par

Mr Pierre LOISELET

Né le 11 février 1989 à Flers (*Orne*)

TITRE DE LA THÈSE :

Etude de la perception des patients et des médecins libéraux concernant l'ostéopathie en Basse Normandie.

Président : Monsieur le Professeur MARCELLI Christian

Membres : Monsieur le Docteur GUERMONT Henri - Directeur de thèse

Monsieur le Docteur PITHON Anni

Monsieur le Docteur SAINMONT Nicolas

Année Universitaire 2019/2020

Doyen
Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs
Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3ème cycle)

Directrice administrative
Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	**AGOSTINI Denis**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	**AIDE Nicolas**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	**ALLOUCHE Stéphane**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	**ALVES Arnaud**	Chirurgie digestive
M.	**AOUBA Achille**	Médecine interne
M.	**BABIN Emmanuel**	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	**BÉNATEAU Hervé**	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	**BENOIST Guillaume**	Gynécologie - Obstétrique
M.	**BERGER Ludovic**	Chirurgie vasculaire
M.	**BERGOT Emmanuel**	Pneumologie
M.	**BIBEAU Frédéric**	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	**BRAZO Perrine**	Psychiatrie d'adultes
M.	**BROUARD Jacques**	Pédiatrie
M.	**BUSTANY Pierre**	Pharmacologie
Mme	**CHAPON Françoise**	Histologie, Embryologie
Mme	**CLIN-GODARD Bénédicte**	Médecine et santé au travail
M.	**DAMAJ Ghandi Laurent**	Hématologie
M.	**DAO Manh Thông**	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	**DAMAJ Ghandi Laurent**	Hématologie
M.	**DEFER Gilles**	Neurologie
M.	**DELAMILLIEURE Pascal**	Psychiatrie d'adultes
M.	**DENISE Pierre**	Physiologie
Mme	**DOLLFUS Sonia**	Psychiatrie d'adultes
M.	**DREYFUS Michel**	Gynécologie - Obstétrique
M.	**DU CHEYRON Damien**	Réanimation médicale
Mme	**ÉMERY Evelyne**	Neurochirurgie
M.	**ESMAIL-BEYGUI Farzin**	Cardiologie
Mme	**FAUVET Raffaèle**	Gynécologie – Obstétrique

M.	**FISCHER Marc-Olivier**	Anesthésiologie et réanimation
M.	**GÉRARD Jean-Louis**	Anesthésiologie et réanimation
M.	**GUILLOIS Bernard**	Pédiatrie
Mme	**GUITTET-BAUD Lydia**	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	**HABRAND Jean-Louis**	Cancérologie option Radiothérapie
M.	**HAMON Martial**	Cardiologie
Mme	**HAMON Michèle**	Radiologie et imagerie médicale
M.	**HANOUZ Jean-Luc**	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	**HULET Christophe**	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	**ICARD Philippe**	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	**JOIN-LAMBERT Olivier**	Bactériologie - Virologie
Mme	**JOLY-LOBBEDEZ Florence**	Cancérologie
M.	**JOUBERT Michael**	Endocrinologie
M.	**LAUNOY Guy**	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	**LE HELLO Simon**	Bactériologie-Virologie
Mme	**LE MAUFF Brigitte**	Immunologie
M.	**LOBBEDEZ Thierry**	Néphrologie
M.	**LUBRANO Jean**	Chirurgie viscérale et digestive
M.	**MAHE Marc-André**	Cancérologie
M.	**MANRIQUE Alain**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	**MARCÉLLI Christian**	Rhumatologie
M.	**MARTINAUD Olivier**	Neurologie
M.	**MAUREL Jean**	Chirurgie générale
M.	**MILLIEZ Paul**	Cardiologie
M.	**MOREAU Sylvain**	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	**MOUTEL Grégoire**	Médecine légale et droit de la santé
M.	**NORMAND Hervé**	Physiologie
M.	**PARIENTI Jean-Jacques**	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	**PELAGE Jean-Pierre**	Radiologie et imagerie médicale
Mme	**PIQUET Marie-Astrid**	Nutrition
M.	**QUINTYN Jean-Claude**	Ophtalmologie
Mme	**RAT Anne-Christine**	Rhumatologie
M.	**RAVASSE Philippe**	Chirurgie infantile
M.	**REPESSE Yohann**	Hématologie
M.	**REZNIK Yves**	Endocrinologie
M.	**ROD Julien**	Chirurgie infantile
M.	**ROUPIE Eric**	Médecine d'urgence
Mme	**THARIAT Juliette**	Radiothérapie
M.	**TILLOU Xavier**	Urologie
M.	**TOUZÉ Emmanuel**	Neurologie
M.	**TROUSSARD Xavier**	Hématologie
Mme	**VABRET Astrid**	Bactériologie - Virologie
M.	**VERDON Renaud**	Maladies infectieuses
Mme	**VERNEUIL Laurence**	Dermatologie

M.	**VIVIEN Denis**	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	**DE LA SAYETTE Vincent**	Neurologie
Mme	**DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne**	Dermatologie
M.	**GUILLAUME Cyril**	Médecine palliative
M.	**LE BAS François**	Médecine Générale
M.	**SABATIER Rémi**	Cardiologie

PRCE

Mme	**LELEU Solveig**	Anglais

PROFESSEURS EMERITES

M.	**HURAULT de LIGNY Bruno**	Néphrologie
Mme	**KOTTLER Marie-Laure**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	**LE COUTOUR Xavier**	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	**LEPORRIER Michel**	Hématologie
M.	**VIADER Fausto**	Neurologie

UNIVERSITÉ DE CAEN · NORMANDIE

UFR DE SANTE – FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire 2019/2020

Doyen
Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs
Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3ème cycle)

Directrice administrative
Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	**ALEXANDRE Joachim**	Pharmacologie clinique
Mme	**BENHAÏM Annie**	Biologie cellulaire
M.	**BESNARD Stéphane**	Physiologie
Mme	**BONHOMME Julie**	Parasitologie et mycologie
M.	**BOUVIER Nicolas**	Néphrologie
M.	**COULBAULT Laurent**	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	**CREVEUIL Christian**	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	**DE BOYSSON Hubert**	Médecine interne
Mme	**DINA Julia**	Bactériologie - Virologie
Mme	**DUPONT Claire**	Pédiatrie
M.	**ÉTARD Olivier**	Physiologie
M.	**GABEREL Thomas**	Neurochirurgie
M.	**GRUCHY Nicolas**	Génétique
M.	**GUÉNOLÉ Fabian**	Pédopsychiatrie
M.	**HITIER Martin**	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	**ISNARD Christophe**	Bactériologie Virologie
M.	**JUSTET Aurélien**	Pneumologie
Mme	**KRIEGER Sophie**	Pharmacie
M.	**LEGALLOIS Damien**	Cardiologie
Mme	**LELONG-BOULOUARD Véronique**	Pharmacologie fondamentale
Mme	**LEVALLET Guénaëlle**	Cytologie et Histologie
M.	**MITTRE Hervé**	Biologie cellulaire
M.	**SESBOÜÉ Bruno**	Physiologie
M.	**TOUTIRAIS Olivier**	Immunologie
M.	**VEYSSIERE Alexis**	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	**ABBATE-LERAY Pascale**	Médecine générale
M.	**COUETTE Pierre-André**	Médecine générale
Mme	**DE JAEGHER Sophie**	Médecine générale
M.	**PITHON Anni**	Médecine générale
M.	**SAINMONT Nicolas**	Médecine générale
Mme	**SCHONBRODT Laure**	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES EMERITES

Mme	**DEBRUYNE Danièle**	Pharmacologie fondamentale
Mme	**DERLON-BOREL Annie**	Hématologie
Mme	**LEPORRIER Nathalie**	Génétique

Remerciements

Tout d'abord je tiens à remercier le Docteur Henri Guermont pour la confiance qu'il m'a témoigné en acceptant d'être mon directeur de thèse. En plus d'être mon ami de longue date, mon binôme d'ostéo, je lui suis reconnaissant pour le temps qu'il m'a accordé, sa réactivité, et son soutien indéfectible tout au long de cette thèse.

Je tiens bien sûr à remercier tout particulièrement les autres membres du jury :

- Le Professeur Christian MARCELLI pour l'honneur que vous me faites en acceptant d'être le président de mon jury, merci pour l'attention que vous portez à ce sujet, et pour votre dévouement dans la formation des futurs médecins ;
- Le Docteur Anni PITHON pour avoir accepté sans hésiter de faire partie de mon jury de thèse, et de juger de mon travail ;
- Le Docteur Nicolas SAINMONT pour avoir accepté sans hésiter de faire partie de mon jury de thèse, et de juger mon travail.

Je remercie tous les médecins, les praticiens ostéopathes et les patients qui ont bien voulu participer à de cette étude, sans eux, ce travail n'aurait pas été possible.

Mes remerciements vont bien sûr à toutes les personnes que j'ai croisé tout au long de ma formation, et tout particulièrement :

- Le Docteur CA. Yang-Ting, chef de service de pédiatrie du centre hospitalier d'Avranches, pour son savoir et son désir de le transmettre ;
- Le Docteur Luc Mauger du service d'hépato-gastro-entérologie du centre hospitalier de Bayeux, pour son calme, son sens clinique et sa technique ;
- Les Docteurs Chanteloube, Lemonnier et Leray de la maison médicale de Ducey (Manche), pour m'avoir transmis le goût de la médecine générale ;
- Les Docteurs Florian Sigaud, Pierre Mardelé et tous les autres urgentistes et infirmières du service des urgences du CHU de Caen pour ces gardes interminables et cette ambiance qui m'a presque fait aimer les urgences ;
- Le Docteur Régis Seigneur, Charlotte et toutes les autres infirmières du service de soins de supports du Centre François Baclesse, pour leur savoir et leur bonne humeur malgré le quotidien pas toujours facile ;
- Les Docteurs Caillet, Pachot et Rachine de Ouistreham pour leur confiance et leur soutien.

Je tiens bien sûr à remercier mes parents pour leur soutient tout au long de ces études, et pour ce précieux temps de relecture. A toi papa qui m'a transmis le goût pour cette profession et j'espère, tes qualités de médecin. A toi maman pour ton soutien indéfectible, et ce goût de l'aventure que tu m'as transmis.

A mes sœurs, Marie et Julie pour leur soutien dans les moments de doutes, et pour ces moments de joie qui feront toujours de nous une belle famille.

A mes grands-parents, à toi Tom Maman, à mes oncles et tantes et toute ma famille.

Mais surtout, merci à toi Lucie. Merci pour tout ce que tu m'apporte au quotidien, ton énergie, ta joie de vivre, ton gout du voyage, ton amour. Merci pour ton soutient, ta patiente et ton indulgence pendant ces longues soirées à travailler cette thèse. Place aux projets à deux maintenant. Je savais que je faisais bien de réviser à la bu !

Je ne pourrais pas terminer ces remerciements sans citer les Sauçards : Choko, Jaja, Riton, Vanvan, Bobonne, Guizmo, Fouet, Moenne, Colt, Sympho, Jéjé, Césaire, Picpic, Reno, Faf' la Gigue, Loupix, Pitrey, Sergio et parmi les derniers arrivés Goetz, Loulou et le Vogli sans qui ces longues années d'étude n'auraient pas été les mêmes, on est la promo de la décennie bordel (gné) !!!

Je suis aussi un peu obligé de citer les bolides Thuyt', Popo, Serge et toute la clic^^. Nin Nin !

Merci à tous mes colocs !

Pour finir, je remercie évidement mes amis de Flers : Erwanig, Maxime, David, Anne-Laure, Greg, Swann, Clément (et oui même toi Clément ;)) et Thomas qui m'apportent tous les jours.

Listes des Abréviations

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

BMS : Blessure Musculo-Squelettique

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DU : Diplôme Universitaire

EBM : Evidence Based Medecine

EN : Échelle Numérique

HAS : Haute Autorité de Santé

HVLA : High Velocity Low Amplitude

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MAC : Médecines Alternatives et Complémentaires

MMO : Médecine Manuelle-Ostéopathie

MO : Manipulation Ostéopathique

MSU : Maitre de Stage Universitaire

NS : Non Sportif

SNP : Sportif Non Professionnel

SOFMMOO : Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathique

SP : Sportif Professionnel

TGO : Traitement Général Ostéopathique

Listes des tableaux :

Tableau n°1 : Caractéristiques socioprofessionnels de la population de médecins

Tableau n°2 : Caractéristiques démographiques de la population de médecins

Tableau n°3 : Détenteurs d'un diplôme de médecine manuelle ostéopathie

Tableau n°4 : Répartition des prescripteurs / non prescripteurs non ostéopathes en fonction des caractères sociodémographiques du médecin

Tableau n°5 : Répartition des prescripteurs / non prescripteurs non ostéopathes en fonction des caractères professionnels et personnels du médecin

Tableau n°6 : Répartition des indications de radiographies avant manipulation, selon les médecins interrogés

Tableau n°7 : Répartition des médecins favorables à une formation sur l'ostéopathie au cours de la formation initiale de médecine générale

Tableau n°8 : Répartition des médecins non formés à l'ostéopathie, intéressé à suivre une formation de MMO

Tableau n°9 : Répartition de la distribution des questionnaires patient

Tableau n°10 : Caractéristiques sociodémographiques de la population de patients

Tableau n°11 : Revue de la littérature sur la perception des médecins concernant l'ostéopathie

Tableau n°12 : Revue de la littérature sur la perception des patients concernant l'ostéopathie

Liste des figures :

Figure n°1 : Répartition des ostéopathes français en 2019

Figure n°2 : Diagramme d'inclusion des questionnaires médecin

Figure n°3 : Répartition des diplômes de MAC chez les médecins généralistes qui en possèdent

Figure n°4 : Motifs d'orientation vers un ostéopathe autres que la prise en charge d'une BMS

Figure n°5 : Motifs de choix du professionnel

Figure n°6 : Motifs de refus d'orienter vers un ostéopathe

Figure n°7 : Connaissance des principes de l'ostéopathie

Figure n°8 : Connaissance des indications et contre-indications de l'ostéopathie

Figure n°9 : Connaissez-vous les principes de l'ostéopathie ?

Figure n°10 : Connaissez-vous les indications et contre-indications de l'ostéopathie ?

Figure n°11 : Répartition des médecins prescripteurs selon leur connaissance des recommandations SOFMMOO

Figure n°12 : Motifs de désintéressement à la formation MMO une fois installé

Figure n°13 : Diagramme d'inclusion des questionnaires patient

Figure n°14 : Qualification du professionnel consulté selon l'âge du patient

Figure n°15 : MO attendue selon le sexe du patient

Figure n°16 : Motifs de consultation en plus de la douleur, chez les patients douloureux

Figure n°17 : Répartition des patients douloureux ayant consulté un médecin en fonction de l'âge

Figure n°18 : Localisation des douleurs chez les patients douloureux

Figure n°19 : Place de l'ostéopathie dans la prise en charge d'une douleur

Figure n°20 : Place de l'ostéopathie dans la prise en charge d'une douleur en fonction de la consultation d'un médecin

Figure n°21 : Par qui connaissez-vous l'ostéopathe que vous consultez ?

Figure n°22 : Par qui l'ostéopathe consulté était-il connu en fonction de l'âge du patient ?

Figure n°23 : Nécessité d'un remboursement pour consulter un ostéopathe en fonction d'un avis médical

Figure n°24 : Type de MO réalisée selon le praticien

Tables des matières

INTRODUCTION 1

1. Définition 1

2. Histoire 1

2.1. Naissance aux États-Unis 1

2.2. Arrivée en Europe puis en France 2

3. Les formations à l'ostéopathie dispensées en France 2

3.1. Médecin ostéopathe 3

3.2. Kinésithérapeute, infirmière, sage-femme, ou autres professionnels de santé ostéopathes 3

3.3. Ostéopathe exclusif 4

4. Manipulation ostéopathique 4

4.1. MO structurelles 4

4.2. MO des tissus mous péri-articulaires 5

4.3. MO fonctionnelles 5

4.4. MO crânio-sacrée 6

5. Contre-indications et complications de l'ostéopathie 6

5.1. Contre-indications de l'ostéopathie 6

5.2. Complications de l'ostéopathie 6

6. Recommandations 7

6.1. Législation française 7

6.2. Responsabilité 7

6.3. Société française de médecine manuelle orthopédique et ostéopathique (SOFMMOO) 8

7. Revue de la littérature sur l'efficacité et la perception de l'ostéopathie 8

7.1. L'efficacité de l'ostéopathie 8

7.2. La perception de l'ostéopathie 9

8. Travail préliminaire 9

9. Objectif de l'étude 10

MATÉRIELS ET MÉTHODES 11

1. Étude Médecin 11

1.1. Type d'étude 11

1.2. Population étudiée 11

1.3. Définition de la perception pour la population de médecins 11

1.4. Questionnaire (Cf. Annexes 1) 11

1.5. Recueil de données 12

2. Étude Patient 12

2.1. Type d'étude 12

2.2. Population étudiée 12

2.3. Définition de la perception pour la population de patients 12

2.4. Questionnaire (Cf. Annexes 2) 13

2.5. Recueil de données 13

3. Analyses statistiques 14

RÉSULTATS ETUDE MÉDECIN 15

1. Diagramme d'inclusion 15

2. Caractéristiques socio-professionnelles de la population 15

2.1. Le sexe 15

2.2. L'âge 15

2.3. Le début d'activité 15

2.4. Le mode d'exercice 15

2.5. Statut 16

3. Caractéristiques démographiques de la population 16
3.1. Le lieu d'exercice 16
3.2. La distance d'exercice par rapport à Caen 17
4. Diplôme de MMO 17
4.1. Obtention d'un diplôme de MMO 17
4.2. Pratique régulière de l'ostéopathie 17
5. Autres diplômes de MAC 18
6. Recours à l'ostéopathie 18
6.1. Prescripteurs d'ostéopathie 18
6.2. Non prescripteurs d'ostéopathie 21
7. Connaissances de l'ostéopathie 22
7.1. Auto-évaluation 22
7.2. Indications des radiographies avant manipulation 24
8. Formation de médecine manuelle 26
8.1. Intérêt d'une formation à l'ostéopathie dans le cursus initial de médecine générale 26
8.2. Attrait pour cette formation de MMO optionnelle aujourd'hui 27
RÉSULTATS ETUDE PATIENT 29
1. Diagramme d'inclusion 29
2. Caractéristiques sociodémographiques de la population 30
3. Perception de l'ostéopathie 30
3.1. Qualification de l'ostéopathe consulté 30
3.2. MO attendues 31
3.3. Motif de consultation 32
3.4. Patients ayant consulté un médecin pour leur douleur 32
3.5. Localisation de la douleur 33
3.6. Place de l'ostéopathie dans la prise en charge d'une douleur 34
3.7. Fréquence de consultation d'un ostéopathe 36
3.8. Connaissance de l'ostéopathe consulté 36
3.9. Le remboursement par les mutuelles est-il nécessaire ? 37
4. Résultat de la consultation chez l'ostéopathe 38
4.1. Informations concernant les gestes à venir 38
4.2. Patients ayant bénéficié d'une radiographie du rachis cervical avant manipulation 38
4.3. Satisfaction 39
4.4. MO effectuées 39
4.5. Résultats de la consultation 39
4.6. Variation avant-après consultation de l'échelle numérique de la douleur 40
4.7. Autres thérapeutiques bénéficiées pour cette douleur 40
DISCUSSION 41
1. Représentativité des échantillons 41
1.1. Médecins 41
1.2. Patients 41
2. Perception des médecins concernant l'ostéopathie 41
2.1. Recours des médecins à l'ostéopathie 41
2.2. Formation de médecine manuelle 44
2.3. Connaissances de l'ostéopathie 45
3. Perception des patients concernant l'ostéopathie 46
3.1. Place de l'ostéopathie au sein du système de santé selon le patient 46
3.2. Motifs de consultation 47
3.3. MO attendues 48
3.4. Efficacité de la consultation chez l'ostéopathe 48
4. Limites 50
4.1. Populations étudiées 50

CONCLUSION ***52***

BIBLIOGRAPHIE ***53***

ANNEXES ***58***

INTRODUCTION

1. Définition

Du grec « osteo = os » et « pathos = souffrance », l'ostéopathie fait partie des médecines dites non conventionnelles, appartenant aux Médecines Alternatives et Complémentaires (MAC), selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (1), car ne rentrant pas dans le cadre de l'*evidence based medicine* (EBM) ou de la *médecine fondée sur les preuves* (2). En France, le recours au MAC est croissant depuis plusieurs décennies, 42,6 % des patients ont eu recours au MAC dans leur vie (3). Il s'agit d'une discipline récente, pour laquelle la rédaction d'une définition concise est ardue. Selon le Registre des Ostéopathes de France (ROF) : "*l'ostéopathie consiste, dans une compréhension globale du patient, à prévenir, diagnostiquer et traiter manuellement les dysfonctions de la mobilité des tissus du corps humain susceptibles d'en altérer l'état de santé*." (4)

Cette notion holistique se retrouve dans la définition spécifique de ce qu'est la médecine manuelle - ostéopathie (MMO) : "*une pratique exclusivement manuelle visant à diagnostiquer et traiter une dysfonction au sens large du terme, un dérangement bénin, mécanique et/ou réflexe, d'une structure articulaire, vertébrale ou périphérique, ainsi que des tissus mous, de même que les douleurs projetées qui en résultent*." (5)

2. Histoire

2.1. Naissance aux États-Unis

C'est à la fin du XIXe siècle que l'ostéopathie fut créée par l'américain Andrew Taylor Still (1828-1917). Ce médecin pratiqua aussi la chirurgie pendant la guerre de Sécession. Déçu par les ressorts de la médecine après la perte de quatre membres de sa famille par méningite, cet autodidacte rompit avec la médecine traditionnelle américaine de son époque et exposa ses théories et résultats sur l'ostéopathie. En 1874, il fonda les principes de l'ostéopathie grâce à sa parfaite connaissance de l'anatomie et de la physiologie du corps humain. Il abandonna la médecine allopathique pour se consacrer à sa démarche ostéopathique de "chercher la cause, retirer l'obstruction et laisser le remède de la nature, le sang artériel être le docteur" (6).

En 1892, face aux succès médicaux, Still fonda la première école d'ostéopathie à Kirksville, l'American School of Osteopathy (7,8).
L'ostéopathie est donc à son origine, une médecine élaborée dans le scepticisme à l'égard de la médecine du XIXème siècle, à partir des leçons de la nature, sur fond de principes religieux (9).

2.2. Arrivée en Europe puis en France

John-Martin Littlejohn, élève de Still, créa en 1917 la première école d'ostéopathie européenne à Londres, et ce n'est qu'en 1990 que le Royaume-Uni légalisa cette discipline.
L'ostéopathie voit son apparition en France dans les années 1960, et seuls les médecins ont le monopole d'exercice. Il faudra attendre la loi Kouchner du 4 mars 2002, pour voir apparaître une législation autorisant l'usage professionnel du titre d'ostéopathe, sous certaines conditions, aux non médecins (9).
Les décrets d'application, parus cinq ans plus tard, ont commencé à donner un cadre réglementaire à la formation, aux conditions d'exercice et à l'étendue du champ de compétences sur lequel il s'exerce.

3. Les formations à l'ostéopathie dispensées en France

Il existe une multitude de professionnels pouvant prétendre au titre d'ostéopathe en France. La législation est bien précise sur ce point (10,11). Les ostéopathes sont actuellement au nombre croissant de 31 500, de toutes origines confondues (Figure n°1) (12), alors que seulement 26 200 étaient recensés sur le territoire en 2016 (13). Ce qui correspond aujourd'hui, à une densité d'1 ostéopathe pour 2 100 habitants en France. Par comparaison, ce chiffre était de1 pour 4 000 aux États-Unis en 2013 (82 100 ostéopathes), de 1 pour 13 000 en Australie en 2015 (1 900 ostéopathes) et de 1 pour 14 300 au Royaume-Uni en 2015 (4 600 ostéopathes).

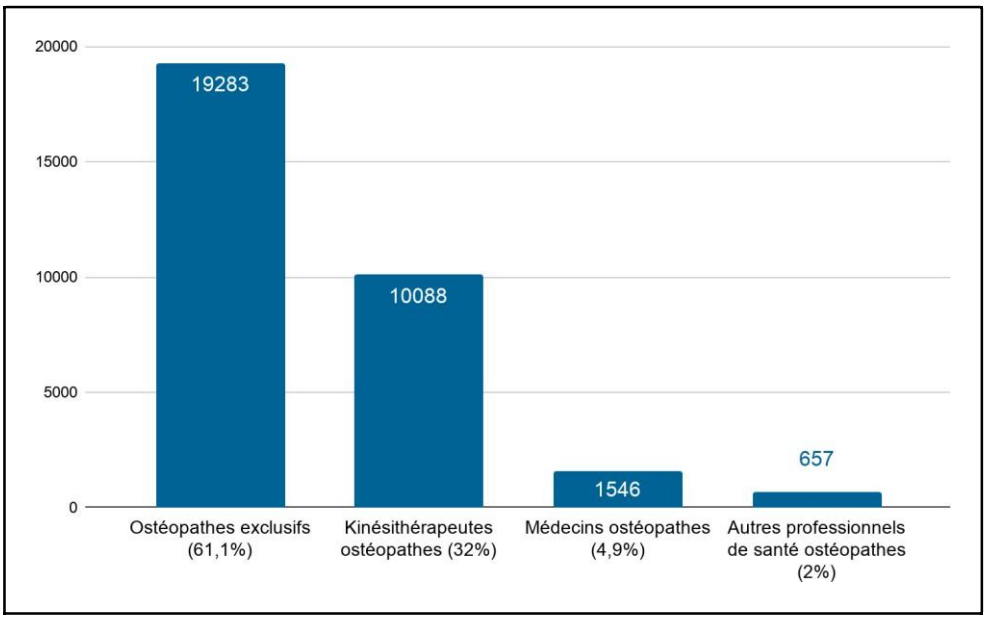


Figure n°1 : Répartition des ostéopathes français en 2019 (12)

3.1. Médecin ostéopathe

La formation dispensée aux médecins ostéopathes consiste en un Diplôme Universitaire (DU) de MMO obtenu au terme de 3 ans (436 heures de formation théorique et 300 heures de formation pratique).

Elle est accessible aux docteurs en médecine (généralistes et spécialistes) et aux étudiants en médecine à partir du troisième cycle.

En janvier 2019, les médecins ostéopathes étaient 1546 recensés au fichier ADELI, soit 4,9% des ostéopathes du territoire (12).

3.2. Kinésithérapeute, infirmière, sage-femme, ou autres professionnels de santé ostéopathes

Il existe plusieurs formations réservées aux professionnels de santé. Aujourd'hui, 11 établissements agréés leurs sont réservés en France. Ces formations se déroulent sous forme de séminaires de quelques jours par mois, pendant 2 à 5 ans (1900 heures pour les kinésithérapeutes et sages-femmes ; 2300 heures pour les pédicures-podologues et les infirmiers) (14).

Les kinésithérapeute ostéopathes représentent 32% (n = 10 088) de l'effectif national, et 94% des professionnels de santé (12).

Les autres professionnels de santé (infirmière, sage-femme, podologue), représentent seulement 2% (n = 657) des ostéopathes français en 2019.

3.3. Ostéopathe exclusif

Les ostéopathes exclusifs, aussi appelé “non professionnels de santé” ou encore “ni-ni” (sous-entendu ni médecin, ni professionnel de santé) sont formés dans des écoles d’ostéopathies privées. Le nombre de ces écoles étaient, il n’y a encore pas longtemps, en constante augmentation.

Ces établissements dispensant la formation des ostéopathes exclusifs, ont dû se soumettre au nouvel agrément du décret de septembre 2014 (10), réduisant à 25 leur nombre aujourd’hui en France.

La formation a elle aussi bénéficié d’un nouveau décret (11). Ainsi, pour obtenir le titre d’ostéopathe, les bacheliers, doivent justifier de 4860 heures de formation réparties sur 5 ans, dont 1500 heures de pratique clinique incluant 150 consultations complètes et validées (14).

Ils sont au nombre de 19 300 en janvier 2019, et représentent 61% des ostéopathes français (12). Pour comparaison, ils étaient 15 000 et représentaient 57% des ostéopathes en 2016 (13).

4. Manipulation ostéopathique

Une manipulation ostéopathique (MO) peut être définie comme un “*geste spécifique et contrôlé qui restaure la mobilité du ou des mouvements mineurs perturbés dans les limites des amplitudes physiologiques et qui restaure les qualités fonctionnelles des* tissus mis en relation” (15). Elle peut être directe (entraînant l’articulation dans le sens où le jeu articulaire est limité en vue de rétablir la totalité du jeu articulaire) ou indirecte (entraînant l'articulation dans le sens où le jeu articulaire est le plus libre possible, en vue de rééquilibrer les tensions musculaires et d'entraîner un relâchement musculaire), centrée sur des articulations ou appliquée de manière globale, de forte ou faible force mobilisatrice.

4.1. MO structurelles

La technique la plus connue, et utilisée en ostéopathie, est une MO directe, spécifique, de force accélératrice rapide et de faible amplitude (High Velocity Low Amplitude -

HVLA), aussi appelée traitement de mobilisation avec impulsion, ou thrust. Le bruit de craquement caractéristique qui accompagne une manipulation de ce type est lié à un phénomène de cavitation au sein d'une ou plusieurs articulations zygapophysaires (16).

4.2. MO des tissus mous péri-articulaires

4.2.1. Traitement Général Ostéopathique (TGO)

Le TGO, introduit par John Martin Littlejohn, consiste en un ensemble de manœuvres d'évaluations et de corrections des différentes restrictions de l'extensibilité des tissus musculo-aponévrotiques : contractures, spasmes, rétractions musculaires (17).

4.2.2. Techniques myotensives

Ces MO, mises au point par Fred Mitchell (États-Unis), sont des manœuvres basées sur des contractions musculaires actives effectuées par le patient contre résistance de l'opérateur dans un but de décontraction.

4.3. MO fonctionnelles

Il s'agit d'une méthode de traitement indirect dans lequel le praticien guide la procédure tout en palpant la zone en dysfonction, de façon à obtenir un feedback continu de la réponse physiologique à ce mouvement induit. Le praticien guide la partie en dysfonction pour créer une diminution de la sensation de résistance tissulaire (15).

4.3.1. Counterstrain

C'est un système de diagnostic et de traitement développé par Lawrence Jones (États-Unis), qui considérait la dysfonction comme un réflexe de contrainte continue et inapproprié que l'on peut inhiber en appliquant une légère contrainte dans la direction parfaitement opposée à celle du réflexe de contrainte incorrect (15).

4.3.2. Viscérale

Les techniques employées consistent à appréhender le viscère par une approche palpatoire douce. La correction se fait grâce à la respiration qui mobilise l'ensemble des structures internes du corps (18).

4.4. MO crânio-sacrée

William Garner Sutherland (Ecosse) considérait que l'ostéopathe par son sens du toucher était capable de sentir des mouvements spécifiques au niveau du crâne. Ces techniques visent à diminuer les facteurs de tension, de compression et de déviation ressentis à la palpation du crâne et de l'axe cranio-sacré .

5. Contre-indications et complications de l'ostéopathie

5.1. Contre-indications à l'ostéopathie

Les contre-indications à l'ostéopathie sont essentiellement liées au patient, la première étant l'absence de consentement de ce dernier. Elles sont d'ordre absolue et relative (15,19,20).

5.1.1. Contre-indications absolues

- Toute pathologie des artères vertébrales ;
- Affections rachidiennes tumorales, infectieuses, fracturaires, malformatives (Arnold-Chiari, canal cervical étroit, etc.), inflammatoires, post-traumatiques récentes (moins de six semaines), compressives sur hernie ou ostéophytose ;
- Rachialgies d'origine viscérale (pancréatique, biliaire, gastrique, pleuropulmonaire, cardiaque) ;
- Ostéoporose avec tassement récent.

5.1.2. Contre-indications relatives

- Fragilité osseuse : ostéoporose, ostéopénie ;
- Enraidissement important du rachis : arthrose évoluée, scoliose prononcée, arthrodèse chirurgicale ;
- Traitement par anticoagulants, trouble de la coagulation ;
- Âges extrêmes de la vie.

5.2. Complications de l'ostéopathie

Les complications de l'ostéopathie sont le plus fréquemment d'ordre vasculaire, mais aussi neurologique et ostéo articulaire (15,19,21,22). A l'étage cervical, la fréquence des accidents post manipulatifs est de l'ordre de 1,3/100 000 manipulations, et la fréquence des accidents vertébro-basilaires est de 3,4/100 000 manipulations

cervicales d'après Dupeyron et al. dans une étude rétrospective réalisée sur la fréquence des accidents liés aux manipulations vertébrales en France (22).

5.2.1. Vasculaires

- Accidents vasculaires cérébraux type vertébro-basilaire ;
- Accidents carotidiens.

5.2.2. Neurologiques

- Syndrome de la queue de cheval ;
- Accidents médullaires ;
- Accidents radiculaires.

5.2.3. Ostéo-articulaires

- Aggravation d'un tassement vertébral ostéoporotique, pathologique ;
- Fracture de côte ;
- Aggravation d'une fracture préexistante, entorse ou luxation.

6. Recommandations

6.1. Législation française

Selon l'article 3 du Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe et non professionnels de santé, nécessitent un certificat établi par un médecin attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie, pour effectuer des manipulations du rachis cervical, et manipuler les nourrissons de moins de 6 mois (23).

6.2. Responsabilité

Comme le rappel le CNOM (24), lorsqu'un ostéopathe non-médecin, reçoit un patient adressé (oralement ou par écrit) par un médecin, et en cas de faute de la part de l'ostéopathe, la responsabilité peut être partagée avec le médecin prescripteur.

6.3. Société française de médecine manuelle orthopédique et ostéopathique (SOFMMOO)

Suite à une revue de la littérature des complications de l'ostéopathie, Maigne et al. (21) éditent en 2007 des recommandations concernant l'imagerie et l'ostéopathie :

→ Avant toute manipulation du rachis cervical, des radiographies sont indispensables, quelle que soit l'ancienneté de la douleur.

→ Pour toute manipulation des articulations sacro-iliaques, du rachis lombaire et du rachis thoracique, il n'y a pas lieu de demander systématiquement une radiographie. Le médecin devra se conformer aux recommandations internationales qui préconisent une radiographie en cas de douleur chronique, ou lorsque les signes d'alertes sont présents.

→ Lorsque le patient souhaite de façon insistante une radiographie médicalement non justifiée et qu'un traitement manipulatif est indiqué, cette radiographie doit être réalisée, car le geste manipulatif nécessite la pleine coopération du patient.

7. Revue de la littérature sur l'efficacité et la perception de l'ostéopathie

7.1. L'efficacité de l'ostéopathie

Une revue de la littérature à propos de l'efficacité de l'ostéopathie a mis en évidence une faiblesse des publications et des méthodologies utilisées, menant à des preuves de faible qualité (3) :

- Schulz et al. (2019-Etats-Unis) (25) mettent en évidence l'absence d'amélioration des lombalgies chez les personnes âgées grâce aux manipulations vertébrales, mais une amélioration de leur satisfaction à l'égard des soins.
- Porcari et al. (2019-Italie) (26), dans une étude pilote, estiment que le traitement ostéopathique pourrait être utile dans le cadre de la réadaptation des patients atteints de scléroses en plaques, en particulier en ce qui concerne l'anxiété et la fatigue.
- Cerritelli et al. (2017) (27) suggèrent, dans une revue systématique de la littérature, un faible niveau préliminaire de preuves d'efficacité du traitement ostéopathique dans la prise en charge des céphalées.

- Barry et Falissard (2012-France) (15), dans le rapport de l'évaluation de l'ostéopathie réalisée au sein de l'INSERM, estiment que les résultats sont peu probants avec des problèmes méthodologiques.

7.2. La perception de l'ostéopathie

Ensuite, nous avons axé notre recherche bibliographique sur la perception de l'ostéopathie qui met en exergue de prime abord, une différence entre la perception des patients et celle des médecins :

- Vaughan et al. (2019-Australie) (28) décrivent que les patients de leur étude étaient largement satisfaits du traitement et positifs quant à leur perception du traitement ostéopathique reçu.
- Lam et al. (2019-Canada) (29), après une revue de la littérature, font état d'une expérience et d'une satisfaction positive du traitement ostéopathique par les patients.
- Grace et al. (2018-Australie) (30), après avoir interrogé les médecins généralistes australiens sur l'ostéopathie, rapportent un avis défavorable par manque d'innocuité et d'efficacité, une insuffisance de formation, et des pratiques douteuses de certains praticiens selon les médecins interrogés.
- Leininger et al. (2014-Etats-Unis) (31) dans une étude randomisée concernant la satisfaction de prise en charge des cervicalgies, mettent en évidence une plus grande satisfaction des manipulations rachidiennes associées aux exercices et conseils à domicile, par rapport aux soins médicaux classiques associés aux exercices et conseils à domicile.

Cette revue de la littérature met en évidence un faible niveau de preuve de l'efficacité de l'ostéopathie, néanmoins les patients semblent satisfaits, et ont une bonne perception de l'ostéopathie.

8. Travail préliminaire

Pour l'obtention du Diplôme Universitaire d'ostéopathie clinique et fonctionnel dispensé par la faculté de Caen, nous avons réalisé, pour notre mémoire de fin de cursus, une étude observationnelle, prospective portant sur la perception de l'ostéopathie par le patient en fonction de son activité physique. Nous avons mis en évidence que les sportifs professionnels (SP) consultaient plus fréquemment un

ostéopathe, plus de manière préventive, et recherchaient des MO avec craquement, comparativement aux sportifs non professionnels (SNP), et aux non sportifs (NS). De plus la satisfaction des patients aux MO était quasiment complète. C'est ainsi que nous avons voulu étendre ce travail à tous les patients consultant un ostéopathe, et le compléter par l'avis des médecins libéraux.

9. Objectif de l'étude

Il existe un engouement manifeste des patients et des praticiens de la médecine conventionnelle pour les MAC (3). Au vu de nos recherches bibliographiques, de notre travail préliminaire, et en l'absence d'études similaires réalisées en France, l'objectif principal de notre travail est l'étude de la perception des médecins généralistes et rhumatologues libéraux, ainsi que celle des patients concernant l'ostéopathie en Basse Normandie.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Deux études distinctes ont été réalisées, dans la première, ont été interrogé des médecins généralistes et des rhumatologues libéraux quant à leur avis concernant l'ostéopathie, et leur recours au quotidien.
La seconde a interrogé les patients consultants un ostéopathe, sur la perception qu'ils avaient de l'ostéopathie.

1. Étude Médecin

1.1. Type d'étude

Une étude observationnelle, descriptive, transversale, qualitative concernant l'avis des médecins à propos de l'ostéopathie a été réalisée.

1.2. Population étudiée

Les médecins généralistes - Maîtres de Stage Universitaire (MSU) de la faculté de médecine de Caen et les rhumatologues libéraux, faisant partie de l'association des rhumatologues Bas Normands, ayant répondu au questionnaire de juillet à septembre 2019, ont été inclus dans l'étude.
Les questionnaires incomplètement remplis ont été exclus de l'étude.

1.3. Définition de la perception pour la population de médecins

Par perception des médecins concernant l'ostéopathie, comme vu dans la littérature (29,31–33), nous avons considéré le recours ou non que pouvaient avoir les médecins à l'ostéopathie, et leur avis quant à la place d'une formation à ce sujet dans le cursus médical.

1.4. Questionnaire (Cf. Annexe 1)

Le questionnaire a été rédigé informatiquement sur la plateforme Limesurvey, à partir de questionnaires préexistants (20,32,34), et a été validé par le guichet d'orientation de l'université de Caen.
Il était constitué de 28 questions réparties en 4 parties.
La première (12 questions), concernait les caractéristiques sociodémographiques. La deuxième (9 questions) interrogeait sur le recours ou non du praticien à l'ostéopathie.

La troisième (4 questions) questionnait sur les connaissances du répondant vis à vis de l'ostéopathie.
La dernière partie (3 questions) traitait de la formation de médecine manuelle et de son éventuel intérêt dans le cursus de médecine générale.
Avant son envoi, le questionnaire a été testé par dix médecins généralistes. Leurs remarques ont apporté un éclairage qui a permis de préciser et d'élaguer certaines questions pour aboutir à sa version définitive.

1.5. Recueil de données

Le questionnaire a été envoyé par courrier électronique, par l'intermédiaire de la scolarité de la faculté de médecine de Caen, et de l'association des rhumatologues Bas Normands.
Un premier envoi, suivi d'une relance à 10 jours a été effectué pour les médecins généralistes - MSU.
Un seul envoi a été effectué pour les rhumatologues.

2. Étude Patient

2.1. Type d'étude

Une étude observationnelle, descriptive, transversale, qualitative, concernant l'avis d'une population de patients consultant un ostéopathe dans la région caennaise, a été réalisée.

2.2. Population étudiée

Les femmes et les hommes majeurs, parlant français, et consultant un ostéopathe de la région caennaise de mai à septembre 2019, avec ou sans avis médical préalable, ont été inclus dans l'étude.
Les patients mineurs, sous tutelle et ceux n'ayant pas répondu intégralement à la première partie du questionnaire (c'est-à-dire au moins jusqu'à la question 2 de la 2e partie) ont été exclus de l'étude.

2.3. Définition de la perception pour la population de patients

La définition de la perception de l'ostéopathie selon les patients, inspirée de la littérature (27,28,30,35), était la place qu'attribuaient le patient à l'ostéopathie dans le

système de soins, ainsi que de l'efficacité ressentie par le patient après consultation d'un ostéopathe.

2.4. Questionnaire (Cf. Annexe 2)

Un questionnaire papier a été rédigé à partir de questionnaires préexistants (36,37), et a été validé par le guichet d'orientation de l'université de Caen.
Le questionnaire était constitué de 26 questions, divisées en 3 grandes parties.
La première partie (6 questions) traitait des données épidémiologiques, la deuxième (10 questions) concernait la consultation d'ostéopathie en elle-même, ainsi que la perception qu'ont les patients de l'ostéopathie. La troisième (10 questions) concernait le ressenti du patient dans les suites de cette consultation.
Pour ce faire, les patients volontaires, ayant renseignés leur numéro de téléphone personnel, ont été contacté entre quinze jours et trois mois après la consultation chez l'ostéopathe afin d'étudier les résultats de cette consultation. Si la personne ne répondait pas au premier appel, un message vocal expliquant l'objet de l'appel était laissé sur le répondeur, puis un nouvel appel était réalisé le lendemain (sans message), voire, en l'absence de réponse, un troisième appel le surlendemain (de nouveau sans message).
Avant sa diffusion, le questionnaire a été testé par dix personnes n'appartenant pas au corps médical, et par un médecin-ostéopathe, directeur de formation du Diplôme Universitaire d'Ostéopathie Clinique et Fonctionnelle à la faculté de médecine de Caen. Leurs remarques ont apporté un éclairage qui a permis de préciser et d'élaguer certaines questions pour aboutir à sa version définitive.

2.5. Recueil de données

Le questionnaire a été distribué dans dix cabinets d'ostéopathie de la région caennaise, tirés au sort. Pour le tirage au sort, un ostéopathe sur deux a été sélectionné lors de la recherche "médecine manuelle ostéopathie - Caen" sur le site internet des pages jaunes. Sur les 10 ostéopathes sélectionnés, quatre ont accepté de participer à l'étude. Ce processus a été répété avec la recherche "ostéopathe - Caen", sur les 10 nouveaux ostéopathes sélectionnés, six ont accepté de participer à l'étude.

Un total de 4 ostéopathes exclusifs, 3 kinésithérapeutes ostéopathes, et 3 médecins ostéopathes ont ainsi été inclus.
Le questionnaire a é té remis, en mains propres aux professionnels (à l'exception d'un), sous couvert d'explications orales (ou écrites si le professionnel ne pouvait pas être rencontré). Les consignes laissées au praticien, pour la remise du questionnaire aux patients, étaient de le faire remplir avant la consultation, et qu'il soit remis à l'ostéopathe à l'issu de celle-ci.
Chaque patient a reçu une information écrite, et a répondu sur la base du volontariat et de façon anonyme.

3. Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont é té obtenues grâce à IBM SPSS Statistics 20.0 for Windows. Le niveau de significativité a été fixé à $p<0,05$.

Les variables qualitatives ont été présentées sous la forme de pourcentage. Les données manquantes sont signalées et estimées.

Enfin, nous avons effectué des tests de répartition en utilisant le test du chi^2. Lorsque les effectifs étaient trop faibles, le test exact de Fischer a été utilisé.

RÉSULTATS ETUDE MÉDECIN

1. Diagramme d'inclusion

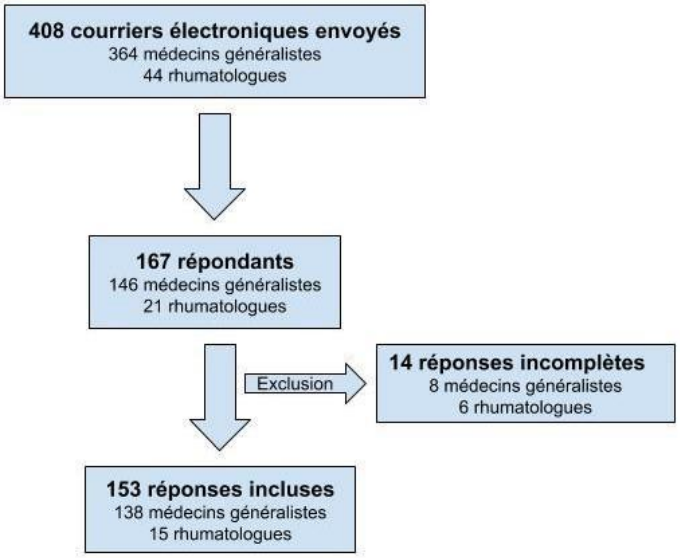


Figure n°2 : Diagramme d'inclusion des questionnaires médecin

Sur les 408 questionnaires envoyés par courriers électroniques aux médecins généralistes - MSU et rhumatologues, 167 ont été remplis, et 153 de manière intégrale, soit 37,5% d'inclusion (Figure n°2).

2. Caractéristiques socio-professionnelles de la population (Tableau n°1)

2.1. Le sexe

La population de médecins généralistes était comparable à celle des rhumatologues, concernant le sexe (p=0,82), avec presque autant d'hommes chez les médecins généralistes (63,8%), que chez les rhumatologues (66,7%).

2.2. L'âge

Une différence significative a été observée concernant l'âge de ces deux populations (p=0,014). Ainsi les deux groupes ne sont pas homogènes sur l'âge.

2.3. Le début d'activité

Une différence significative a été observée quant au début d'activité (p=0,009).
Les deux groupes ne sont pas non plus homogènes concernant le début d'activité.

2.4. Le mode d'exercice

Aucune différence n'a été observée concernant le mode d'exercice (p=0,51). Quasiment autant de médecins généralistes (80,4%) que de rhumatologues (75,3%) exercent en cabinet de groupe.

2.5. Statut

Il en est de même du statut (p=0,098), avec la quasi-totalité des rhumatologues (93,3%) installés et ce, comme les médecins généralistes (100%).

	Médecins généralistes	**Rhumatologues**	**p**
Sexe			
Femme	50 (36,2%)	5 (33,3%)	p=0,82
Homme	88 (63,8%)	10 (66,7%)	
Âge			
Moins de 35 ans	11 (8%)	3 (20%)	
Entre 36 et 55 ans	67 (48,6%)	2 (13,3%)	p=0,014*
Plus de 56 ans	60 (43,5%)	10 (66,7%)	
Début d'activité			
Moins de 5 ans	9 (6,5%)	4 (26,7%)	
Entre 6 et 10 ans	30 (21,7%)	0 (0%)	p=0,009*
Plus de 11 ans	99 (71,7%)	11 (73,3%)	
Mode d'exercice			
Seul(e)	27 (19,6%)	4 (26,7%)	p=0,51
En groupe	111 (80,4%)	11 (73,3%)	
Statut			
Installé(e)	138 (100%)	14 (93,3%)	p=0,098
Remplaçant(e)	0 (0%)	1 (6,7%)	

Tableau n°1 : Caractéristiques socioprofessionnelles de la population de médecins

* signifie différence significative (p<0,05)

3. Caractéristiques démographiques de la population (Tableau n°2)

3.1. Le lieu d'exercice

Les rhumatologues de l'étude exerçaient de manière significative, plus en région urbaine (66,7%), comparativement aux médecins généralistes (32,6%) (p=0,046).

3.2. La distance d'exercice par rapport à Caen

Les rhumatologues, comme les médecins généralistes exerçaient proportionnellement à la même distance de Caen (p=0,48).

	Médecins généralistes	Rhumatologues	p
Lieu d'exercice			
Région Urbaine	45 (32,6%)	10 (66,7%)	p=0,046*
Région semi rurale	52 (37,7%)	3 (20%)	
Région rurale	41 (29,7%)	2 (13,3%)	
Distance d'exercice par rapport à Caen			
À < 50 km	49 (35,5%)	8 (53,3%)	p=0,48
Entre 50 et 100 km	49(35,5%)	4 (26,7%)	
À > 100 km	40 (29%)	3 (20%)	

Tableau n°2 : Caractéristiques démographiques de la population de médecins

* signifie différence significative (p<0,05)

4. Diplôme de MMO (Tableau n°3)

4.1. Obtention d'un diplôme de MMO

Les médecins généralistes possédaient autant un diplôme MMO que les rhumatologues (p=0,12).

4.2. Pratique régulière de l'ostéopathie

Aucune différence n'a été observée concernant les pratiquants réguliers chez les détenteurs d'un diplôme de MMO (p=0,66). Une majorité (53,3%) des médecins généralistes possédant un diplôme de MMO pratiquaient encore régulièrement l'ostéopathie, et ce comme un tiers (33,3%) des rhumatologues.

	Médecins généralistes	Rhumatologues	p
Possédez-vous un diplôme de Médecine Manuelle-Ostéopathie (MMO) ?			
Oui	30 (21,7%)	6 (40%)	p=0,12
Non	108 (78,3%)	9 (60%)	
Pratiquez-vous régulièrement l'ostéopathie ?			
Oui	16 (53,3%)	2 (33,3%)	
Non	14 (46,7%)	4 (66,7%)	

Tableau n°3 : Détenteurs d'un diplôme de médecine manuelle-ostéopathie

5. Autres diplômes de MAC

Aucun rhumatologue ne possédait d'autre diplôme de MAC.

Une minorité des médecins généralistes (15,2%) possédait au moins un diplôme de MAC, et pour 47,6% d'entre eux il s'agissait de la mésothérapie (Figures n°3).

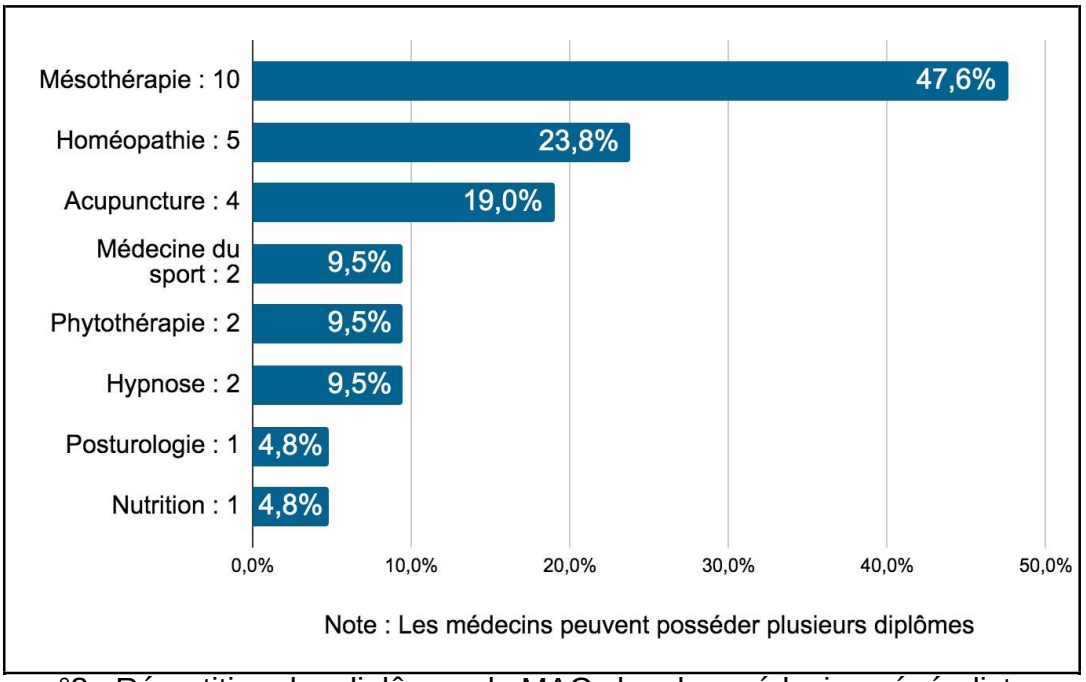


Figure n°3 : Répartition des diplômes de MAC chez les médecins généralistes qui en possèdent

6. Recours à l'ostéopathie

Une majorité (n=118, 77,1%) des médecins interrogés, 79% des médecins généralistes et 60% des rhumatologues, adressaient leurs patients à un ostéopathe. Sur les 35 médecins qui n'adressaient pas leurs patients vers un ostéopathe, huit pratiquaient eux même des techniques de médecine manuelle, ainsi seulement 27 médecins (17,6%) non ostéopathes ne prescrivaient pas.

6.1. Prescripteurs d'ostéopathie

6.1.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population (Tableau n°4)

Dans cette étude, le sexe n'a pas d'impact sur la prescription de l'ostéopathie (p=0,17). Il n'a pas été observé de différence quant à l'âge chez les prescripteurs (p=0,36). L'expérience, représentée par le nombre d'années d'exercice (p=0,44), le mode (p=0,83) et le lieu d'exercice (p=0,24) n'ont pas eu d'impact sur la prescription de l'ostéopathie.

Les médecins prescripteurs exerçant dans une périphérie inférieure à 50 km de Caen prescrivaient, significativement plus (44,1%) que ceux exerçant à plus de 50 km (32,2%), et à plus de 100 km de Caen (23,7%) (p=0,0048).

	Prescripteurs	Non prescripteurs, non ostéopathes	p
Sexe			
Femme	47 (39,8%)	7 (25,9%)	p=0,17
Homme	71 (60,2%)	20 (74,1%)	
Âge			
Moins de 35 ans	13 (11%)	1 (3,7%)	
Entre 36 et 55 ans	55 (46,6%)	11 (40,7%)	p=0,36
Plus de 56 ans	50 (42,4%)	15 (55,6%)	
Début d'activité			
Moins de 5 ans	11 (9,3%)	2 (7,4%)	
Entre 6 et 10 ans	26 (22%)	3 (11,1%)	p=0,44
Plus de 11 ans	81 (68,6%)	22 (81,5%)	
Lieu d'exercice			
Région urbaine	45 (38,1%)	6 (22,2%)	
Région semi rurale	40 (33,9%)	13 (48,1%)	p=0,24
Région rurale	33 (28%)	8 (29,7%)	
Distance d'exercice par rapport à Caen			
Moins de 50 km	52 (44,1%)	3 (11,2%)	
Entre 50 et 100 km	38 (32,2%)	12 (44,4%)	p=0,0048*
Plus de 100 km	28 (23,7%)	12 (44,4%)	
Mode d'exercice			
Seul	24 (20,3%)	6 (22,2%)	p=0,83
En groupe	94 (79,7%)	21 (77,8%)	

Tableau n°4 : Répartition des prescripteurs / non prescripteurs non ostéopathes en fonction des caractères sociodémographiques du médecin

* signifie différence significative (p<0,05)

6.1.2. Caractéristiques professionnelles de la population (Tableau n°5)

Aucune différence n'a été observée concernant la spécialité (p=0,26). L'exercice d'une MAC n'impactait pas sur la prescription d'ostéopathie (p=0,74).

Les médecins ayant déjà bénéficié, à titre personnel, d'un traitement ostéopathique (63,8%) prescrivaient significativement plus que ceux n'en ayant jamais bénéficié (36,4%) (p=0,0000001).

Les médecins prescripteurs ayant déjà reçu un patient orienté par un ostéopathe ne prescrivaient pas moins que ceux n'en ayant jamais reçu (p=0,19).

		Prescripteurs	Non prescripteurs, non ostéopathes	p
Spécialité				
	Médecin généraliste	109 (79%)	23 (85,2%)	p=0,26
	Rhumatologue	9 (60%)	4 (14,8%)	
Détenteurs de diplôme de MAC				
	Oui	15 (12,7%)	2 (7,4%)	p=0,74
	Non	103 (87,3%)	25 (92,6%)	
Médecin ayant déjà bénéficié d'un traitement ostéopathique				
	Oui	75 (63,8%)	2 (7,4%)	p=0,0000001*
	Non	43 (36,4%)	25 (92,6%)	
Patient déjà adressé au médecin par un ostéopathe				
	Oui	77 (65,3%)	14 (51,9%)	p=0,19
	Non	41 (34,7%)	13 (48,1%)	

Tableau n°5 : Répartition des prescripteurs / non prescripteurs non ostéopathes en fonction des caractères professionnels et personnels du médecin

* signifie différence significative (p<0,05)

6.1.3. Motifs d'orientation vers un ostéopathe

Dans la majorité des cas (108 sur 118 médecins, soit 91,5%), l'orientation vers un ostéopathe était dans le cadre de la prise en charge d'une blessure musculo-squelettique (BMS). Les diagnostics ostéopathiques, les conseils sportifs, la prise en charge des femmes enceintes et des nourrissons, des troubles fonctionnels, l'avis d'un confrère chez les praticiens ainsi que la posturologie étaient les motifs rapportés après la prise en charge d'une BMS (Figure n°4).

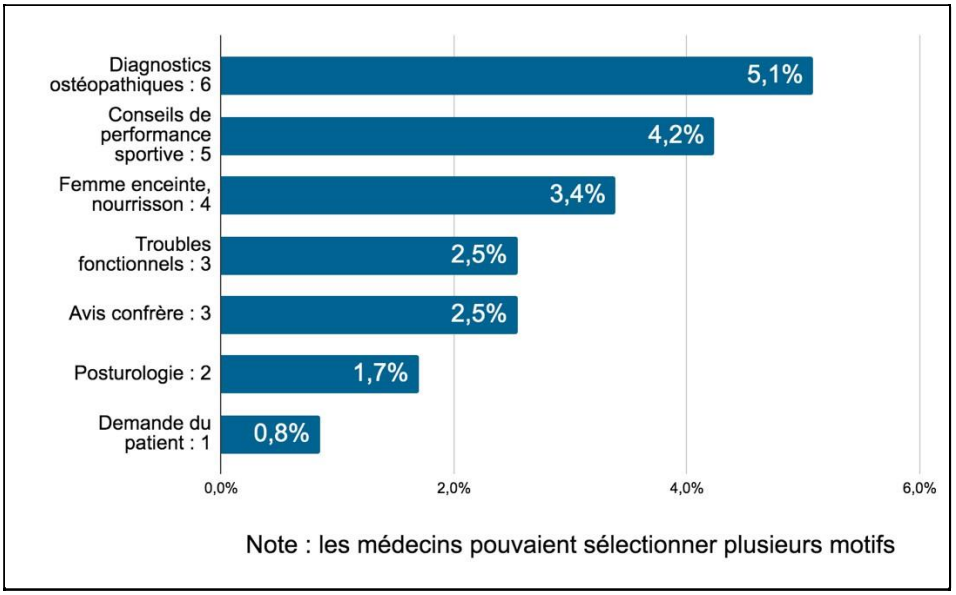


Figure n°4 : Motifs d'orientation vers un ostéopathe autres que la prise en charge d'une BMS

6.1.4. Choix du professionnel

Les médecins prescripteurs adressaient leurs patients majoritairement à un kinésithérapeute ostéopathe (64,4%), puis à un médecin ostéopathe (50,8%), et enfin à un ostéopathe exclusif (43,2%).

Les motivations de ce choix de professionnel ont été précisé par 52 médecins, soit 44,1% des prescripteurs d'ostéopathie (Figure n°5).

Le kinésithérapeute ostéopathe gagnait la confiance du médecin prescripteur de par sa formation (57,9%) et sa pratique quotidienne (26,3%). Le médecin ostéopathe était préféré exclusivement (100%) sur la base de sa formation médicale. L'ostéopathe exclusif était lui préféré de par sa pratique exclusive de l'ostéopathie (45,4%), son accessibilité (18,2%) et la confiance qu'avait le médecin prescripteur envers lui (18,2%).

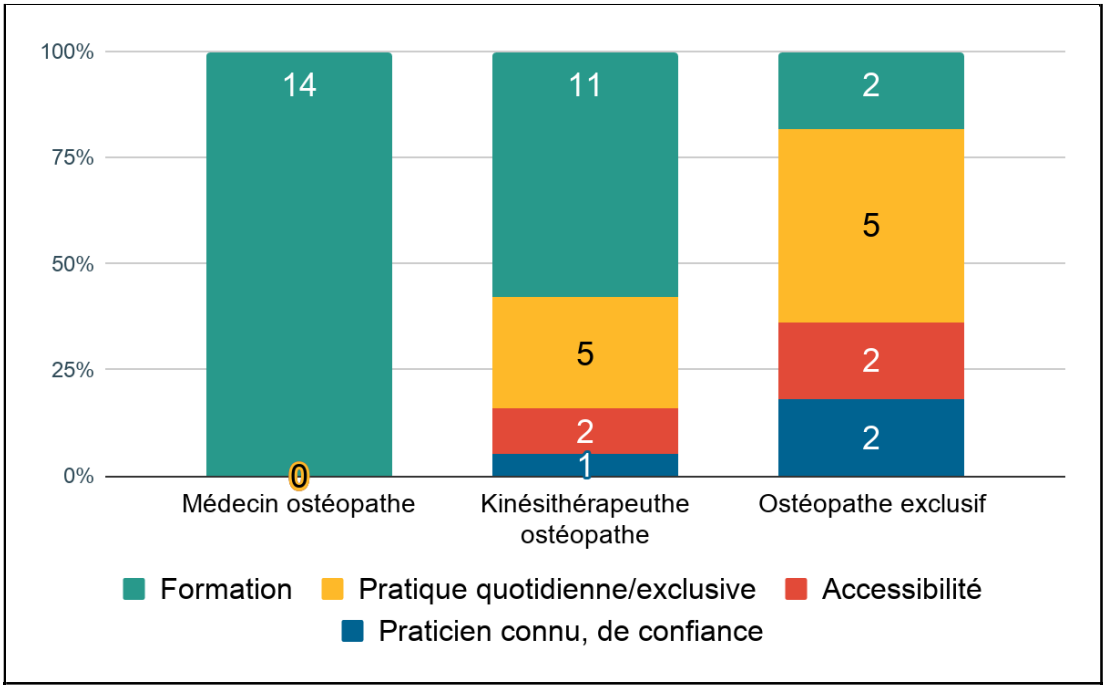


Figure n°5 : Motifs du choix du professionnel

6.2. Non prescripteurs d'ostéopathie

Pour rappel, sur les 35 médecins qui n'adressaient pas leurs patients vers un ostéopathe, huit pratiquaient eux même des techniques de médecine manuelle, ainsi seulement 27 médecins (17,6%) non ostéopathes ne prescrivaient pas.

La quasi-totalité (96,3%) des médecins non prescripteurs connaissaient un ostéopathe proche de leur lieu d'exercice.

Les motifs de refus d'orienter vers un ostéopathe étaient diverses. Une majorité (77,8%) des non prescripteurs préféraient adresser leurs patients à un kinésithérapeute. Pour une grande partie (74,1%), l'absence de recommandation ou de preuve établie de l'efficacité les refrénaient à prescrire. Selon 55,6% des répondants, les ostéopathes exclusifs n'avaient pas les compétences requises. Plus de 40% ne souhaitait pas partager leur responsabilité avec un ostéopathe exclusif. Quarante virgule deux pour cent craignait une aggravation après la manipulation. Plus de 22% d'entre eux ignoraient si les formations en ostéopathies étaient équivalentes. Plus d'un cinquième (22,2%) déplorait une absence de formation sur l'intérêt et les indications de l'ostéopathie (Figure n°6).

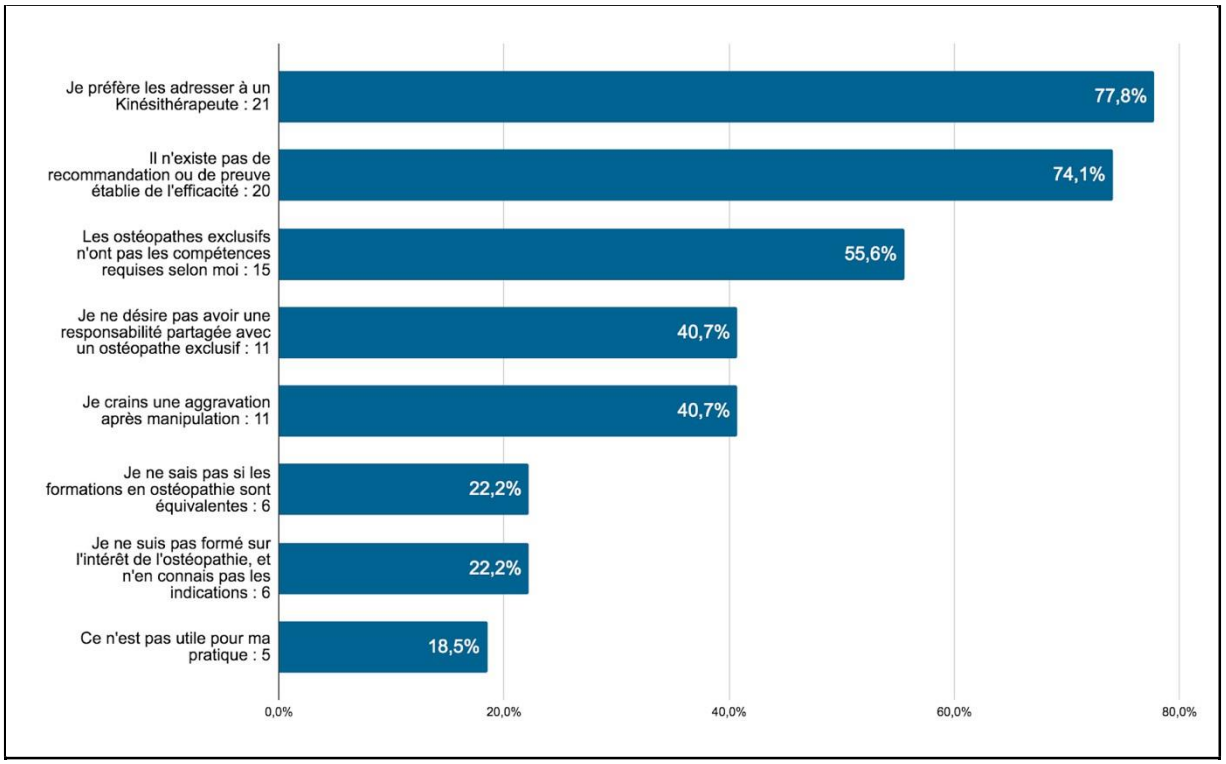


Figure n°6 : Motifs de refus d'orienter vers un ostéopathe

7. Connaissances de l'ostéopathie

7.1. Auto-évaluation

Près d'un tiers (29,4%) de la population interrogée a estimé connaître correctement les principes de l'ostéopathie, et 24,2% a estimé très bien les connaitre (Figure n°7).

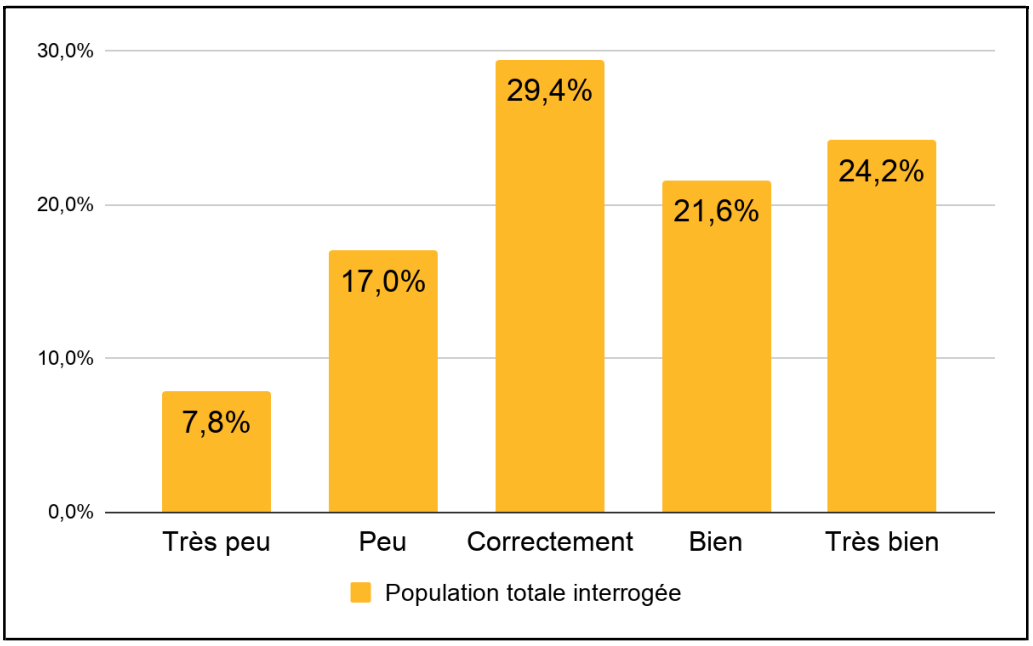


Figure n°7 : Connaissance des principes de l'ostéopathie

Près d'un quart (24,8%) de la population a estimé connaître correctement les indications et contre-indications de l'ostéopathie, 27,5% a estimé très bien les connaitre (Figure n°8).

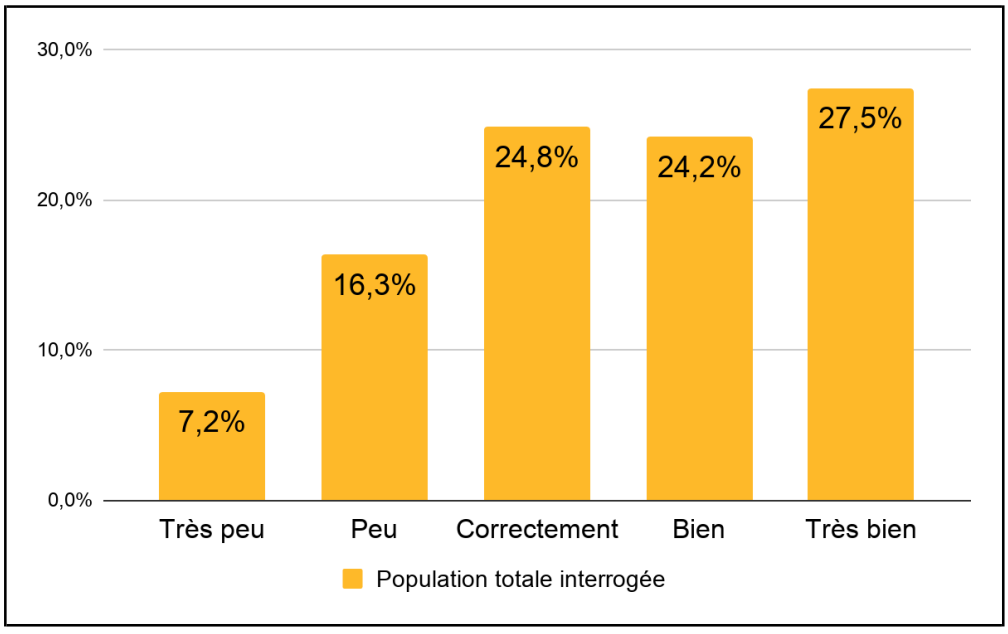


Figure n°8 : Connaissance des indications et contre-indications de l'ostéopathie

7.2. Indication des radiographies avant manipulation

Les questions concernant les indications de radiographies du rachis cervical et lombaire avant manipulation ont permis de différencier deux populations (Cf. Annexe 1).

Les 68 médecins ayant réalisé une radiographie du rachis cervical sans radiographie du rachis lombaire ont été considéré comme “à jour” des recommandations de la SOFMMOO (Tableau n°6).

Les 85 autres médecins ont été considérés comme “non à jour” concernant ces recommandations.

		Rachis lombaire	
		Oui	*Non*
Rachis cervical	*Oui*	53	68
	Non	0	32

Tableau n°6 : Répartition des indications de radiographies avant manipulation, selon les médecins interrogés

A noter que les médecins “à jour” (86,8%) étaient plus prescripteurs d’ostéopathie que ceux “non à jour” (69,4%) (p=0,011).

La population “à jour” estimait avoir une meilleure connaissance des principes de l’ostéopathie comparativement à la population “non à jour” (p=0,0049) (Figure n°9).

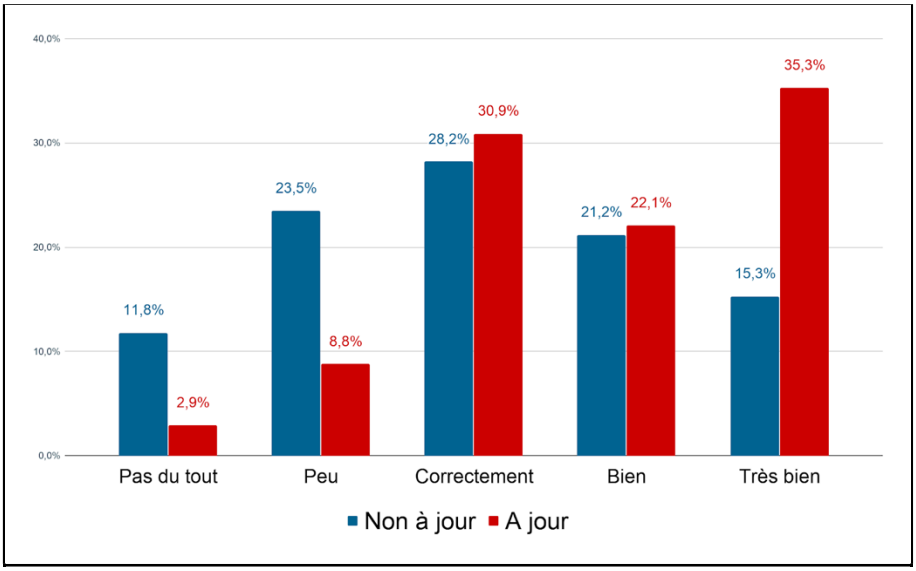


Figure n°9 : Connaissez-vous les principes de l'ostéopathie ?

De même, à la question “Connaissez-vous les indications et contre-indications de l'ostéopathie ?”, la population “à jour” estimaient mieux connaître les indications et contre-indications (p=0,038) (Figure n°10).

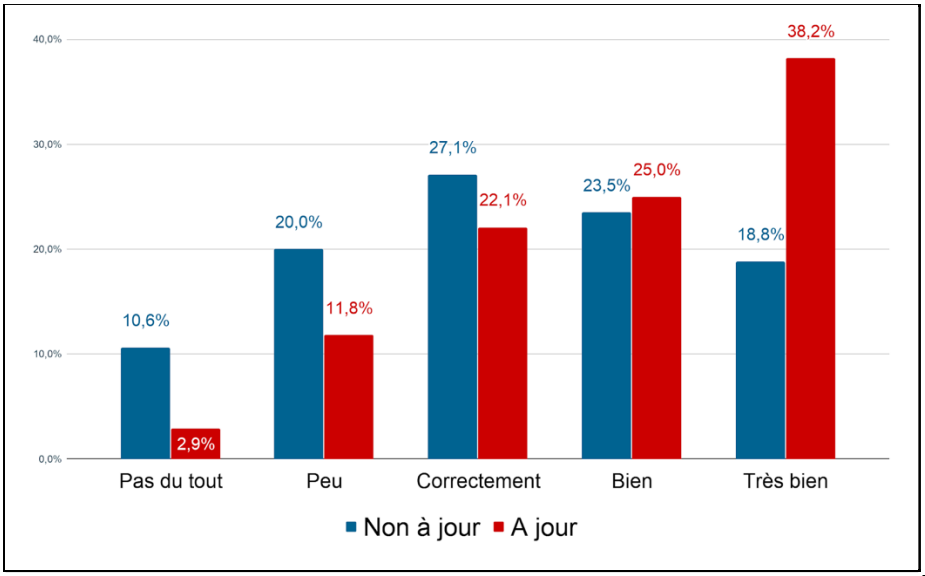


Figure n°10 : Connaissez-vous les indications et contre-indications de l'ostéopathie ?

Dans la population “à jour”, une grande majorité (86,8%) prescrivaient l’ostéopathie.
Chez les “non à jour”, 69,4% faisait aussi partie des médecins prescripteurs.
Il y avait significativement plus de non prescripteurs dans la population “non à jour” que dans la population “ à jour” (p=0,001) (Figure n°11).

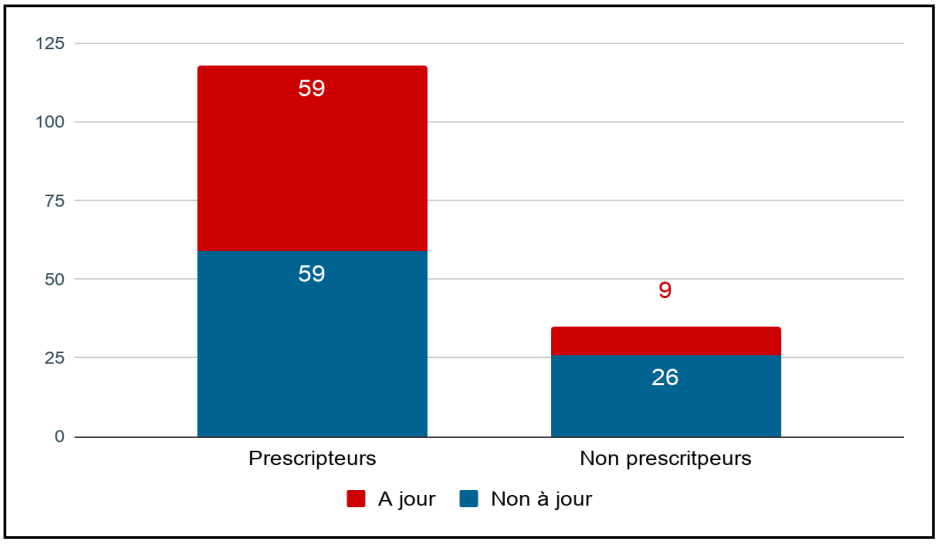


Figure n°11 : Répartition des médecins prescripteurs selon leur connaissance des recommandations SOFMMOO

8. Formation de médecine manuelle

8.1. Intérêt d'une formation à l'ostéopathie dans le cursus initial de médecine générale

Plus des trois quarts de la population interrogée (81,7%) pense qu'une formation au sujet de l'ostéopathie (principes, indications et contre-indications, intérêts et risques), serait utile dans la formation initiale des médecins généralistes.

Les rhumatologues semblaient plus en faveur que les médecins généralistes à une formation sur l'ostéopathie au sein des études de médecine générale (p=0,031).

Les prescripteurs d'ostéopathie étaient significativement plus favorables à cette formation comparativement aux non prescripteurs (p=0,00000013).

Les détenteurs d'un diplôme de MMO étaient significativement plus en faveur de cette formation que ceux n'en détenant pas (76,9%) (p=0,0059).

Les médecins ayant déjà bénéficié d'un traitement ostéopathique étaient eux aussi plus en faveur de cette formation (p=0,0054) (Tableau n°7).

	Pour	Contre	p
Spécialité			
Médecins généralistes	111 (79,3%)	29 (20,7%)	p=0,031*
Rhumatologues	14 (93,3%)	1 (6,7%)	
Prescripteurs d'ostéopathie			
Oui	107 (89,2%)	13 (10,8%)	p=0,00000013*
Non	18 (51,4%)	17 (48,6%)	
A jour des recommandations			
Oui	58 (82,9%)	12 (17,1%)	p=0,3
Non	67 (78,8%)	18 (21,2%)	
Diplôme de MMO			
Oui	35 (92,1%)	3 (7,9%)	p=0,0059*
Non	90 (76,9%)	27 (23,1%)	
Médecin ayant déjà bénéficié d'un traitement ostéopathique			
Oui	72 (88,9%)	9 (11,1%)	p=0,0054*
Non	53 (71,6%)	21 (28,4%)	

Tableau n°7 : Répartition des médecins favorables à une formation sur l'ostéopathie au cours de la formation initiale de médecine générale

* signifie différence significative (p<0,05)

8.2. Attrait pour cette formation de MMO optionnelle aujourd'hui

Chez les médecins non formés à l'ostéopathie (n=117), une minorité (20,5%) était intéressée pour suivre la formation de MMO lors de la rédaction du questionnaire, alors qu'une majorité (79,5%) était contre cette formation.

Les prescripteurs d'ostéopathie étaient plus intéressés par cette formation optionnelle (p=0,01).

Le fait d'être à jour des recommandations (p=0,8), ou d'avoir déjà bénéficié d'un traitement ostéopathique (p=0,6) n'a pas mis en évidence de différence significative concernant l'intérêt pour cette formation (Tableau n°8).

	Oui	**Non**	**p**
Spécialité			
Médecins généralistes	22 (91,7%)	86 (92,5%)	p=1
Rhumatologues	2 (8,3%)	7 (7,5%)	
Prescripteurs d'ostéopathie			
Oui	23 (95,8%)	67 (72%)	p=0,01*
Non	1 (4,2%)	26 (28%)	
A jour des recommandations SOFMMOO			
Oui	9 (37,5%)	33 (35,5%)	p=0,8
Non	15 (62,5%)	60 (64,5%)	
Médecin ayant déjà bénéficié d'un traitement ostéopathique			
Oui	12 (50%)	41 (44,1%)	p=0,6
Non	12 (50%)	52 (55,9%)	

Tableau n°8 : Répartition des médecins non formés à l'ostéopathie, intéressés à suivre une formation de MMO

* signifie différence significative (p<0,05)

Dans la majorité des cas (50%), les médecins non intéressés par la formation MMO une fois installés, ne voyaient pas l'utilité de cette formation au sein de leur activité. Plus d'un tiers (38%) d'entre eux déploraient un manque de temps. Une minorité non négligeable (8,7%) estimaient que cette formation devrait être inclus dans la formation initiale. A noter que 7,6% d'entre eux se disaient trop proche de la retraite pour entamer cette formation (Figure n°12).

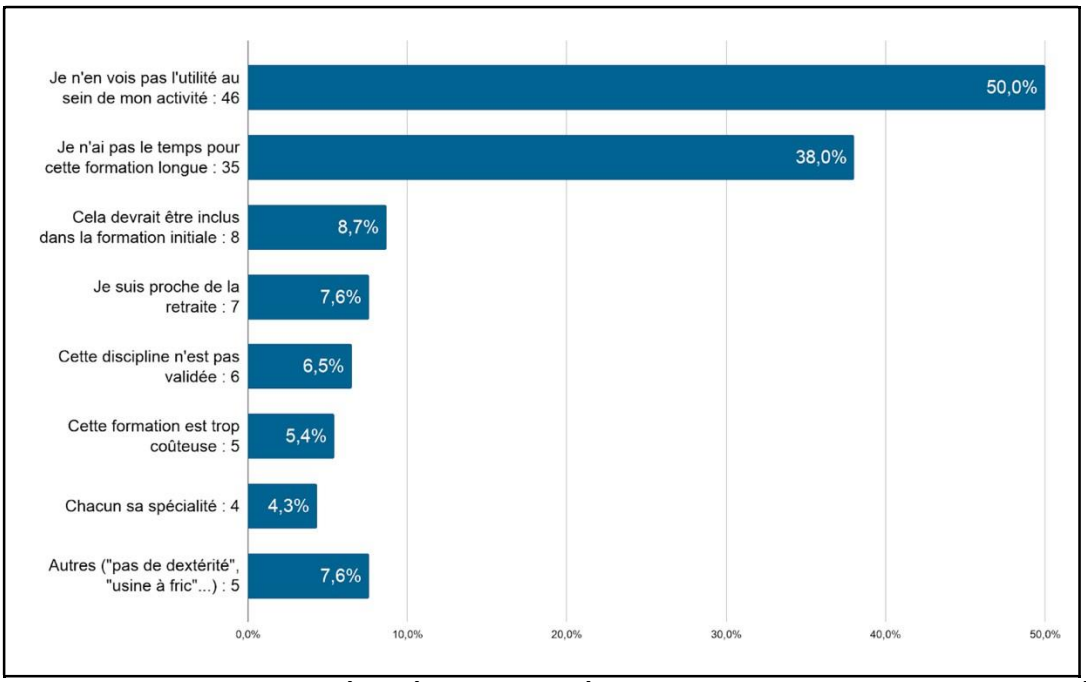


Figure n°12 : Motifs de désintéressement à la formation MMO une fois installé

RÉSULTATS ETUDE PATIENTS

1. Diagramme d'inclusion

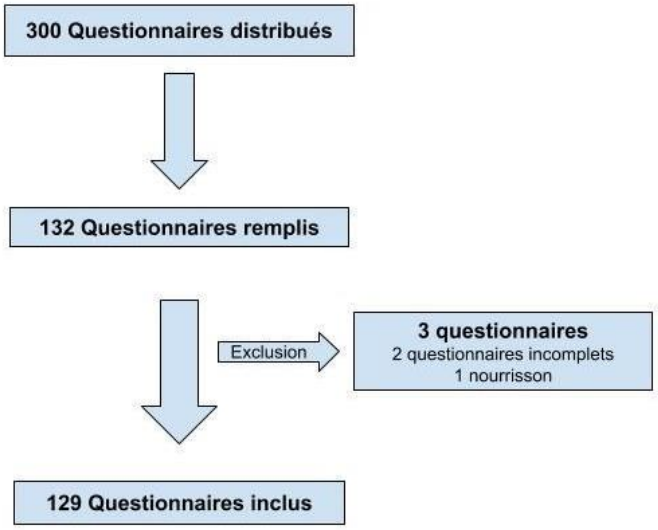


Figure n°13 : Diagramme d'inclusion des questionnaires patient

Trois cents questionnaires ont été distribués dans les 10 cabinets d'ostéopathie tirés au sort de la région caennaise, à raison de trente par cabinet. Cent trente-deux ont été récupérés à la fin de l'étude, et 129 ont finalement été inclus, soit 43% d'inclusion (Figure n°13).

Chez les ostéopathes exclusifs, 46,7% des questionnaires distribués ont été rempli, 22,2% de ceux distribués chez les kinésithérapeutes ostéopathes l'ont été, et 58,9% chez les médecins ostéopathes (Tableau n°9).

Professionnels sollicités	Questionnaires		Ratio de remplissage
	Distribués	Remplis	
4 Ostéopathes exclusifs	120	56	46,7%
3 Kinésithérapeutes ostéopathes	90	20	22,2%
3 Médecins ostéopathes	90	53	58,9%

Tableau n°9 : Répartition de la distribution des questionnaires patient

2. Caractéristiques sociodémographiques de la population

La population interrogée était constituée en majorité de femmes (67,4%), entre 36 et 65 ans (47,3%), résidant dans une ville de plus de 2000 habitants (64,3%), et pratiquait une activité sportive de façon régulière (51,9%) (Tableau n°10).
Les sports les plus pratiqués étaient la course à pied (17,9%), la marche à pied/randonnée (17,7%), la natation (10,1%) et le sport en salle (10,1%).

Sexe		**Lieu de résidence**	
Femme	87 (67,4%)	Moins de 2000 habitants	46 (35,7%)
Homme	42 (32,6%)	Plus de 2000 habitants	83 (64,3%)
Âge		**Activité sportive**	
Moins de 35 ans	35 (27,1%)	Non	62 (48,1%)
Entre 36 et 65 ans	61 (47,3%)	Oui, moins de 6h/semaine	52 (40,3%)
Plus de 66 ans	33 (25,6%)	Oui, plus de 6h/semaine	15 (11,6%)

Tableau n°10 : Caractéristiques sociodémographiques de la population de patients

3. Perception de l'ostéopathie

3.1. Qualification de l'ostéopathe consulté

Le professionnel consulté était un ostéopathe exclusif dans 43,4% des cas, un médecin ostéopathe dans 41,1% des cas, et un kinésithérapeute ostéopathe dans 15,5% des cas.
Une différence significative a été observée quant au choix du professionnel selon l'âge (p=0,0007). Plus l'âge des patients avançait, plus le professionnel choisi était un médecin ostéopathe (Figure n°14).

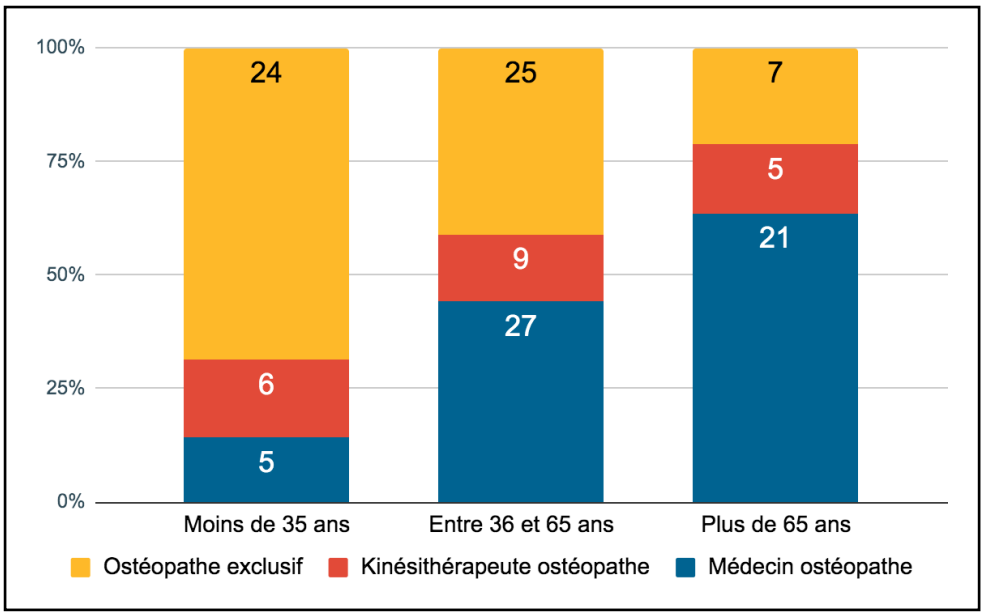


Figure n°14 : Qualification du professionnel consulté selon l'âge du patient

3.2. MO attendues

Dans une majorité des cas (69,8%), la préférence du patient, concernant les MO (avec ou sans craquement) dépendait du motif de la consultation.

Près d'un quart (23,3%) souhaitait des MO sans craquement. Une minorité (4,7%) souhaitait des MO avec craquement.

Lors d'une analyse univariée sur le sexe, une différence significative a été observée (p=0,0039). Les femmes étaient plus demandeuses de MO sans craquement, et les hommes plus demandeurs de MO avec craquement (Figure n°15).

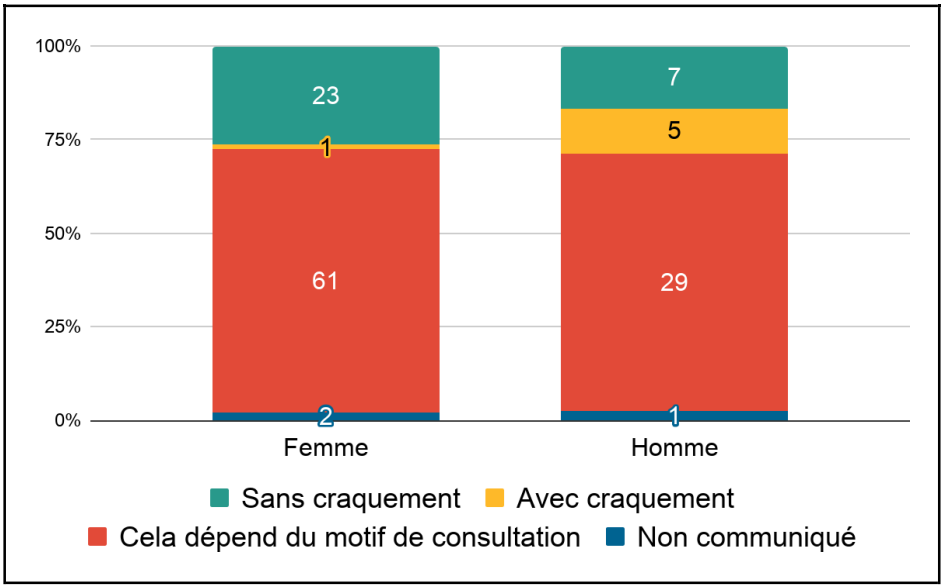


Figure n°15 : MO attendues selon le sexe du patient

3.3. Motif de consultation

Dans presque la totalité des cas (97,7%), le premier motif de consultation était une douleur, et majoritairement du rachis lombaire (49,2%).

Deux personnes (1,5%) sont venues exclusivement pour leur bien être personnel, et une personne (0,8%) pour un bilan dans le cadre d'un sport étude.

Sur les 126 personnes douloureuses, 25,4% d'entre elles consultaient aussi pour leur bien être personnel, 12,7% en prévention des blessures, et 2,4% pour d'autres motifs (vertige, bilan podologique, conseils de performance sportive) (Figure n°16).

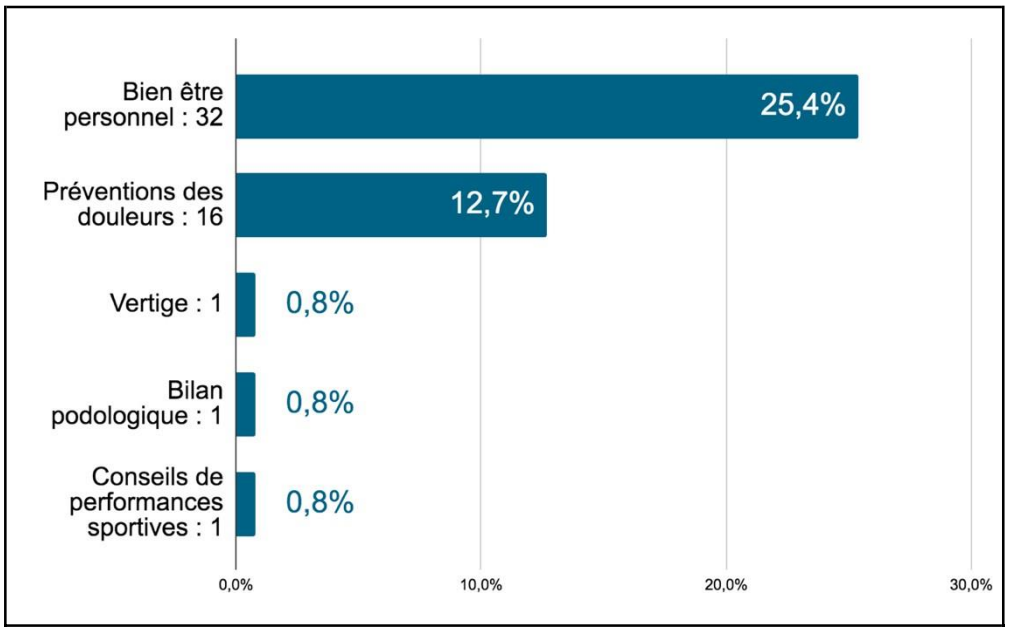


Figure n°16 : Motifs de consultation en plus de la douleur, chez les patients douloureux

3.4. Patients ayant consulté un médecin pour leur douleur

Sur les 126 patients douloureux, une majorité (n=70, 55,6%) n'a pas consulté de médecin avant la consultation chez l'ostéopathe.

Cependant, 29 patients qui n'ont pas consulté de médecin au préalable, ont consulté un médecin ostéopathe.

Ainsi, une majorité de 85 patients douloureux (67,5%) ont bénéficié d'un diagnostic médical avant manipulation.

Près d'un tiers (n=41, 32,5%) de ces patients douloureux ont consulté un ostéopathe sans avoir consulté un médecin au préalable.

Une différence a été observée concernant l'âge des patients (p=0,002). Plus l'âge des patients douloureux avançait, plus un médecin était consulté en amont de la consultation chez l'ostéopathe, ou bien l'ostéopathe consulté était médecin (Figure n°17).

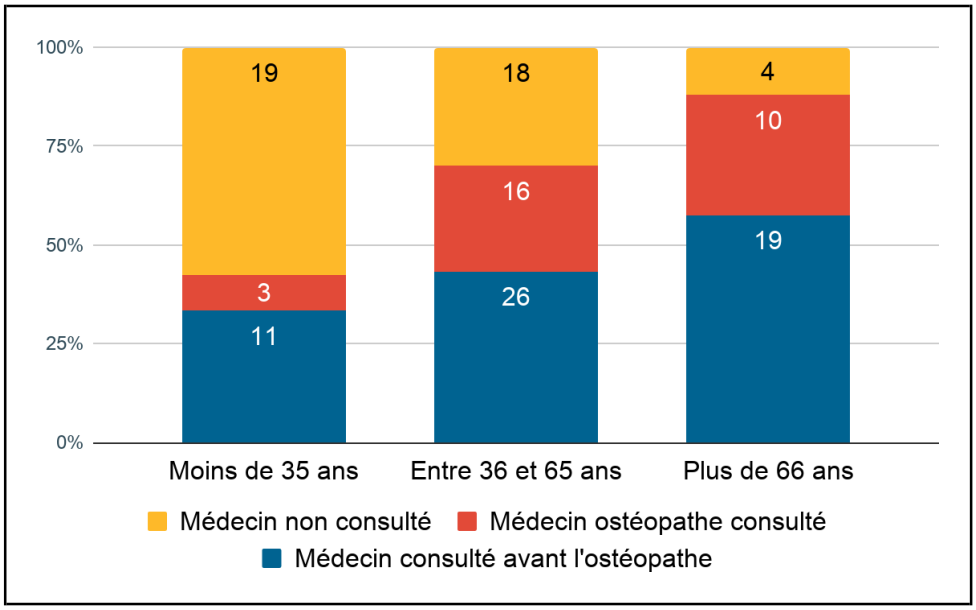


Figure n°17 : Répartition des patients douloureux ayant consulté un médecin en fonction de l'âge

3.5. Localisation de la douleur

Les douleurs du rachis lombaire (49,2%), puis du rachis cervical (42,1%), et du rachis dorsal (28,6%) étaient majoritaires. Les douleurs des membres inférieurs (27%), du bassin (26,2%) et des membres supérieurs (14,3%) arrivaient dans un deuxième temps. Quelques douleurs périphériques ont été rapportées : abdomen (1,6%), mâchoire (0,8%) (Figure n°18).

Aucune différence significative n'a été observée que ce soit sur le sexe (p=0,16), ou sur l'âge (p=0,42).

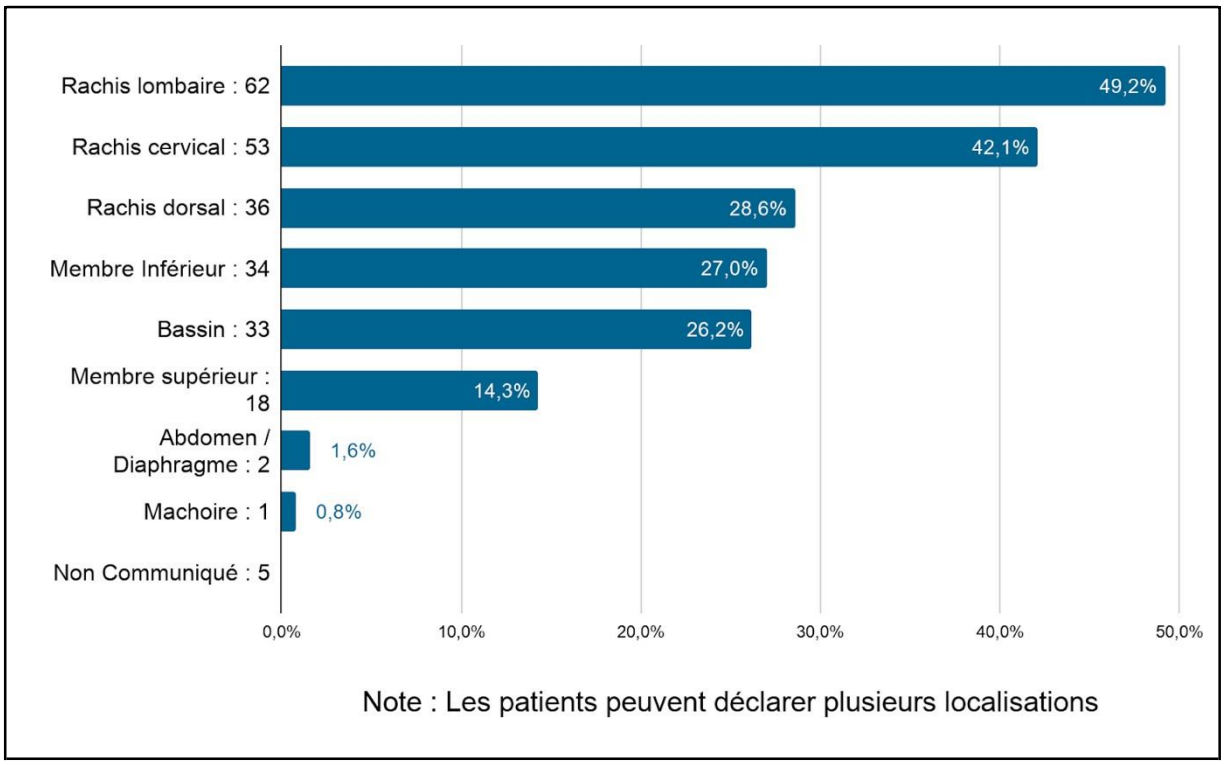


Figure n°18 : Localisations des douleurs chez les patients douloureux

3.6. Place de l'ostéopathie dans la prise en charge d'une douleur

Pour une majorité de la population interrogée (51,2%), l'ostéopathie est à utiliser en premier recours dans la prise en charge d'une douleur. Près d'un quart d'entre eux (24%), faisait appel à l'ostéopathie en prévention des blessures. Seulement 14,7% des patients de notre étude, allait voir un ostéopathe si le médecin les y adressait (Figure n°19).

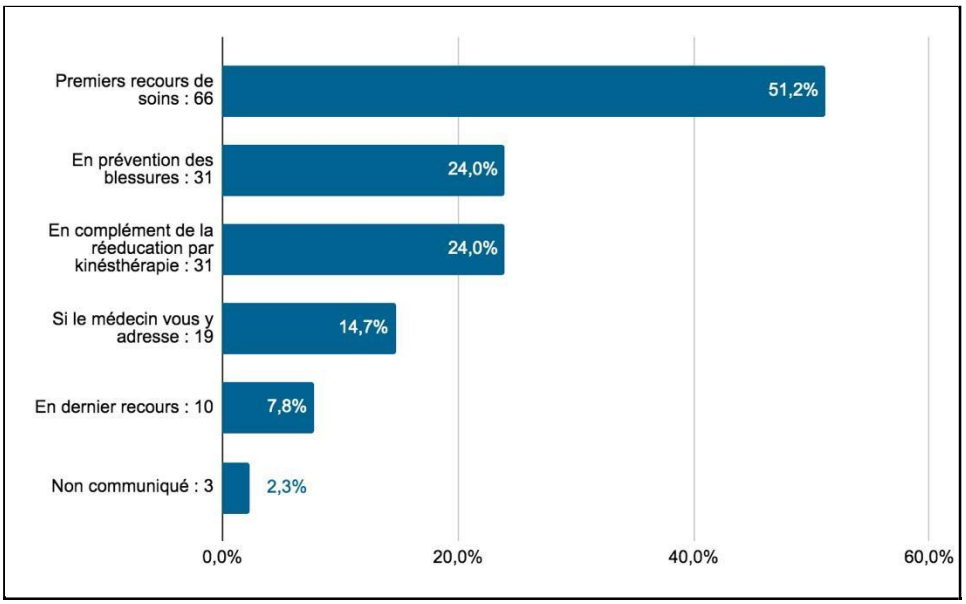


Figure n°19 : Place de l'ostéopathie dans la prise en charge d'une douleur

Le groupe de patients douloureux ayant consulté un médecin, plaçait différemment l'ostéopathie au sein du système de soins, par rapport au groupe de patients n'ayant pas consulté de médecin (p=0,01).

Les deux groupes plaçaient l'ostéopathie en premier recours lors de la prise en charge d'une blessure.

Cependant les patients ayant consultés un médecin considéraient ensuite l'ostéopathie comme complément de la rééducation par kinésithérapie (32,9%), puis consultaient un ostéopathe si le médecin les y adressaient (16,5%).

Alors que les patients n'ayant pas consultés de médecin utilisaient l'ostéopathie en prévention des blessures (39%), avant de la concevoir en complément de la rééducation par kinésithérapie (31,7%) (Figure n°20).

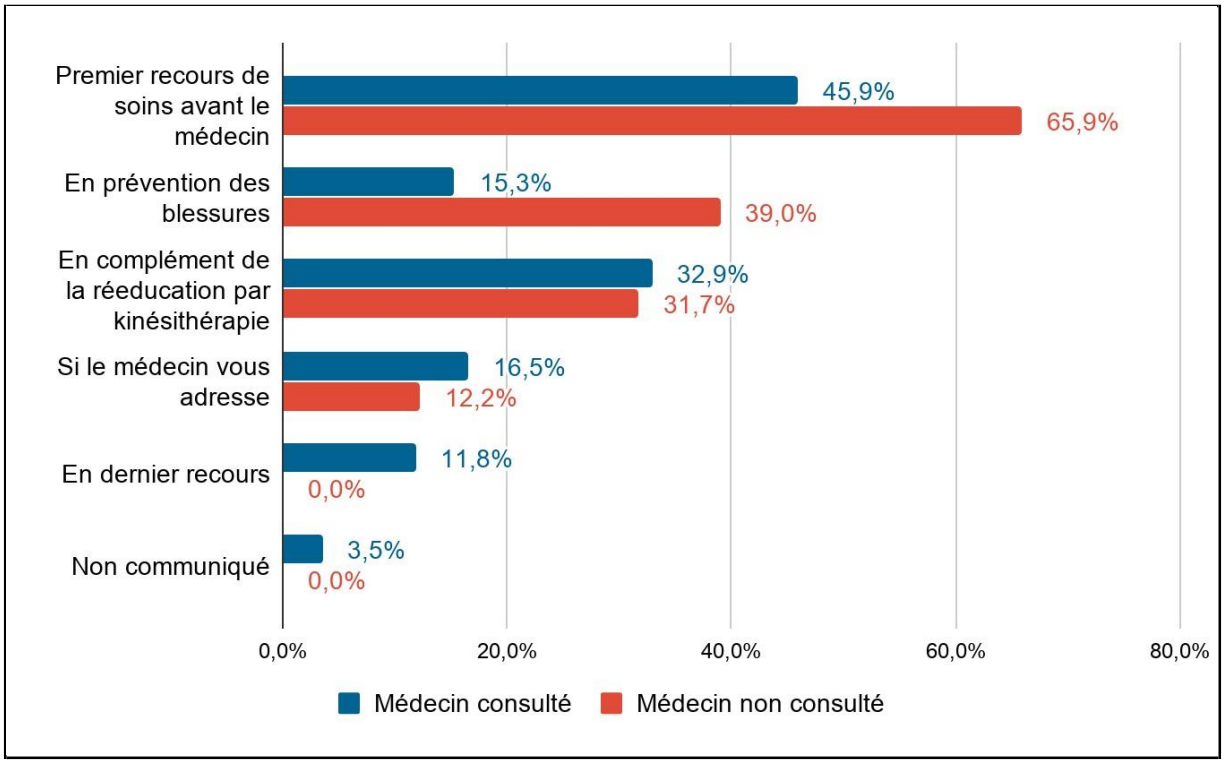


Figure n°20 : Place de l'ostéopathie dans la prise en charge d'une douleur en fonction de la consultation d'un médecin

3.7. Fréquence de consultation d'un ostéopathe

Les patients de notre étude fréquentaient majoritairement, entre moins d'une fois par an (31,8%) et au moins une fois par an (30,2%) un ostéopathe. Plus d'un quart (27,9%), en consultaient un au moins une fois tous les 6 mois. Une minorité (6,2%), consultait au moins une fois par mois.

Aucune différence significative n'a été observée, que ce soit concernant le sexe (p=0,22), l'âge (p=0,21), ou la consultation d'un médecin avant manipulation (p=0,6).

3.8. Connaissance de l'ostéopathe consulté

L'ostéopathe était connu par l'intermédiaire de l'entourage du patient dans la majorité des cas (55,8%) (Figure n°21).

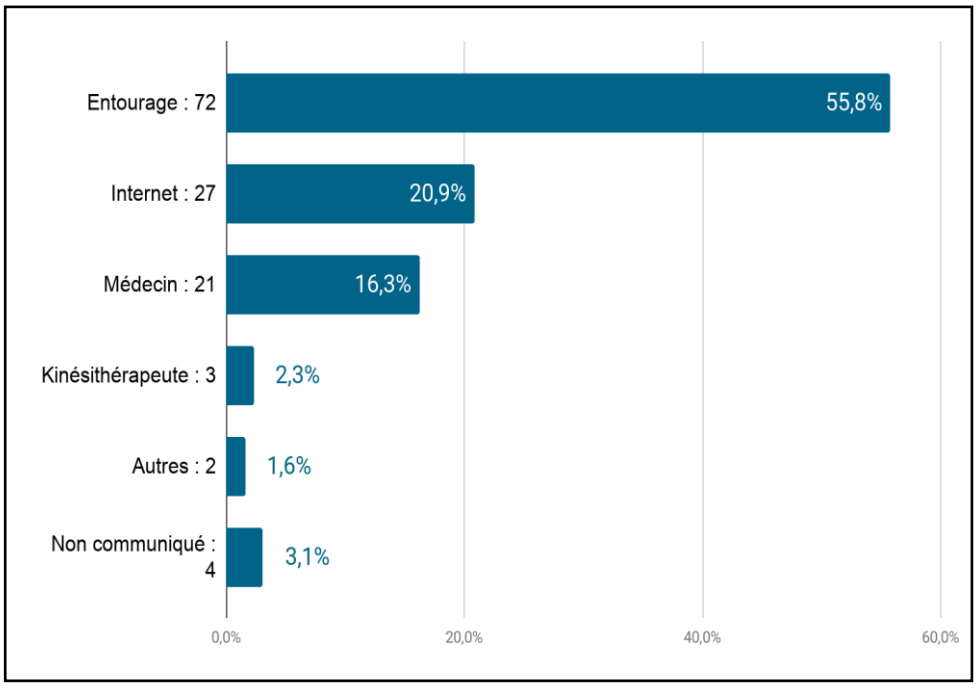


Figure n°21 : Par qui connaissez-vous l'ostéopathe que vous consultez ?

Une différence significative entre les différents groupes d'âge a été observée à ce sujet (p=0,0007).

Plus l'âge des patients avançait, plus l'ostéopathe était connu par l'intermédiaire d'un médecin (Figure n°22).

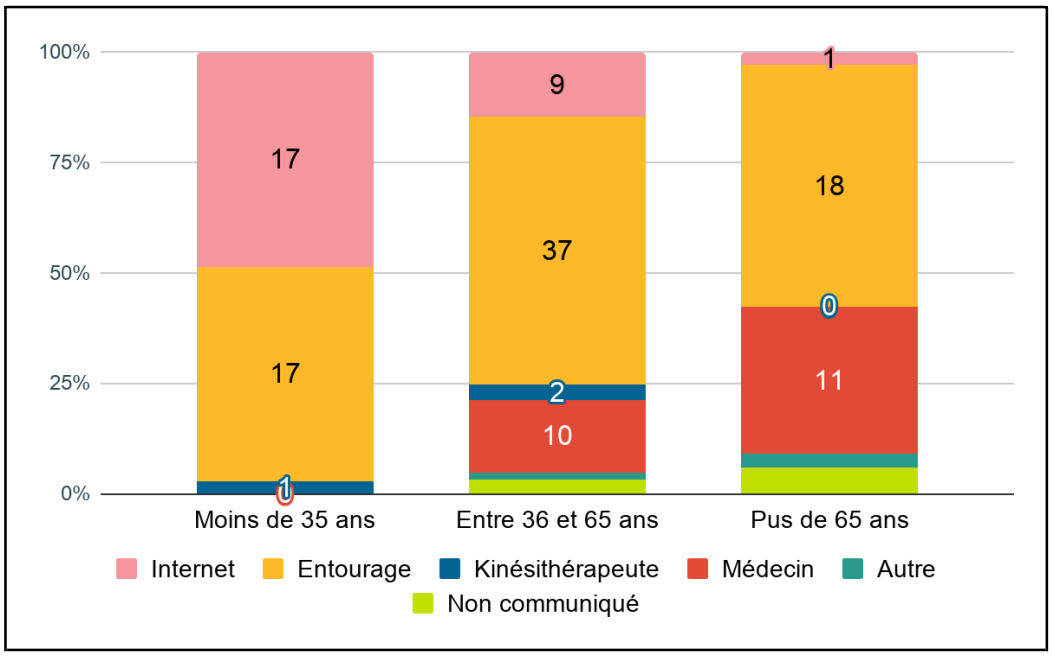


Figure n°22 : Par qui l'ostéopathe consulté était-il connu en fonction de l'âge du patient ?

3.9. Le remboursement par les mutuelles est-il nécessaire ?

Une majorité (67,4%) des patients interrogés bénéficiait du remboursement (au moins partiel) d'au moins une consultation chez un ostéopathe par an, de la part de leur mutuelle.

Selon plus de la moitié des patients interrogée (50,4%), le remboursement ne leur était pas nécessaire pour aller consulter un ostéopathe. Plus d'un quart (26,2%) d'entre eux estimait nécessaire ce remboursement. A noter que près d'un quart (23,3%) ne s'était pas prononcé sur la question.

Lors de la comparaison des groupes médecin consulté/médecin non consulté, il a été objectivé que le groupe médecin non consulté avait tendance à moins nécessiter d'un remboursement pour consulter un ostéopathe (p=0,06) (Figure n°23).

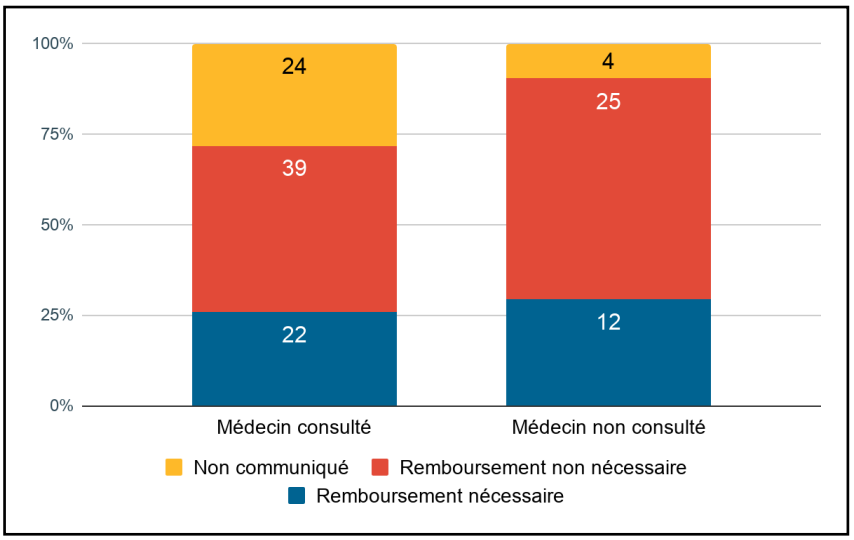


Figure n°23 : Nécessité d'un remboursement pour consulter un ostéopathe en fonction d'un avis médical

4. Résultat de la consultation chez l'ostéopathe

Une majorité (54,8%) des patients douloureux interrogés nous ont permis de les contacter par téléphone à l'issu de leur consultation chez l'ostéopathe. Soixante-neuf personnes ont été contactées par téléphone. Un total de 47 patients douloureux a répondu et nous ont fait part de leur expérience.

4.1. Informations concernant les gestes à venir

Près du trois quart (74,5%) des patients contactés ont bénéficié d'informations à propos des gestes qu'allait réaliser l'ostéopathe.

Aucune différence n'a été observée lors de la comparaison des groupes de patients selon le diplôme du praticien (p=0,36).

4.2. Patients ayant bénéficié d'une radiographie du rachis cervical avant manipulation

Une minorité de 40,7% des patients dont le traitement ostéopathique a consisté en une manipulation du rachis cervical, a bénéficié d'une radiographie du rachis cervical dans l'année qui a précédé la manipulation.

Aucune différence n'a été observée lors de la comparaison des groupes de patients selon les qualifications du praticien (p=0,55).

4.3. Satisfaction

La quasi-totalité (97,9%) des patients a été satisfait de la consultation.

Encore une fois, aucune différence n'a été observée selon le diplôme du praticien (p=0,6), ou selon le délai entre la consultation et l'appel (p=0,51).

4.4. MO effectuées

Dans 72,3% des cas, les MO ont été réalisées sans craquement.

Une différence significative a été observée selon la qualification du praticien (p=0,02). Les ostéopathes exclusifs pratiquaient plus de MO sans craquement comparativement aux médecins ostéopathes et aux kinésithérapeutes ostéopathes (Figure n°24).

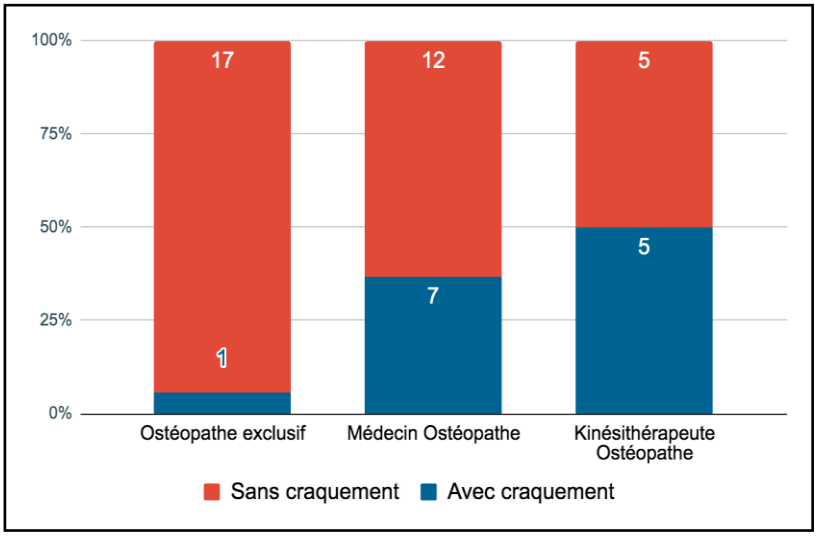


Figure n°24 : Type de MO réalisée selon le praticien

4.5. Résultats de la consultation

Chez une majorité des patients (61,7%), une amélioration de la douleur a été observée. Trente et un virgule neuf pour cent d'entre eux ont rapporté une guérison complète de la douleur. A noter que chez 4,3%, une diminution de prise d'antalgiques a été observée. Cependant, 6,4% d'entre eux ont déclaré l'absence de résultat suite à cette consultation.

Aucune différence n'a été observée, que ce soit selon les diplômes (p=0,7), ou le délai entre la consultation et l'appel (p=0,99).

4.6. Variation avant-après consultation de l'échelle numérique de la douleur

Lors de la comparaison de l'échelle numérique (EN) de la douleur avant et après la consultation, il a été observé que 19,1% des patients déploraient l'absence d'effet voire une aggravation (une variation d'EN entre 0 et + 3 points). Une majorité (51,1%) ont rapporté une amélioration (une variation d'EN entre - 1 et - 4 point). Près d'un tiers (29,8%) d'entre eux décrivait même une nette amélioration (une variation d'EN entre -5 et -8 point).

Aucune différence n'a été observée, que ce soit selon les diplômes (p=0,64), ou le délai entre la consultation et l'appel (p=0,62).

4.7. Autres thérapeutiques bénéficiées pour cette douleur

Près de la moitié des patients interrogés (46,8%) n'ont pas eu recours à d'autre thérapeutique pour cette douleur. Près d'un tiers (29,8%) d'entre eux y ont associé de la kinésithérapie. Pour 19,1%, un antalgique autre qu'un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) (palier I et II confondu) a été associé, et 17% ont bénéficié d'un traitement par AINS. A noter qu'une personne (2,1%) a bénéficié d'un traitement par myorelaxant, et une autre personne (2,1%) d'un traitement par toxine botulique. Un podologue a été consulté dans la cadre de la prise en charge de la douleur chez 4,3% des patients.

Aucune différence n'a été observée concernant le diplôme du praticien (p=0,3), ni du délai entre la consultation et l'appel (p=0,68).

Les patients n'ayant pas nécessité d'autre thérapeutique (n=22) ont tous été satisfaits de leur consultation. La moitié de ces patients rapporte une amélioration de la douleur, et 45,5% déclare une guérison complète. Un patient (4,5%) a déclaré l'absence d'effet dans les suites de la consultation, et n'a pas consulté une nouvelle fois un ostéopathe par la suite.

Une majorité (86,4%) de ces patients n'ont pas consulté une nouvelle fois d'ostéopathe. Pour les 13,6% qui ont consulté de nouveau un ostéopathe, il s'agissait toujours de consultation prévue dans la prise en charge avec le même ostéopathe, et ils ont tous rapporté une amélioration de la douleur à la suite de cette seconde consultation.

DISCUSSION

Il s'agit de la première étude à recueillir et analyser la perception des médecins libéraux, ainsi que des patients concernant l'ostéopathie en Basse Normandie.

Les médecins en grande majorité orientent leur patient vers un ostéopathe, notamment pour la prise en charge d'une blessure musculo-squelettique. La minorité réticente à l'ostéopathie préfère orienter vers un kinésithérapeute, accuse l'absence de recommandations, et déplore les différences de formations. Les médecins interrogés sont majoritairement pour une formation à l'ostéopathie au sein de l'internat de médecine générale.

Les patients consultent majoritairement pour une douleur, placent l'ostéopathie en premier recours dans la prise en charge d'une douleur, et sont majoritairement satisfaits de la consultation chez leur ostéopathe.

1. Représentativité des échantillons

1.1. Médecins

Les caractéristiques sociodémographiques de la population de médecins généralistes de notre étude sont représentatives des médecins de France selon les données de l'atlas démographique du CNOM de 2018, concernant l'âge et le sexe (39–42).

Selon le DRESS, 61% des médecins généralistes libéraux et 80% des moins de 50 ans exercent en groupe (42). Ce chiffre est comparable à celui de notre étude qui est de 80,4%.

1.2. Patients

Les patients de notre étude étaient comparables aux autres populations étudiées dans la littérature ostéopathique, majoritairement composé de femmes âgées entre 36 et 65 ans (28,36,37).

2. Perception des médecins concernant l'ostéopathie

2.1. Recours des médecins à l'ostéopathie

2.1.1. Profils des médecins prescripteurs d'ostéopathie

Une majorité des médecins (77,1%) de notre étude orientent leurs patients vers un ostéopathe. Cet engouement pourrait s'expliquer par l'augmentation du nombre de praticiens, avec en parallèle une augmentation de la demande (13). Par ailleurs, comme nous avons vu dans notre étude, le fait que les mutuelles remboursent de plus

en plus les consultations chez l'ostéopathe, pourrait être un facteur favorisant la prescription (43).

Il a été observé qu'une majorité des médecins prescripteurs exerçaient dans une périphérie de 50 km proche de Caen. L'une des hypothèses pouvant expliquer ce phénomène, serait que le nombre d'ostéopathes est plus important dans le Calvados, comparativement à l'Orne et la Manche (44).

Les médecins ayant bénéficié, à titre personnel, d'un traitement ostéopathique, prescrivaient significativement plus que ceux n'en ayant jamais bénéficié. L'adhérence à l'ostéopathie favoriserait sa prescription.
Cependant, il aurait été intéressant de savoir de quelles MO les médecins ont bénéficié. Au vu du nombre de MO existantes, la connaissance de quelques manipulations suffit-elle à pouvoir les prescrire toutes ? La formation sur ces différentes MO, ou au moins une information prend tout son sens ici.

Les médecins prescripteurs orientent majoritairement leurs patients vers un kinésithérapeute ostéopathe, pour sa formation et son expérience au quotidien. Les médecins ostéopathes sont choisis en deuxième ligne, sur la base de leur formation médicale solide. Alors que les ostéopathes exclusifs sont plutôt choisis pour leur pratique exclusive, leur accessibilité mais aussi par le lien de confiance qu'a établi le médecin avec eux.
Le médecin prescripteur de notre étude, privilégie la sécurité de son patient.
Il est tout de même important de rappeler que la méconnaissance de l'ostéopathie, l'absence de discours commun, la crainte des complications, le retranchement vers des professionnels de santé reconnus sont liés à l'absence de validation scientifique recevable de cette discipline (15).
Il est important de noter que 50% des médecins de notre étude, orientant leur patient vers un ostéopathe exclusif, le font par soucis d'accessibilité, et surtout car ils ont construit une relation de confiance avec le praticien. Face au manque de preuves scientifiques suffisante sur lesquelles se fonder, le médecin généraliste retrouve sa place d'acteur centrale du réseau de soin, en développant des réseaux formés de personnes de confiance pour y pallier (45).

Ces résultats, traduisant l'engouement des médecins pour l'ostéopathie, concordent avec la revue de la littérature, que ce soit dans l'étude de Babled, de Binson ou même de Dupré-Vignaud, excepté pour une étude (Tableau n°11). En effet, Grace et al. en 2018, ont mis en évidence, chez les médecins généralistes australiens, une opinion principalement négative concernant l'ostéopathie. Il est important de préciser que seulement 2,6% des médecins généralistes australiens ont répondu à ce questionnaire en ligne, et que cette méthodologie ne permettrait pas d'obtenir un avis représentatif de la population des médecins généralistes de l'ensemble du pays étudié. De plus, l'avis des prescripteurs d'ostéopathie n'a pas été rapporté dans cet article.

2.1.2. Motifs des médecins non prescripteurs d'ostéopathie

Une minorité de médecins (n=27, 17,6%) ne pratiquant pas de technique de médecine manuelle, n'orientent pas leurs patients vers un ostéopathe.

Ce refus n'est pas par manque de connaissance de thérapeute. En effet, la quasi-totalité (96,3%) des médecins non prescripteurs, non ostéopathes connaissent un ostéopathe proche de leur lieu d'exercice.

Dans une majorité des cas, les médecins refusant la prescription préfèrent orienter leurs patients vers un kinésithérapeute. En effet, à la différence de l'ostéopathie, la kinésithérapie est réglementée, et prise en charge par la sécurité sociale comme ces recommandations de l'HAS sur la lombalgie commune le montre (46), ce qui peut rassurer le prescripteur.

La raison de ce refus rapportée dans un deuxième temps par les médecins est, comme attendue, l'absence de preuve scientifique de cette discipline, induisant l'absence de recommandations claires sur le sujet, comme le disent Barry et al. dans une étude visant à évaluer l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie diligentée par l'INSERM en 2012 (15).

Par ailleurs, pour plus de la moitié des médecins non prescripteurs (51,4%), les ostéopathes exclusifs n'ont pas les compétences requises. Ce qui explique que plus d'un tiers (33,4%) craint une aggravation à la suite des manipulations, car selon Barry et al., des évènements indésirables rares mais graves peuvent survenir lors de manipulations des vertèbres cervicales (15). De plus, près de la moitié (42,9%) ne souhaitent pas partager leur responsabilité en cas de faute de l'ostéopathe. Dans l'étude de Binson (33), seulement 11,8% des médecins généralistes interrogés craignaient d'engager leur responsabilité en cas de problème. Or dans cette étude

réalisée en 2014, les médecins ne pouvaient sélectionner qu'une raison de refus de prescription, ce qui pourrait expliquer la différence avec le chiffre de notre étude.
Nous retrouvons les mêmes craintes de prescription à des ostéopathes exclusifs dans une revue de la littérature (Tableau n°11). Malgré les directives prisent par les autorités concernant la formation de ces ostéopathes exclusifs (10,11), les craintes persistent concernant les ostéopathes exclusifs.

Etude	Population étudiée	Temps de l'étude	Prescripteurs	Non prescripteurs	Formation des médecins à l'ostéopathie
Babled * 2014 - France	Médecins généralistes installés libéraux en Midi-Pyrénées	Prospective, 3 mois en 2014	Une majorité (60%) des médecins font appel aux manipulations vertébrales	Par disparité des formations et le peu de preuve scientifique	Formation évoquée au vu de la méconnaissance des contre-indications
Binson * 2014 - France	Médecins généralistes des régions Poitou Charentes, Centre et Bourgogne	Prospective, 6 mois en 2014	Une majorité (83%) des médecins généralistes interrogés adressent leurs patients à un ostéopathe	Disparités des formations des ostéopathes, et abus de certains d'entre eux (abus de langage ou abus pécuniaire).	71% des médecins généralistes sont favorables à une formation pour orienter plus facilement leurs patients vers l'ostéopathie
Dupré-Vignaud * 2017-France	Médecins généralistes libéraux installés et remplaçants, titulaire d'un diplôme MMO ou non	Prospective, 6 mois en 2017	De par leurs connaissances ostéopathiques et leur ressenti positif envers l'ostéopathie	Par manque de fondements scientifiques et d'efficacité prouvée	Plus de 80% des médecins interrogés souhaitent améliorer ou maintenir leurs connaissances ostéopathiques
Grace et al. 2018 - Australie	Médecins généralistes australiens	Prospective, 8 mois en 2014	-	Manque perçu d'innocuité et d'efficacité/ Insuffisance perçue de la formation en tant que professionnels de santé de 1er contact/ Motifs de pratique douteux de certains praticiens.	Certains médecins généralistes auraient besoin d'une formation plus poussée sur l'éventail des professionnels prenant en charges les troubles musculo-squelettiques
Ostéopathie Normandie 2019	Médecins généralistes et rhumatologues libéraux région Basse Normandie	Prospective, 3 mois 2019	Une majorité (77%) des médecins orientent leurs patients vers un ostéopathe	Préférence pour les kinésithérapeutes, absence de recommandations, différence de formations, défaut de compétences, pas de partager leur responsabilité	81,7% des médecins interrogés pense qu'une formation au sujet de l'ostéopathie serait utile dans la formation initiale des médecins généralistes

Tableau n°11 : Revue de la littérature sur la perception des médecins concernant l'ostéopathie, * signifie qu'il s'agit d'une étude tirée d'un travail de thèse

2.2. Formation de médecine manuelle

Il a été mis en évidence qu'une grande majorité (81,7%) des médecins interrogés, était favorable à une formation sur les principes, les indications et contre-indications de l'ostéopathie.

Nous avons mis en évidence que les prescripteurs étaient plus favorables à cette formation que les non prescripteurs. Il en a été de même pour les détenteurs d'un diplôme de MMO comparativement à ceux n'en détenant pas, et pour ceux ayant bénéficié, à titre personnel, d'un traitement ostéopathique par rapport à ceux n'en ayant jamais bénéficié.
En effet l'adhérence, que nous pouvons résumer ici par le fait de prescrire, de pratiquer, ou de bénéficier de cette discipline, favoriserait le désir de se former sur le sujet.
Cette formation aurait plus une place au sein du troisième cycle des études de médecine générale. En effet, seulement 21,7% des médecins non formés, étaient intéressés pour suivre cette formation lors de la rédaction du questionnaire.

Ces résultats concordent avec les études réalisées en France, sur cette question de l'ostéopathie au sein de la formation initiale des médecins généralistes. Dans l'étude de Binson (33), 71% des médecins généralistes estime qu'une formation serait nécessaire pour orienter plus facilement leur patient vers l'ostéopathie. De plus, Dupré-Vignaud (32), met en évidence dans son étude, que la majorité des médecins interrogés estime que le meilleur moment pour dispenser cette formation est l'internat de médecine générale.

2.3. Connaissances de l'ostéopathie

Nous avons mis en évidence, dans la population "à jour" des recommandations, comme attendu, une meilleure auto-évaluation concernant la connaissance des principes, indications et contre-indications de l'ostéopathie, comparativement à la population "non à jour".
Suite à quoi, il a été observé que chez les prescripteurs il y avait autant de médecin "à jour" que de médecins "non à jour" de ces recommandation SOFMMOO.
Ainsi une formation au sujet de l'ostéopathie au sein du cursus universitaire de médecine générale prend tout son sens.

Néanmoins, ces résultats restent à nuancer. Les recommandations, de la SOFMMOO prises en compte, dataient de 2007, et émanaient d'une revue de la littérature conduite par Maigne et al. (21). Elles recommandaient la réalisation de radiographie du rachis cervical systématique avant toutes manipulations, pour dépister des malformations de

la charnière cranio-cervicale ou de l'arthrose avancée pouvant contre-indiquer le geste (47). Or les complications les plus fréquentes ne sont pas les complications ostéo-articulaires, mais bien les accidents vertébro-basilaires non décelables à la radiographie (19). Nous pouvons bien imaginer qu'une anomalie de la charnière cranio-cervicale entraînerait une faiblesse de l'artère vertébro-basilaire, contre-indiquant le geste. Cependant, une radiographie normale n'éliminera pas une anomalie anatomique ou pathologie thrombo-embolique du système vertébro-basilaire pouvant compliquer une manipulation cervicale.

Il ne s'agissait donc pas de recommandations opposables, et semble être remise en cause depuis (19). Nous observons cela dans notre étude. En effet, seulement 40,7% de patients ont bénéficié d'une radiographie du rachis cervical dans l'année ayant précédé une manipulation du rachis cervical.

En l'absence d'expertise diligentée par l'HAS, ou autre comité d'experts, nous avons pris le parti d'utiliser ces recommandations.

Il aurait été intéressant d'interroger les connaissances des médecins sur le certificat médical de non contre-indication à l'ostéopathie, obligatoire aux ostéopathes non-médecins, pour manipuler le rachis cervical et les nourrissons de moins de 6 mois.

3. Perception des patients concernant l'ostéopathie

3.1. Place de l'ostéopathie au sein du système de santé selon le patient

L'ostéopathie est majoritairement (51,2%) considérée comme le premier recours avant le médecin, pour la prise en charge d'une douleur.

Dans la population n'ayant pas consulté de médecin pour leur douleur (n=41, 32,5%) 65,9% d'entre eux placent l'ostéopathie en premier recours. Alors que dans la population ayant consulté un médecin pour leur douleur (n=85, 67,5%) seulement 45,9% d'entre eux placent l'ostéopathie en premier recours.

De plus, quand la population n'ayant pas consulté de médecin, place secondairement l'ostéopathie en prévention des blessures, la population ayant consulté un médecin, la conçoit en complément de la rééducation par la kinésithérapie.

L'ostéopathe consulté, chez les moins de 35 ans, est principalement connu grâce à internet et à l'entourage. Alors qu'après 65 ans, c'est par l'intermédiaire de son médecin, ainsi que de son entourage, que le patient va consulter un ostéopathe. Dans une revue de la littérature australienne de 2015, la famille, les amis et les

recommandations des médecins influencent le patient dans son choix d'utiliser les MAC (48).
Nous avons mis en évidence que plus l'âge du patient avançait, plus un médecin était consulté en amont d'une manipulation ostéopathique.
De plus, nous remarquons dans notre étude que chez les moins de 35 ans, le professionnel consulté est majoritairement un ostéopathe exclusif, alors qu'après 65 ans, les patients consultent majoritairement un médecin ostéopathe.

Cela montrerait le caractère générationnel de cette discipline naissante. En effet, les patients jeunes, ne consultant pas de médecin pour leur douleur, vont directement chez leur ostéopathe, le plus souvent exclusif, pour une prise en charge rapide de cette douleur. Alors que les personnes plus âgées, consultent leurs médecins pour avoir un diagnostic médical avant de consulter un ostéopathe, majoritairement médecin aussi.

3.2. Motifs de consultation

Le principal (97,7%) motif de consultation chez un ostéopathe est la prise en charge d'une douleur. Dubois et al. (49), mettent aussi en évidence que la douleur musculo-squelettique est le motif de consultation le plus représenté dans leur étude, avec 54,2% des consultations. Dans notre étude préliminaire, plus de 70% des non professionnels (SNP et NS) consultaient un ostéopathe également pour la prise en charge d'une BMS. Morin et al. en 2014 (50), dans une étude réalisée au Québec sur 14 000 patients montrent que 61,9% d'entre eux consultaient pour une douleur musculo-squelettique.
Le motif venant au deuxième rang dans notre étude (25,4%) est le bien être personnel. Cette donnée n'a pas été mise en évidence dans les autres études, cependant la prévention étant bien représentée dans l'étude de Jacquemart (51), pourrait inclure cette notion de bien être personnel.
La prévention des blessures est aussi bien représentée dans notre étude, avec 12,7% des motifs de consultation. Ce chiffre est de 44% chez les SP et 50% chez les SNP, mais seulement de 5% chez les NS de notre étude préliminaire, et de 0,3% dans l'étude québécoise de 2014 (50). Cette idée de prévention conforte ce caractère générationnel. En effet, les patients ne consultant pas de médecin, majoritairement plus jeune, utilisent l'ostéopathie en prévention des blessures. Ils sont ainsi plus acteur de leur bien-être.

3.3. MO attendues

Pour une grande partie des patients (69,8%), les MO attendues dépendaient majoritairement du motif de consultation.

Une minorité des patients de notre étude (4,7%) préférait des MO avec craquement, comme 40% des patients de l'étude de Demoulin et al. (52), et comme 80% des SP de notre étude préliminaire. Le bruit de ce craquement étant la résultante, lors de la MO, de la création d'une bulle de gaz au sein du liquide synoviale, provoquée par la modification des paramètres de pression et de volume au sein de l'articulation. Le craquement n'est ainsi, en aucun cas, gage de réussite de la MO (16).

Nous remarquons tout de même que le chiffre de notre étude est bien inférieur aux autres études, nous pouvons supposer que la communication thérapeute-patient porte ses fruits, et qu'ainsi, pour les patients, l'ostéopathe n'est plus, comme il a longtemps été, celui « qui fait craquer ».

3.4. Efficacité de la consultation chez l'ostéopathe

Une très grande majorité (97,9%) des patients interrogés s'est dite satisfaite de la consultation chez l'ostéopathe. Ce résultat est semblable aux études ayant étudié la satisfaction du patient après une consultation ostéopathique (28,36,53).

Il est important de rappeler que la population de patients de notre étude, consulte leur ostéopathe très souvent de leur propre chef. En effet, seulement 14,7% des patients interrogés vont consulter un ostéopathe seulement si leur médecin les y adressent. Ils sélectionnent ainsi le professionnel compétant à prendre en charge leurs douleurs, selon leurs représentations normatives de la maladie, du corps et de l'efficacité, comme Hogedez et al. l'expliquent dans leur revue de la littérature (3).

De plus, la satisfaction du patient en sortant de la consultation chez l'ostéopathe, est en grande partie dû à la prise en charge holistique du thérapeute, à son empathie, à son écoute, comme vu dans l'étude américaine de Cymet (54) et dans notre revue de la littérature (Tableau n°12).

En effet, la relation thérapeutique peut être considérée comme un ingrédient essentiel de la consultation ostéopathique. L'intention positive d'une personne d'aider une autre personne peut être la clé du succès d'une pratique de guérison d'après Bacon et al. (55).

Au sein de notre étude, les résultats de la consultation étaient dans une très grande majorité, de bons résultats. En effet, plus de la moitié (61,7%) a décrit une amélioration de la douleur, et près d'un tiers (31,9%), rapporte une guérison complète. A noter qu'une minorité (6,4%) déplore l'absence de résultat, mais qu'aucun patient ne décrit d'aggravation de la douleur.

Ces résultats se confirment lors de l'analyse de la variation de l'EN de la douleur. En effet, une grande majorité (80,9%) des patients rapportent une diminution de cette EN. Alors que seulement 19,1% décrit l'absence de modification, voire une majoration de l'EN.

Ce critère étant très subjectif, cela pourrait expliquer qu'une majoration du chiffre de l'EN soit retrouvée, alors qu'aucun patient ne rapporte d'aggravation de la douleur à la question concernant le résultat de la première consultation.

Etude	Population étudiée	Temps de l'étude	Critère d'étude	Résultats
Leininger et al. 2014 - USA (31)	Patients de 18 à 65 ans, souffrant de cervicalgie non spécifique	Prospective, 6 ans, de 2001 à 2007	Satisfaction = information reçue (4 items), la qualité du traitement reçue (3 items)	L'association manipulation rachidienne + exercices et conseils à domicile permet une meilleure satisfaction que les soins médicaux généraux + exercices et conseils à domicile.
Judkins et al 2017 - Nouvelle Zélande (36)	Patients consultant un ostéopathe pratiquent des manipulations d'ostéopathie crânienne	Donnée non communiqué	Perception = communication/éducation de la part du thérapeute, et efficacité du traitement, puis cognition et fatigue post traitement	Perception essentiellement positive, une sensation de détente et de libération est décrite dans les suites de la consultation
Tramontano et al (Abstract) 2018 - Italie (53)	Patients souffrant d'une blessure musculo-squelettique ayant bénéficié d'un traitement ostéopathique à l'hôpital	Prospective, 1 an, de janvier 2015 à janvier 2016	Satisfaction = questionnaires sur la satisfaction, la physiothérapie externe et l'EVA de satisfaction	Le bon taux de satisfaction global est principalement influencé par la perception qu'a le patient de la qualité technique du praticien, de la continuité du traitement et du coût du service.
Vaughan et al. 2019 - Australie (28)	Patients consultant un ostéopathe à la clinique d'ostéopathie universitaire de Victoria - Melbourne	Prospective, 6 mois en 2016	Satisfaction des patients = une mesure des résultats du traitement et de la prestation des soins	Satisfaction et perception positive du traitement ostéopathique.
Lam et al. 2019 - Canada (29)	Revu de la littérature concernant l'expérience et la satisfaction des patients en ostéopathie, au sein de 7 bases de données		Perception = l'évaluation globale du processus de soins de santé par le patient, qui peut être indépendante des résultats cliniques ou de l'efficacité économique	Satisfaction du traitement ostéopathique, car axé sur le patient, holistique et complet. Il s'agit d'une option de traitement pouvant être efficace contre les douleurs rachidiennes, permis par un partenariat praticien-patient, avec des effets indésirables possibles.
Ostéopathie Normandie 2019	Patients consultant un ostéopathe dans la région Caennaise	Prospective, 4 mois en 2019	Perception = place de l'ostéopathie dans système de soin selon le patient + satisfaction/efficacité du traitement	Place l'ostéopathie en 1er recours, pour la prise en charge de douleurs, et déclare une bonne efficacité/satisfaction

Tableau n°12 : Revue de la littérature sur la perception des patients concernant l'ostéopathie, EVA signifie Échelle Visuelle Analogique

4. Limites

4.1. Populations étudiées

Le groupe médecins généralistes a été restreint au groupe des MSU, par refus de certaines administrations, à nous faire parvenir une liste d'adresses de courriers électroniques des médecins généralistes exerçant dans la région.

Il aurait été intéressant de pouvoir étendre ce questionnaire à l'ensemble des médecins généralistes Bas Normands, et ainsi gagner en représentativité.

Ce questionnaire, destiné aux médecins libéraux dans le but d'étudier l'avis des médecins extra hospitalier, a induit une exclusion des médecins généralistes et rhumatologues hospitaliers, entraînant une perte de représentativité de cette population.

La population de patients, par souci pratique a été restreinte à la région Caennaise. Il serait intéressant de questionner l'ensemble des patients consultant un ostéopathe en Basse Normandie, afin une nouvelle fois d'obtenir une meilleure représentativité.

4.2. Résultats

4.2.1. Médecins

Dans les différentes études concernant les médecins généralistes et leurs habitudes avec l'ostéopathie, le terme "perception" est très peu employé. Cela dit, dans chacune d'entre elles, sont étudiés les motifs d'orientation et de refus d'orientation vers un ostéopathe (Tableau n°11). La question de la formation des médecins à l'ostéopathie est bien développée dans certaines de ces études, mais parfois seulement évoquée dans la discussion (Tableau n°11). Comme nous avons jugé bon de rassembler ces deux grandes idées, que sont les motifs ou refus d'orientation vers un ostéopathe, et la place d'une formation à l'ostéopathie au sein du cursus médical universitaire, sous le terme de "perception", nos résultats ne sont pas entièrement comparables aux autres études.

4.2.2. Patients

Concernant la littérature sur la perception des patients à propos de l'ostéopathie, les définitions de la perception sont plus hétéroclites (Tableau n°12). Selon Lam et al. (29) la perception est exclusivement l'évaluation globale, au sein du processus de soins, de l'ostéopathie par le patient, indépendamment du résultat. Alors que Vaughan et al.

(28) prennent en compte en plus de la prestation de soins, une mesure des résultats du traitement. D'après Judkins et al. (36) la perception est définie par l'association de la communication du thérapeute avec le patient, de l'efficacité du traitement, et de l'état psychique du patient dans les suites de la consultation. Ainsi comme nous nous sommes inspirés de ces différentes définitions pour notre étude, sans en choisir une exclusivement, nos résultats sont difficilement comparables à ceux de ces études.

CONCLUSION

Cette étude prospective en deux parties, a permis de recueillir la perception des médecins libéraux Bas Normands, et des patients consultant un ostéopathe dans la région caennaise, à propos de l'ostéopathie.

Les médecins orientent en grande majorité, leurs patients vers l'ostéopathie. Ils préfèrent orienter vers un kinésithérapeute ostéopathe pour sa formation et sa pratique quotidienne. Les médecins non prescripteurs sont retissant à l'ostéopathie, car regrettent l'absence de fondement scientifique, et donc de recommandations de bonnes pratiques et de prescriptions de cette discipline. De plus, les ostéopathes exclusifs n'ayant pas les compétences selon les non prescripteurs, ceux-ci ne souhaitent pas partager leur responsabilité en cas de faute. Enfin une grande majorité des médecins interrogés sont pour une formation à l'ostéopathie, au cours du troisième cycle des études médicales.

Les patients consultent un ostéopathe quasi exclusivement pour la prise en charge d'une douleur. Ils placent l'ostéopathie en premier recours en cas de douleur avant de consulter un médecin. Cependant, il existe un réel caractère générationnel de cette discipline. Alors que les patients jeunes consultent directement leur ostéopathe pour une prise en charge rapide, les patients plus âgés consultent un médecin en amont de toute MO.

Cette population de patients estime obtenir de bons résultats de cette consultation chez l'ostéopathe, et semblent très satisfaite de ce service.

Devant cet engouement manifeste pour l'ostéopathie, le monde médical peut difficilement occulter cette discipline. En effet, elle semble s'imposer dans l'arsenal thérapeutique du médecin libéral, et apporter de la satisfaction chez les patients. Afin de répondre au mieux à ces attentes, d'apaiser les craintes qu'ont les non prescripteurs de nos jours, et d'accompagner au mieux nos patients il serait intéressant d'étudier quelles seraient les modalités d'une formation à l'ostéopathie au sein du cursus des études médicales, de réfléchir sur la forme que pourrait prendre cette formation, par qui elle serait dispensée, pendant combien de temps.

L'utilisation croissante de l'ostéopathie ne semble pas ralentir. L'avenir nous permettra de savoir s'il s'agit d'un effet de mode ou d'un réel bénéfice pour la médecine moderne.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ordre des médecins - Webzine n°3 [Internet]. [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/webzine/2015-07/www/index.html#/intro
2. medecine-formation-ebm-tutoriel-biusante.pdf [Internet]. [cité 5 oct 2019]. Disponible sur : https://www.biusante.parisdescartes.fr/ressources/pdf/medecine-formation-ebm-tutoriel-biusante.pdf
3. Hogedez B, Gaudreault N. Les médecines alternatives et complémentaires dans le système Evidence-based medicine. Une étude philosophique de l'ostéopathie. Ethics Med Public Health. 1 janv 2019;8:156-66.
4. Définition et concept - Registre Des Ostéopathes de France ROF - Association ostéopathie [Internet]. [cité 5 oct 2019]. Disponible sur: https://www.osteopathie.org/88-decouvrez-l-osteopathie-definition-et-concept.html
5. Vautravers P, Isner ME, Blaes C. Manual medicine – osteopathy in France organization – education – fields of expertise. Ann Phys Rehabil Med. 1 juin 2010;53(5):342-51.
6. Historique de l'ostéopathie en France - Registre Des Ostéopathes de France ROF - Association ostéopathie [Internet]. [cité 26 mars 2019]. Disponible sur: https://www.osteopathie.org/historiqueOsteopathie.html
7. Ostéopathie. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Ost%C3%A9opathie&oldid=162796407
8. Histoire de l'ostéopathie - Registre Des Ostéopathes de France ROF - Association ostéopathie [Internet]. [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: https://www.osteopathie.org/3685-roles-et-missions-histoire-de-l-osteopathie.html
9. Histoire de la profession - Registre Des Ostéopathes de France ROF - Association ostéopathie [Internet]. [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: https://www.osteopathie.org/87-decouvrez-l-osteopathie-histoire-de-la-profession.html
10. Décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie. 2014-1043 sept 12, 2014.
11. Décret n° 2014-1505 du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie. 2014-1505 déc 12, 2014.

12. Expertise judiciaire, Ostéopathie et Démographie janvier 2019 | CEJOE [Internet]. [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: https://cejoe.org/demographie-janvier-2019/
13. La démographie des ostéopathes en France [Internet]. [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: https://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathie-france
14. Le cadre réglementaire de l'ostéopathie [Internet]. [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: https://www.osteopathe-syndicat.fr/loi-osteopathie-cadre-reglementaire
15. Barry C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. 2012;195.
16. Maigne J-Y. Manipulations vertébrales, ostéopathie et chiropraxie en rhumatologie (revue critique, critères de bonnes pratiques). Rev Rhum Monogr. févr 2017;84(1):87-90.
17. Les différentes techniques ostéopathiques et leurs indications - doctniet Info [Internet]. [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: https://www.doctinet.info/medecine/medecine-manuelle-osteopathie/30-les-differentes-techniques-osteopathiques-et-leurs-indications.html
18. Christophe Buisson - Ostéopathe D.O. - Cabinet d'Ostéaopathie Paris - Urgences Ostéopathiques Paris - IDF [Internet]. [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: http://osteopathie-buisson.com/techniques.html
19. Vautravers P, Isner-Horobeti M-È, Maigne J-Y. Manipulations vertébrales – ostéopathie. Évidences/ignorances. Rev Rhum. mai 2009;76(5):405-9.
20. Sausse F. L'apport pédagogique du D.I.U de Médecine Manuelle et Ostéopathie en Médecine Générale. 2018;65.
21. Maigne J-Y, Goussard J-C, Dumont F, Marty M, Berlinson G. Faut-il faire des radiographies systématiques avant manipulation vertébrale? Recommandations de la Société française de médecine manuelle orthopédique et ostéopathique (SOFMMOO). Ann Réadapt Médecine Phys. 1 mars 2007;50(2):111-6.
22. Dupeyron A, Vautravers Ph, Lecocq J, Isner-Horobeti ME. Évaluation de la fréquence des accidents liés aux manipulations vertébrales à partir d'une enquête rétrospective réalisée dans quatre départements français. Ann Réadapt Médecine Phys. 1 janv 2003;46(1):33-40.
23. Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie. 2007-435 mars 25, 2007.

24. Circulaire n°10 095 - Section Santé Publique et Démographie Médicale - CNOM-2010.pdf.
25. Schulz C, Evans R, Maiers M, Schulz K, Leininger B, Bronfort G. Spinal manipulative therapy and exercise for older adults with chronic low back pain: a randomized clinical trial. Chiropr Man Ther. 2019;27:21.
26. Porcari B, Russo M, Naro A, La Via C, Pullia M, Accorinti M, et al. Effects of osteopathic manipulative treatment on patients with multiple sclerosis: A pilot study. Complement Ther Med. 1 avr 2019;43:154-6.
27. Cerritelli F, Lacorte E, Ruffini N, Vanacore N. Osteopathy for primary headache patients: a systematic review. J Pain Res. 14 mars 2017;10:601-11.
28. Vaughan B, Burns C, Burridge L, Wigger J, Blair S, Mulcahy J. Patient satisfaction and perception of treatment in a student-led osteopathy teaching clinic: Evaluating questionnaire dimensionality and internal structure, and outcomes. Int J Osteopath Med. 1 mars 2019;31:21-7.
29. Lam MT, Banihashem M, Lam HR, Wan AB, Chow E. Patient experience, satisfaction, perception and expectation of osteopathic manipulative treatment: A systematic review. Int J Osteopath Med. 1 juin 2019;32:28-43.
30. Grace S, Engel R, Jalsion I. Themes Underlying Australian General Practitioner Views towards Chiropractic and Osteopathy: An Assessment of Free Text Data from a Cross-Sectional Survey. Evid-Based Complement Altern Med ECAM [Internet]. 14 janv 2018 [cité 19 mars 2019];2018. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5820586/
31. Leininger BD, Evans R, Bronfort G. Exploring Patient Satisfaction: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial of Spinal Manipulation, Home Exercise, and Medication for Acute and Subacute Neck Pain. J Manipulative Physiol Ther. 1 oct 2014;37(8):593-601.
32. Les facteurs influençant la prescription et la pratique de l'ostéopathie - P. Dupré-Vignaud-Faculté Pierre et Marie Curie de Paris - décembre 2017.pdf.
33. Les freins à la prescription de l'ostéopathie en médecine générale. - R. Binson- Faculté de médecine de Poitiers - décembre 2014.pdf [Internet]. [cité 21 févr 2019].

34. Le médecin généraliste et l'ostéopathie : évaluation du recours aux manipulations vertébrales par les médecins généralistes dans la lombalgie aigüe commune en Midi-Pyrénées. C. Babled – Faculté de médecine Toulouse III – Octobre 2014
35. Engel RM, Beirman R, Grace S. An indication of current views of Australian general practitioners towards chiropractic and osteopathy: a cross-sectional study. Chiropr Man Ther [Internet]. 1 nov 2016 [cité 19 mars 2019];24. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5088656/
36. Judkins R, Vaughan B, Mulcahy J. Evaluation of New Zealand osteopathy patients experiences of their treatment. Complement Ther Clin Pract. 1 nov 2017;29:20-6.
37. Licciardone JC, Kearns CM, Ruggiere P. Background and methodology of the Osteopathic Survey of Health Care in America 2010 (OSTEOSURV 2010). J Am Osteopath Assoc. 2011;111(12):670-84.
38. Samonte-Shippy H. Characteristics, satisfaction, and perceptions of patients receiving ambulatory healthcare from osteopathic physicians: a comparative national survey. 2001;12.
39. cnom_atlas_2018_0.pdf [Internet]. [cité 1 oct 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
40. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [cité 1 oct 2019]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/mobile.php#d3Map
41. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [cité 14 oct 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/conseil-national-lordre-medecins
42. Beyond 20/20 WDS - Affichage de tableau – Tableau1 :Effectifs des médecins par spécialité, mode d'exercice, sexe et tranche d'âge [Internet]. [cité 14 oct 2019]. Disponible sur: http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx
43. Les mutuelles qui remboursent l'ostéopathie - Registre Des Ostéopathes de France ROF - Association ostéopathie [Internet]. [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: https://www.osteopathie.org/mutuelles.html
44. Cartographie interactive des ostéopathes en 2019 en France métropolitaine [Internet]. [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: https://www.osteopathes.pro/fr/cartographie

45. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. Rev D'épidémiologie Santé Publique. 1 juin 2013;61(3):193-8.
46. HAS - Lombalgie commune [Internet]. [cité 25 oct 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Lombalgie_2005_rap.pdf
47. SOFMMOO - La Société Française de Médecine Manuelle - The French Society of Manual Medicine [Internet]. [cité 26 oct 2019]. Disponible sur: https://www.sofmmoo.org/radios.htm
48. Murthy V, Sibbritt DW, Adams J. An integrative review of complementary and alternative medicine use for back pain: a focus on prevalence, reasons for use, influential factors, self-perceived effectiveness, and communication. Spine J. 1 août 2015;15(8):1870-83.
49. Dubois T, Berthiller J, Nourry J, Landurier G, Briere F, Chardigny S, et al. Douleurs en cabinet d'ostéopathie : étude prospective descriptive des motifs de consultations des patients consultant en cabinet d'ostéopathie. Douleurs Eval - Diagn - Trait. 1 nov 2012;13:A59-60.
50. Morin C, Aubin A. Primary Reasons for Osteopathic Consultation: A Prospective Survey in Quebec. PLOS ONE. 3 sept 2014;9(9):e106259.
51. Déterminants du recours à l'ostéopathie en premier intention - C. Jacquemart et E. Schroeder– Faculté de médecine Toulouse III – Mars 2017.pdf [Internet]. [cité 21 févr 2019]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/1722/1/2017TOU31019-1020.pdf
52. Demoulin C, Baeri D, Toussaint G, Cagnie B, Beernaert A, Kaux J-F, et al. Croyances de la population concernant le craquement entendu lors des manipulations vertébrales. Rev Rhum. 1 mai 2018;85(3):280-4.
53. Tramontano M, Martino Cinnera A, Petracca M, Gaeta A, Tamburella F, Audouard M, et al. Outpatient Satisfaction With Osteopathic Manipulative Treatment in a Hospital Center: A Survey. Altern Ther Health Med. 2018;24(5):18-24.
54. Cymet TC. Transitions in Osteopathic Medical Education. J Am Osteopath Assoc. 1 avr 2015;115(4):188.
55. Bacon SW, Roe CA. Investigating practitioners' perceptions of the role of spirituality in osteopathic practice using Interpretative Phenomenological Analysis. Int J Osteopath Med. 1 sept 2018;29:3-9.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire médecin

Enquête auprès des médecins normands concernant l'ostéopathie

Chère consœur, cher confrère,

Dans le but de la rédaction de ma thèse de médecine générale, portant sur les relations entre les médecins libéraux et les ostéopathes, je me permets de vous solliciter afin de recueillir au mieux votre avis sur le sujet. Pour cela, j'aurai besoin de votre aide précieuse, en répondant à ce court et anonyme questionnaire, qui ne vous prendra que 5 minutes.

Je vous remercie par avance du temps que vous accordez à ce projet de thèse.

Bien confraternellement,

Pierre Loiselet.

Conformément au règlement UE-2016/679 et à la loi informatique et liberté 78-17, ce traitement a été instruit par le DPO de l'Université de CAEN. Pour en savoir plus : Consulter les mentions légales Ce traitement a été inscrit au registre de l'Université de CAEN sous le n° TG_COMPO_PEDAGO_SANTE_14-20180529-01R1

Il y a 28 questions dans ce questionnaire

Êtes-vous ?

☐ Une Femme ☐ Un Homme

Quel est votre âge ?

☐ Moins de 35 ans
☐ Entre 36 et 55 ans
☐ Plus de 56 ans

Êtes-vous ?

☐ Installé(e) ☐ Remplaçant(e)

Quel est votre spécialité ?
☐ Médecin généraliste ☐ Rhumatologue

Depuis quand avez-vous commencé votre activité de médecin libéral ?

☐ Moins de 5 ans
☐ Entre 5 et 10 ans
☐ Plus de 11 ans

Exercez-vous (concernant la plupart de votre exercice libéral) ?

☐ En région urbaine
☐ En région semi rurale
☐ En région rurale

Exercez-vous (concernant la plupart de votre exercice libéral) ?

☐ A moins de 50 km de Caen
☐ Entre 50 et 100 km de Caen
☐ A plus de 100 km de Caen

Exercez-vous (concernant la plupart de votre exercice libéral) ?

☐ Seul
☐ En cabinet de groupe

Possédez-vous un diplôme de Médecine Manuelle Ostéopathique (MMO) ?

☐ Oui
☐ Non

Pour les détenteurs d'un diplôme de MMO

Quelles est l'année d'obtention de votre diplôme de MMO ?

☐ Avant 1996
☐ Entre 1996 et 2016
☐ Après 2016

Pratiquez-vous régulièrement l'ostéopathie ?

☐ Oui
☐ Non

Pour l'ensemble des répondants

Possédez-vous certains diplômes dites de "médecine alternative" hors MMO (Médecine Manuelle Ostéopathique) ?

☐ Aucun
☐ Acupuncture
☐ Mésothérapie
☐ Posturologie
☐ Autre :

Place de l'ostéopathie dans votre arsenal thérapeutique

Vous arrive-t-il d'adresser des patients à un ostéopathe ?

☐ Oui
☐ Non

Avez-vous déjà bénéficié d'un traitement ostéopathique ?

☐ Oui
☐ Non

Pour les médecins prescripteurs

Pour quel(s) motif(s) les adressez-vous ?

☐ Blessures musculo-squelettique
☐ Conseils de performance sportive
☐ Autre :

A qui les adressez-vous majoritairement ?

☐ Un Médecin ostéopathe

☐ Un Kinésithérapeute ostéopathe

☐ Un Ostéopathe Non Professionnel de Santé

Si vous avez une préférence pour un des thérapeutes manuels cités ci-dessus, quel est-il ? Et selon vous, pourquoi ?

……..

Pour les médecins non prescripteurs

Si non, pourquoi ?

☐ Je pratique moi-même des techniques de médecine manuelle

☐ Ce n'est pas utile pour ma pratique

☐ Il n'existe pas de recommandation ou de preuve établie de l'efficacité

☐ Je crains une aggravation après manipulation

☐ Les Ostéopathes Non Professionnel de Santé (ONPS) n'ont pas les compétences requises selon moi

☐ Je ne désire pas avoir une responsabilité partagée avec un Ostéopathe Non Professionnel de Santé

☐ Je préfère les adresser à un Kinésithérapeute

☐ Je ne sais pas si les formations en ostéopathie sont équivalentes (médecin-ostéopathe ; kinésithérapeute-ostéopathe ; ONPS)

☐ Je ne suis pas formé sur l'intérêt de l'ostéopathie, et n'en connais pas les indications

☐ Je crains un détournement de patientèle

☐ Autre :

Malgré cela, connaissez-vous des ostéopathes autour de votre lieu d'exercice ?

☐ Oui
☐ Non

Pour l’ensemble des répondants

Un ostéopathe vous a-t-il déjà adressé un patient ?

☐ Oui
☐ Non

Si oui, pour quel(s) motif(s) ?

…….....

Quelles sont vos connaissances à propos de l'ostéopathie ?

Connaissez-vous les principes de l'ostéopathie ?

☐ 1 : Pas du tout ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 : Oui bien sûr

Connaissez-vous les indications et contre-indications de l'ostéopathie ?

☐ 1 : Pas du tout ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 : Oui bien sûr

Concernant les ostéopathes non-médecins

Selon vous, une radiographie leur est-elle nécessaire pour manipuler un rachis cervical ?

☐ Oui
☐ Non

Selon vous, une radiographie leur est-elle nécessaire pour manipuler un rachis lombaire ?

☐ Oui
☐ Non

Quant à la formation de médecine manuelle ?

Pensez-vous qu'une brève (in)formation au sujet de l'ostéopathie (principes, indications et contre-indications, intérêts et risques), serait utile dans la formation INITIALE d'un médecin généraliste ?

☐ Oui
☐ Non

Seriez-vous intéressé(e) pour suivre la formation de MMO optionnelle aujourd'hui ?

☐ Oui
☐ Non
☐ Je suis déjà formé

Si non, pourquoi ?

☐ Cela devrait être inclus dans la formation initiale Je n'ai pas le temps pour cette formation longue

☐ Cette formation est trop couteuse

☐ Je n'en vois pas l'utilité au sein de mon activité

☐ Autre :

Merci d'avoir pris de votre temps pour répondre à ce questionnaire.

Annexe 2 : Questionnaire patient

RECOURS À L'OSTÉOPATHIE

Médecins se formant à l'ostéopathie, nous réalisons une étude pour évaluer le rôle de l'ostéopathie chez les personnes consultant un ostéopathe en France. Celle-ci repose sur un court questionnaire. Votre participation est sur la base du volontariat, et nous nous engageons à garder vos données strictement confidentielles. Pour toute information vous pouvez contacter l'équipe de recherche à l'adresse suivante : [données personnelles non communicables]

Informations générales :

1. Quel est la date aujourd'hui ? ……/……/2019

2. Quel est votre sexe ? ☐ Féminin ☐ Masculin

3. Quel est votre âge ? ☐ < 35 ans ☐ Entre 35 et 65 ans ☐ > 65 ans

4. Votre lieu de résidence comporte : ☐ < 2000 habitants ☐ ≥ 2000 habitants

5. Pratiquez-vous un sport régulièrement ?

☐ Oui ☐ Non **Si oui, lequel/lesquels ?** .....
Combien d'heures par semaine ? ☐ < 6 heures ☐ ≥ 6 heures

6. **Quel est votre numéro de téléphone ?** *(facultatif)*

0…-……-……-……-..... Si cela ne vous dérange pas que notre équipe vous contact dans les suites de votre consultation chez l'ostéopathe afin d'en étudier le résultat.

Consultation d'ostéopathie :

1. Quelle est laraison de votre consultation chez l'ostéopathe aujourd'hui ? plusieurs réponses possibles

☐ Douleur

Si oui, avez vu un médecin pour cette douleur avant la consultation chez l'ostéopathe :
☐ Oui ☐ Non

Si oui, quelle(s) localisation(s) ? :
☐ Colonne Cervicale ☐ Colonne Dorsale ☐ Colonne Lombaire
☐ Membres supérieurs ☐ Membres inférieurs ☐ Bassin
☐ Autres (précisez) : ……..

☐ En prévention d'une douleur ☐ Pour des conseils de performance sportive
☐ Pour des conseils diététique ☐ Bien être personnel
☐ Autres (précisez) : .....

2. Sur une échelle de 0 à 10, à combien cotez-vous votre douleur aujourd'hui, en terme d'intensité ?
☐ 0 (pas de douleur) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 (douleur extrême)

TSVP ⇢

3. Par qui connaissez-vous l'ostéopathe que vous consultez ?

☐ Votre médecin ☐ Votre Kinésithérapeute ☐ Internet
☐ Votre entourage famille/amis ☐ Autre (précisez) : .....

4. Quelle(s) est/sont le(s) diplôme(s) de l'ostéopathe que vous consultez ?

☐ Ostéopathe seul ☐ Kinésithérapeute-ostéopathe ☐ Médecin-ostéopathe

5. À quelle fréquence allez-vous chez l'ostéopathe de manière générale ?

☐ Au moins une fois par mois ☐ Au moins une fois tous les 6 mois
☐ Au moins une fois par an ☐ Moins d'une fois par an

6. Combien vous a couté la consultation d'ostéopathie (en euros) ?

☐ 0-29 ☐ 30-60 ☐ 61-89 ☐ ≥ 90

7. La consultation d'ostéopathie est-elle prise en charge par votre mutuelle ?

☐ Oui ☐ Non
- **Si oui, à hauteur de combien de séances par an ?** .....
- **Le remboursement par la mutuelle vous est-il absolument nécessaire pour consulter l'ostéopathe ?** ☐ Oui ☐ Non

8. Quelle est, selon vous, la place de l'ostéopathie dans la prise en charge d'une douleur ?

☐ Premier recours de soins avant le médecin ☐ En dernier recours
☐ Si le médecin vous adresse ☐ En prévention des blessures
☐ En complément de la rééducation/kinésithérapie

9. Qu'attendez-vous comme mobilisation lors d'une consultation chez un ostéopathe ?

☐ Une mobilisation AVEC craquement ☐ Une mobilisation SANS craquement
☐ Cela dépend du motif de consultation

10. Avez-vous déjà eu recours à d'autres professionnels de santé pour soigner une douleur ?

☐ Aucun ☐ Naturopathe ☐ Étiopathe ☐ Chiropracteur ☐ Acupuncteur
☐ Autre (précisez) : .....

Merci pour votre participation.

LOISELET PIERRE

Par téléphone, au moins 15 jours après la consultation :

1. **Quand avez-vous répondu au questionnaire ? Date du jour : ……**

☐ Entre 15 jours et 1 mois ☐ 1 - 1,5 mois ☐ 1,5-2 mois
☐ 2-2,5 mois ☐ > 2,5 mois

2. Faire préciser de nouveau la localisation, si consultation pour une douleur :
☐ Rachis Cervical ☐ Rachis Dorsal ☐ Rachis Lombaire
☐ Membres supérieurs ☐ Membres inférieurs ☐ Bassin
☐ Autres : ……..

3. La consultation avec l'ostéopathe a-t-elle répondu à votre(vos) attente(s) ?
☐ Oui ☐ Non

4. Quel(s) est (sont) les résultats de cette consultation ?

☐ N'a eu aucun effet ☐ De diminuer la prise de médicaments
☐ D'améliorer la blessure ☐ De guérir totalement de la blessure
☐ Aggravation de la blessure

5. Sur une échelle de 0 à 10, à combien cotez-vous votre douleur en terme d'intensité aujourd'hui ?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

6. Quelles ont été les manipulations effectuées par l'ostéopathe ?

☐ Manipulations AVEC craquement ☐ Manipulations SANS craquement
☐ Autres : …….
Avez-vous bénéficié de radiographies du rachis cervical avant manipulations de celui-ci (si manipulations du rachis cervical il y a eu) ? ☐ OUI ☐ NON

7. Avant la manipulation, avez-vous été informé des risques ?
☐ OUI ☐ NON

8. Avez-vous bénéficié d'autre thérapeutiques pour cette douleur ?
☐ NON ☐ Kinésithérapie ☐ AINS ☐ Autres : …….

9. Avez-vous revu un ostéopathe depuis que vous avez rempli le questionnaire ?
☐ OUI ☐ NON

-> Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?
☐ Consultation prévue/nécessaire dans la prise en charge ☐ Persistance/Aggravation douleur
☐ Autres : ……..

-> Si oui, était est-ce le même ostéopathe ? ☐ OUI ☐ NON
Si non, pour quelle(s) raison(s) ? ……..

10. Quels ont été les résultats de cette 2e consultation ?

☐ N'a eu aucun effet ☐ De diminuer la prise de médicaments
☐ D'améliorer la blessure ☐ De guérir totalement de la blessure
☐ Aggravation de la blessure

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

2019
LOISELET Pierre

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Etude de la perception des patients et des médecins libéraux concernant l'ostéopathie en Basse Normandie.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

L'ostéopathie connaît un engouement croissant auprès des patients, et des médecins depuis quelques années. Cependant les études sur la perception de l'ostéopathie sont rares.
Une étude prospective a été réalisée de mai à septembre 2019 en Basse Normandie afin d'étudier la perception des médecins libéraux concernant l'ostéopathie, ainsi que celle des patients consultants un ostéopathe. La perception des médecins était définie comme le recours ou non à l'ostéopathie, et leur avis sur l'intérêt d'une formation à l'ostéopathie au sein des études médicales. La perception des patients était définie comme la place qu'occupait l'ostéopathie selon eux au sein du système de soin, ainsi que de l'efficacité ressentie dans les suites de la consultation chez l'ostéopathe.
Une majorité des médecins orientaient leurs patients vers l'ostéopathie, notamment pour des blessures musculosquelettiques. Les médecins réticents à l'ostéopathie préféraient la kinésithérapie, accusaient l'absence de recommandations, et déploraient les différences de formations. Plus de 80% des médecins étaient favorables à une formation à l'ostéopathie au sein de l'internat de médecine générale.
Plus de 95% des patients interrogés consultaient un ostéopathe pour une douleur. Les patients jeunes ne consultaient pas de médecin en amont d'une manipulation ostéopathique, à la différence des patients plus âgés (p=0,002).
Comme retrouvé dans la littérature, plus de 97% des patients de notre étude était satisfaits de l'ostéopathie.
L'ostéopathie semble s'imposer dans l'arsenal thérapeutique du médecin libéral, et satisfaire le patient. La place d'une formation à l'ostéopathie dans le cursus de médecine générale est à réfléchir.

MOTS-CLÉS : Médecine générale, Rhumatologie, Patient, Ostéopathie, Perception, Formation, Satisfaction.

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Study of patients and private doctors' perception regarding osteopathy in Normandy.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

In recent years, osteopathy promoted increasing interest among patients and doctors. However, studies on osteopathic perception are rare.
A prospective study was carried out from May to September 2019, in Normandy, to analyze the perception of osteopathy among private doctors as well as patients consulting an osteopath. Private doctors perception has been defined as the use or the non-use of osteopathy as a medical resort in their routine practice, and their opinion on the potential benefit of teaching osteopathy throughout medical studies. Patients' perception was defined as their consideration on the role of osteopathy as part of medical care system, as well as the patient perceived effectiveness of osteopathy consultation.
Seventy-seven percent of the private doctors surveyed referred their patients with to be cured by osteopathy practice, in particular for musculoskeletal injury. Reluctant doctors preferred physiotherapy, blamed the lack of recommendations, and deplored education differences among professionals. Above 80% of the doctors interviewed were in favour of teaching osteopathy during the general practitioner residency.
More than 95% of the patients surveyed consulted an osteopath for musculoskeletal pain. Unlike older patients, younger patients did not consult a doctor prior osteopathic manipulative treatment (OMT) (p=0.002).
As found in the literature, more than 97% were satisfied with their OMT.
Osteopathy is gaining a foothold in liberal doctors' therapeutic arsenal, and demonstrate patients' satisfaction.
Thus, the role of osteopathy education in the general practitioner curriculum should be considered.

KEY WORDS : General practitioner, rheumatology, patient, osteopathy, perception, teaching, satisfaction.