HAL
open science

État des lieux de la médecine manuelle ostéopathique au sein du Service de Santé des Armées : évaluation des pratiques professionnelles

Thibaut Albert

To cite this version:

Thibaut Albert. État des lieux de la médecine manuelle ostéopathique au sein du Service de Santé des Armées : évaluation des pratiques professionnelles. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03113863

HAL Id: dumas-03113863

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03113863

Submitted on 18 Jan 2021

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 BORDEAUX

U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2020 Thèse n°49

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 15 Avril 2020
par

Thibaut ALBERT
Né le 30 Décembre 1992 à Castres (Tarn)
Élève de l'École du Val de Grâce à Paris
Ancien élève de l'École de Santé des Armées de Lyon

État des lieux de la médecine manuelle ostéopathique au sein du Service de Santé des Armées : évaluation des pratiques professionnelles.

Directeur de thèse
Monsieur le Médecin en Chef Pierre ROUSSEL

Jury

Monsieur le Professeur Mathieu DE-SEZE	Président
Monsieur le Docteur Christophe ADAM	Rapporteur
Monsieur le Professeur Luc AIGLE	Juge
Madame le Docteur Aurélie HERAUDEAU-FRITSCH	Juge
Monsieur le Docteur Pierre ROUSSEL	Directeur

A notre directeur de thèse

Monsieur le Médecin en Chef Pierre ROUSSEL
Médecin responsable de la 167ème Antenne médicale de Carcassonne
Médecin généraliste
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier dans l'Ordre National du Mérite

Je vous remercie pour votre soutien et votre aide sur ce travail. Je vous remercie aussi pour votre enseignement médico-administratif.
Que ces mots témoignent de ma profonde reconnaissance.

A notre président du Jury

Monsieur le Professeur Mathieu DE-SEZE
Professeur des universités, Praticien hospitalier
Service de Médecine Physique et de Réadaptation du Centre Hospitalier Universitaire Pellegrin à Bordeaux

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider notre jury de thèse. Soyez assuré de notre profond respect.

A notre rapporteur

Monsieur le Docteur Christophe ADAM
Maître de conférences associé au département de médecine générale de l'Université de Bordeaux
Médecin généraliste

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger notre travail. Je vous remercie pour vos conseils éclairés. Veuillez croire en l'expression de ma profonde gratitude.

A nos juges

Monsieur le Médecin en chef Luc AIGLE
Professeur agrégé de l'École du Val-de-Grâce
Médecin responsable de la 154ème Antenne médicale d'Aubagne
Chevalier de la Légion d'Honneur

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger notre travail. Je vous remercie pour votre disponibilité, votre réactivité et votre implication dans la formation des jeunes médecins. Soyez assuré de mon admiration et mon profond respect.

Madame le Docteur Aurélie HERAUDEAU-FRITSCH
Médecin généraliste
Anciennement médecin responsable de la 105ème Antenne médicale de Mérignac.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger notre travail. Vos travaux dans le domaine de la médecine manuelle-ostéopathie sont précurseurs au sein du Service de Santé des Armées. Veuillez croire en ma profonde admiration.

ÉCOLE DU VAL DE GRACE

A Monsieur le Médecin général Humbert BOISSEAUX
Directeur de l'École du Val-de-Grâce
Professeur agrégé du Val-de-Grâce
Officier de la Légion d'honneur
Officier dans l'Ordre National du Mérite
Chevalier de l'Ordre des Palmes académiques

HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES ROBERT PICQUÉ

A Monsieur le Médecin général Jacques MARGERY
Professeur agrégé de l'École du Val-de-grâce
Médecin chef de l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué
Chevalier de la Légion d'Honneur
Chevalier dans l'Ordre National du Mérite

A Monsieur le Médecin en Chef Christophe GRAMOND
DESC de médecine d'urgence
Praticien confirmé en médecine d'urgence
Membre du comité pédagogique en charge du suivi de cursus et des thèses des internes.

Je vous remercie pour votre patience et votre dévouement dans la gestion du cursus des internes.

A Monsieur le Médecin en Chef David TRAN-VAN
Spécialiste des hôpitaux des armées
Service de Réanimation de l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert PICQUÉ
Membre du comité pédagogique responsable de la recherche clinique

Je vous remercie d'avoir su guider notre travail.

...Allez où la Patrie et l'Humanité
vous appellent, soyez-y toujours
prêts à servir l'une et l'autre, et s'il
le faut, sachez imiter ceux de vos
généreux compagnons qui au même poste
sont morts martyrs de ce dévouement
intrépide et magnanime
qui est le véritable acte de foi
des Hommes de notre état.

Baron Percy
Chirurgien en chef de la Grande Armée
aux chirurgiens sous-aides 1811.

A ma famille, mes amis,
Pour leur soutien indéfectible.

Sommaire

1. Introduction 7

1.1. Contexte de l'étude 7

1.1. État de l'art 8

1.1.1. Rappel des différents types de technique 8

1.1.2. Modalité du DIU texte 9

1.1.3. Explication du DDIM selon Robert Maigne. 9

1.1.4. Fonctionnement de la manipulation 10

2. Matériel et méthodes 12

3. Résultats 13

3.1. Caractéristiques du praticien 13

3.2. Organisation des consultations 14

3.3. Thérapeutiques manuelles 15

3.4. Principales indications 17

3.5. Utilisation en OPEX 19

3.6. Profil patient et recrutement 20

4. Discussion 21

4.1. Biais et difficultés 21

4.2. Interprétation des résultats du questionnaire 21

4.3. Comparaison avec d'autres travaux 23

4.4. Hypothèses et perspectives 23

5. Conclusion : 25

6. Bibliographie 26

1. Introduction

1.1. Contexte de l'étude

La médecine manuelle ostéopathie (MMO) est à mi-chemin entre la rhumatologie et la médecine physique. Elle se définit comme 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(1). Selon le dictionnaire de l'académie de médecine, elle dérive des techniques de l'ostéopathie et de la chiropraxie sans en adopter les théories spirituelles. En France, les Dr Lavezarri puis Robert Maigne, entre autres, vont recentrer cette pratique sur les affections douloureuses musculo-squelettiques, notamment rachidiennes. La MMO, telle qu'elle est enseignée aujourd'hui en France, doit beaucoup au Dr R. Maigne qui créa en 1996 le premier diplôme inter-universitaire (DIU) de MMO(2).

L'engouement des patients envers la médecine manuelle ostéopathie (MMO) est indéniable. Une étude réalisée à Paris dans le cadre d'une thèse de médecine générale montrait que la médecine manuelle ostéopathie est la discipline la plus consultée par les patients (55 %) parmi les médecines complémentaires alternatives(3). Ceci est paradoxal si l'on regarde la MMO à travers le prisme de l'Evidence-Based Medecine (EBM). En effet, rares sont les indications qui présentent un bénéfice significatif. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la MMO montre un bénéfice à court et moyen terme dans la prise en charge des lombalgies aigües, aussi bien qu'une prise en charge médicamenteuse(4). Ces résultats sont retrouvés dans une méta-analyse américaine(5). Un rapport de l'Académie Nationale de Médecine estime que les manipulations rachidiennes peuvent se montrer modérément efficaces sur la lombalgie aigüe, subaiguë ou chronique, sur la cervicalgie aiguë, subaiguë ou chronique, sur la céphalée d'origine cervicale, les états vertigineux d'origine cervicale, et à moindre degré sur la migraine(6). Malgré un faible niveau de preuve, en 2014, une thèse évaluant le recours à la manipulation vertébrale par les médecins généralistes dans la lombalgie aiguë commune en Midi-Pyrénées montrait que plus de la moitié des médecins interrogés proposait une manipulation vertébrale. Une plus forte majorité (89 %) était favorable aux manipulations vertébrales à la demande du patient(7). Il est aussi intéressant de souligner que de nombreux services hospitaliers (maternités, services de soins palliatifs et de cancérologie) se dotent de praticiens ostéopathes pour diversifier leur prise en charge de la douleur(8).

Les militaires sont nombreux à avoir recours à un ostéopathe. La demande est prépondérante, et les médecins d'unité doivent cohabiter avec cette médecine parallèle. Attention à ne pas voir, dans cette pratique, un remède à tout ! Au-delà de l'aspect thérapeutique, la MMO est avant tout un outil diagnostic, grâce à son examen segmentaire du rachis. Cet examen, à la portée de tout médecin formé, permet de repérer chez le patient quel étage est le plus douloureux et, le cas échéant, orienter vers une thérapie manuelle.

Les militaires, du fait de leur activité physique, et du port de charges lourdes, sont plus à même de développer des troubles musculo-squelettiques (TMS) notamment des douleurs rachidiennes. Une étude, sur des soldats américains déployés en Irak, montre une augmentation significative de l'incidence des douleurs dorsales, cervicales et des extrémités, liée au port de gilet balistique(9). Dans une autre étude, les principales causes d'évacuation médicale ont été étudiées : 24 % des évacués l'ont été pour des troubles musculo-squelettiques (TMS), 14 % pour des blessures de combat, 10 % pour des troubles neurologiques, 9 % pour des troubles psychiatriques et enfin 7 % pour des douleurs rachidiennes (10). L'armée américaine pense que la majorité des évacuations sanitaires liées à des troubles musculo-squelettiques relèverait d'un traitement manuel. En 2009, elle a créé un groupe de travail pour lutter contre la douleur chez le soldat : *Pain Management Task Force*. Regroupant des spécialistes de la douleur, de tous les

corps d'armée, cette Task Force veut renforcer l'utilisation de la MMO pour diminuer le recours aux traitements médicamenteux, le nombre de plaintes liées aux TMS, et raccourcir la durée des arrêts de travail(11). La MMO dans l'armée américaine a de nombreuses fois été étudiée. Une étude randomisée en double aveugle, comparant traitement manuel versus traitement médicamenteux, dans la prise en charge des lombalgies aiguës, montrait une amélioration significative après traitement manuel par rapport à un traitement médicamenteux(12). La réduction de la douleur était plus rapide avec l'utilisation du traitement manuel, et les effets secondaires liés aux traitements médicamenteux (épigastralgie, nausées, somnolence) étaient évités ; point important à souligner dans un contexte opérationnel où l'attention doit être permanente. Ces résultats confortent l'armée américaine à utiliser des praticiens formés à la MMO.

En France, le Service de santé des armées (SSA) a décidé de développer une offre de soins en MMO au sein des Centres médicaux des armées (CMA), et d'en autoriser la promotion (note de service n °438/DEF/DCSSA/PC/MA du 25 janvier 2013). Il n'existe aucune liste exacte permettant de dénombrer les médecins militaires titulaires d'un DIU de MMO.

L'exercice du médecin militaire français en unité est diversifié. Médecin généraliste de formation, son emploi du temps est rythmé par des consultations médicales, des consultations de médecine du travail, sa formation à la médecine d'urgence, et enfin un soutien médical lors des missions sur les théâtres d'opérations extérieurs. Pour certain, il assure un poste de commandement de l'unité médical où il est affecté. Sa priorité est de soigner le personnel militaire de proximité. Chez cette population qui nécessite d'avoir un potentiel physique élevé, le désir de bénéficier d'un thérapeute militaire formé à la MMO est grand dans les armées(13). Les praticiens des armées souhaitent aussi améliorer leurs connaissances dans le domaine de la MMO(14). Cette pratique semble être associée avec une connaissance approfondie de la biomécanique humaine et de la pathologie du sport. Elle permettrait aussi de renforcer le lien entre le médecin militaire et ses patients.

Peu d'études explorent la pratique de la MMO par les médecins militaires dans l'armée française. **Ainsi, quelle est l'utilisation de la médecine manuelle ostéopathique par les médecins diplômés au sein du Service de Santé des Armées ?** Nous allons réaliser une enquête de pratique par auto-questionnaires. Nous étudierons les caractéristiques de l'opérateur, l'organisation des consultations, les principales indications, les principaux traitements manuels utilisés et son utilisation sur les théâtres d'opérations extérieurs (OPEX).

Avant d'aborder la méthode employée pour répondre à la question de recherche, nous allons expliquer les différentes techniques en MMO, les modalités d'exercice en France, et nous attarder sur la lésion princeps « ostéopathique ».

1.1. État de l'art

1.1.1. Rappel des différents types de technique

Combien de fois avons-nous entendu un patient dire : « mon ostéopathe m'a manipulé(e) » ? Attention, la manipulation n'est qu'un sous-groupe dans tout l'arsenal de la thérapeutique manuelle. R. Maigne a proposé une définition de la manipulation vertébrale comme une manœuvre unique, brève et sèche qui porte un segment mobile au-delà de son jeu habituel, tout en restant dans les limites anatomiques. Elle provoque souvent un bruit caractéristique de craquement, lié à un phénomène de cavitation. Cette manipulation avec impulsion, souvent appelée par les anglo-saxons HVLA (High Velocity Low Amplitude) pour « manipulation avec haute vélocité et faible amplitude », s'oppose aux manipulations sans impulsion (ou sans thrust)(15).

La MMO ne se résume pas à la seule pratique de manipulations ou techniques articulaires. D'autres techniques qui ne font pas intervenir des phénomènes de cavitation

peuvent être utilisées dans les mêmes indications, isolément, ou en préparation d'une manipulation. Citons les techniques neuro musculaires(16) qui rassemblent deux principales techniques : une technique basée sur l'étirement longitudinal tendinocorporéal (étirement postisométrique), et une technique basée sur le raccourcissement longitudinal tendinocorporéal (technique de Jones). L'étirement postisométrique, ou technique myotensive (ou contracté-relâché en kinésithérapie), commence par une contraction isométrique d'un muscle ou d'un groupe musculaire pendant cinq secondes sur le temps inspiratoire. Après relâchement, le muscle est ainsi étiré lentement au maximum de sa course. La manœuvre est ensuite répétée trois fois. La technique de Jones ou Strain Counterstrain (SCS) consiste à un positionnement d'un muscle, ou d'un groupe de muscles, en raccourcissement maximal pendant quatre-vingt-dix secondes, puis un retour lent en position initiale. Inventée par Lawrence Jones au début des années 1960, il explique le résultat obtenu « par la diminution et l'arrêt de la poursuite de l'activité proprioceptive négative inappropriée {…} réalisé en raccourcissant de manière prolongée le fuseau musculaire déréglé en créant une légère tension sur ses antagonistes. ».

Selon le glossaire de terminologie ostéopathique publié par «American Association of Colleges of Osteopathic Medicine (AACOM) », traduit par Laurence Deora pour l'Académie d'Ostéopathie de France, le traitement fonctionnel consiste en 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 ». Le traitement fonctionnel peut être appliqué sur n'importe quelle partie du corps.

Enfin, les techniques crâniosacrées reposent sur une restriction de mobilité des structures crâniennes qui perturberait le « flux rythmique du liquide céphalospinal » et aurait un effet néfaste sur la santé. Ces techniques permettraient de régler des problèmes musculosquelettiques, névralgiques, digestifs. Tout comme les techniques fonctionnelles, il n'y a aucun résultat scientifique validé concernant l'ostéopathie crâniosacrée. Soit les études comportent trop de biais, soit le bénéfice retiré par le patient est jugé trop modeste(17).

1.1.2. Modalité du DIU texte

Jusqu'en 2002, seuls certains médecins (principalement des rhumatologues et rééducateurs fonctionnels), titulaires d'un diplôme universitaire, pouvaient pratiquer la médecine manuelle ostéopathie. Il a fallu attendre la loi Kouchner du 4 mars 2002 pour que les ostéopathes non professionnels de santé et les chiropraticiens puissent avoir un cadre légal. Depuis, le nombre de médecins généralistes ostéopathes a grandement augmenté, de même que les ostéopathes diplômés en ostéopathie (DO). Devant l'explosion du nombre d'écoles d'ostéopathie, présentant une grande disparité de formation, le ministère de la santé a dû imposer une réforme. Subsiste donc moins d'une trentaine d'écoles, avec un quasi doublement du nombre d'heures d'enseignement, soient 4860 heures sur cinq ans, et une formation pratique clinique renforcée. Ce renforcement des standards de formation a logiquement retenti sur la formation des médecins qui souhaitent obtenir un diplôme universitaire titrant. Depuis 2016, un cursus de trois ans doit être suivi. Conforme aux directives officielles, il comporte 436 heures d'enseignement, et 300 heures de formation pratique (l'équivalent de 150 consultations)(18).

1.1.3. Explication du DDIM selon Robert Maigne.

Le DDIM (Dérangement Douloureux Intervertébral Mineur) est un dérèglement fonctionnel d'un segment vertébral, de nature mécanique et réflexe, qui rend celui-ci douloureux lorsqu'il est soumis à des pressions spécifiques (lors de l'examen segmentaire codifié). Il est la conséquence d'efforts, de faux mouvements, de mauvaises positions conservées, etc. Il n'a pas de traduction à l'imagerie et à tendance à être auto-entretenu. Il est

réversible dans la quasi-totalité des cas par manipulation appropriée. Il peut être responsable de douleur locale ou à distance pour le patient.

Ce concept, décrit par la première fois par Robert Maigne en 2004 (2), trouve sa source dans un examen segmentaire codifié qui a permis de constater que certains segments vertébraux sont douloureux. Certains passent inaperçus à l'examen clinique traditionnel alors que d'autres sont liés à la douleur dont se plaint le patient. Ces DDIM sont extrêmement fréquents et sont à l'origine de la plupart des douleurs communes d'origine rachidienne, locorégionales ou à distance.

Le diagnostic d'un DDIM se fait en plusieurs étapes. Il faut d'abord détecter le segment douloureux au moyen de l'examen segmentaire codifié. Il faut ensuite affirmer la nature bénigne et mécanique de cette souffrance segmentaire par le contexte clinique et, si nécessaire, par des examens complémentaires. Il convient alors en dernier lieu de réunir les arguments qui permettent de penser que cette dysfonction est bien responsable d'un syndrome douloureux segmentaire : le syndrome cellulo–téno–myalgique. Ce syndrome, bien décrit par le Collège Français d'Enseignant de Rhumatologie (COFER) a été repris par R. Maigne. Cette douleur segmentaire ne doit pas être confondue avec une douleur typique radiculaire.

Ce syndrome se compose : d'une dermocellulalgie détectée à la manœuvre du pincé-roulé dans le territoire du dermatome ; de cordons myalgiques indurés sensibles à la pression reproduisant souvent la douleur symptomatique du patient ; une hypersensibilité à la palpation des tissus du sclérotome (insertions ténopériostées, ligaments périarticulaires).

Prenons l'exemple du syndrome de la jonction dorso-lombaire (T11–T12–L1) décrit par R. Maigne dans un de ses principaux ouvrages(19). Lorsque ce syndrome est au complet, il associe une lombalgie basse, des douleurs abdominales basses, pseudo viscérales ou testiculaires ; une douleur de hanche ; une pubalgie. L'examen clinique retrouve souvent un DDIM à la jonction dorso-lombaire et le traditionnel « point de crête » postérieur ou latéral. Cette jonction est une zone particulièrement sollicitée chez le sportif. En effet, elle fait le lien entre une rachis dorsal bas mobile en rotation et un rachis lombaire mobile en flexion/extension.

1.1.4. Fonctionnement de la manipulation

Attardons-nous désormais au fonctionnement de la manipulation vertébrale(20). Celle-ci constitue l'un des piliers du traitement manipulatif ostéopathique.

Nous allons détailler l'action de la manipulation sur l'unité fonctionnelle vertébrale. L'impulsion manipulative a une action minime sur les corps vertébraux. L'étude in vivo d'une manipulation montre que l'onde manipulative se propage sur plusieurs segments mobiles simultanément. Les muscles ne semblent pas lui poser de limitation s'ils sont bien relâchés, car le mouvement se déroule trop brusquement pour qu'une contraction musculaire de protection ait le temps de se manifester. Il est donc important de lever les contractures musculaires avant de réaliser une manipulation. Le bruit de craquement caractéristique de la manipulation provient d'un phénomène de cavitation au niveau des articulations zygapophysaires. Lors d'une manipulation, il y a un premier temps d'accumulation d'énergie, puis, lors d'un décrochage articulaire, une restitution sous forme de mouvement à haute vélocité d'écartement des surfaces articulaires. L'action sur le disque intervertébral est débattue. Il est sûr que l'on observe des variations de la pression intradiscale au cours d'une manipulation. Lorsqu'un disque est soumis à une charge compressive prolongée, des zones de tensions apparaissent en regard de l'annulus postérieur. Ces contraintes pourraient être responsables de douleurs liées à l'agression des terminaisons nerveuses de la face postérieure du plateau vertébral. Lors d'une manipulation brève et rapide, les muscles paravertébraux se retrouvent brutalement étirés. L'étirement des muscles fléchisseurs permettrait un relâchement immédiat des muscles paravertébraux par un mécanisme agoniste-antagoniste.

Cependant, après avoir brossé l'action d'une manipulation sur les éléments constituant l'unité vertébrale, comment pouvons-nous aboutir à une réduction de la douleur chez le patient ? Pour cela, il va falloir comprendre la cause de la lésion princeps qui engendre un DDIM. Lorsque survient une sollicitation excessive portant sur un segment vertébral, les muscles et les ligaments du segment vont être soumis à un tiraillement excessif. Les propriocepteurs musculo-tendineux de ce côté vont donc envoyer un nombre important de flux nociceptifs vers le segment médullaire correspondant. Pour la protéger, les muscles entourant l'unité vertébrale vont se contracter. Or, à cause des grands bras de levier, ces mécanismes de protection peuvent être mis en défaut lors de mouvements brusques. Cela engendre donc un cercle vicieux de contractures douloureuses. En effet, le rachis a un fonctionnement automatique particulier. Il est évidemment possible pour beaucoup d'entre nous de pouvoir bouger volontairement son dos. Mais personne n'est capable d'avoir une action directe sur tel ou tel autre muscle intervertébral, et de passer outre un blocage douloureux. Le mouvement vertébral est un mouvement global qui met en jeu un nombre important de faisceaux musculaires aux insertions complexes qui doivent fonctionner en parfaite synergie. Le traitement manuel permet donc de lever ces blocages et de stopper les boucles nociceptives. Il aura toujours lieu selon des paramètres de rotation, inflexion et flexion-extension qui demeurent compatible avec l'état du patient. La loi de la non-douleur et du mouvement contraire (R. Maigne) sont gages de l'efficacité et de la sécurité de la technique(21).

2. Matériel et méthodes

Cette étude était une enquête de pratique professionnelle par auto-questionnaires. L'objectif de cette étude était de décrire la pratique de la MMO chez les médecins généralistes du SSA, au moyen d'un auto-questionnaire. Les critères d'inclusion étaient : être médecin militaire, d'active ou de réserve, exercer en Antenne Médicale (AM) en France métropolitaine, être titulaire du D.U. de MMO, ou en cours de formation. Étaient exclus ceux dont le questionnaire n'avait pas été complété en entier.

L'auto-questionnaire contenait six parties : caractéristiques générales du sondé, organisation des consultations, type de traitement manuel utilisé, gestion des principales indications, utilisation en opération extérieure, et profil des patients.

N'ayant pas de liste des médecins militaires pratiquant la MMO, un mail avait été envoyé à tous les médecins d'unité via le réseau IntraDef, sur les boites mail professionnelles. Seuls ceux pratiquant la MMO étaient priés de répondre. Ce message contenait une notice d'information à propos de l'étude, ses objectifs, ainsi qu'un lien URL pour accéder au questionnaire en ligne. En remplissant le questionnaire et en le validant, le praticien sondé acceptait l'utilisation des données dans le cadre de cette étude.

Sur le plan règlementaire, cette étude se conformait à la méthodologie de référence n°004 de la CNIL. Un enregistrement dans le registre national de l'Institut National des Données de Santé (INDS) avait été effectué.

Les données étaient recueillies par le logiciel européen LimeSurvey. Ses serveurs européens assuraient une protection des données. L'URL envoyé dans le mail de recrutement orientait vers le questionnaire en ligne hébergé par une plateforme LimeSurvey. Les données étaient compilées au fur et à mesure des réponses. Les données étaient extraites et les graphes créés grâce au logiciel Excel. L'analyse statistique a été faite au moyen du logiciel R Version 1.1.463. Les données quantitatives étaient exprimées sous forme de médianes assorties de leurs interquartiles 25-75. Les données qualitatives étaient exprimées sous forme de pourcentage. Aucune analyse comparative n'a été réalisée.

3. Résultats

Le questionnaire était resté disponible de début mars à fin août 2019. Parmi les 37 réponses, seules 27 (soit 73%) était complètes et ont donc été retenues dans l'analyse statistique.

Nous allons successivement parcourir les 6 parties du questionnaire.

3.1. Caractéristiques du praticien

La première partie concernait le praticien, ses caractéristiques et son avis à propos de la MMO (Tableau A).

Le temps de pratique médian était de 5 années [4 ;7] (Figure 1). Aucun n'était en cours de formation.

Minimum	1er quartile	Médiane	Moyenne	3ème quartile	Maximum
2	4	5	5,76	7	19

Figure 1 : Nombre d'année de pratique

Ils étaient 17/27 à penser la MMO très utile.

Pour 12/27 d'entre eux, l'impact de la médecine manuelle-ostéopathie sur leur pratique actuelle était accentué par rapport à leur pratique antérieure sans la MMO. 7 d'entre eux qualifiaient cet impact de fort.

Concernant les recyclages de la MMO, 15 des 27 sondés n'en effectuaient pas.

Les praticiens sondés étaient 17 à détenir aussi un DIU de médecine du sport, et 4 une Capacité de Médecine d'Urgence (CAMU).

Ils étaient 24 à conseiller la MMO à leur confrère, 2 préféraient ne pas répondre.

Tableau A : A propos de vous		Nombre (%)
Effectuez vous des recyclages ?		
	Oui	12 (45%)
	Non	15 (55%)
Etes vous détenteur d'autre DIU ou capacité ?		
	DIU de médecine du sport	17 (65%)
	CAMU	4 (15%)
	DIU de médecine tropicale	2 (8%)
	DIU d'échographie d'urgence	1 (4%)
	DIU Médecine et urgence en montagne	1 (4%)
	DIU de nutrition chez le sportif	1 (4%)
Conseilleriez-vous la MMO à vos confrères médecins ?		
	Oui	24 (88%)
	Non	1 (4%)
	Sans réponse	2 (7%)
Concernant l'utilité de la MMO, vous pensez qu'elle est :		
	Inutile	0
	Peu utile	0
	Moyennement utile	1 (4%)
	Assez utile	9 (35%)
	Très utile	17 (65%)
Quel est l'impact de la médecine manuelle ostéopathique sur votre pratique actuelle par rapport à votre pratique antérieure sans MMO ?		
	Fort	7 (26%)
	Accentué	12 (44%)
	Moyen	5 (19%)
	Faible	3 (11%)
	Nul	0

3.2. Organisation des consultations

La seconde partie s'attachait à l'organisation globale des consultations (Tableau B). Par semaine, le nombre médian de consultations, selon les sondés, était à 2 [1 ; 4,75]. Ils étaient 11/27 à effectuer une seule consultation de MMO par semaine. (Figure 2).

Minimum	1er quartile	Médiane	Moyenne	3ème quartile	Maximum
1	1	2	3,15	4,75	10

Figure 2 : Nombre de consultations par semaine

Par jour, la médiane du nombre maximal de consultations en un jour atteignait 3 [2 ;4] (Figure 3). Un sondé a répondu pouvoir effectuer 10 consultations en un jour (valeur maximale).

Minimum	1er quartile	Médiane	Moyenne	3ème quartile	Maximum
1	2	3	3,23	4	10

Figure 3 : Nombre maximal de consultation par jour

Les sondés étaient 16/27 à effectuer leur consultation de MMO entre 30 et 45 minutes. Aucun ne réalisait une consultation de moins de 15 minutes.

Le temps alloué, selon les sondés, en retrouvait 12 « pas satisfait » voire « pas du tout satisfait » et 11 « satisfait » voire « tout à fait satisfait ». 4 d'entre eux n'étaient « ni satisfait ni insatisfait ».

Des praticiens sondés, 22 sur 27 souhaitaient consacrer plus de temps à leur pratique.

Tableau B : Organisation des consultations	Nombre (%)
Quel est le temps moyen d'une consultation en MMO ?	
Moins de 15 min	0 (0%)
Entre 15 et 30 min	9 (33%)
Entre 30 et 45 min	16 (59%)
Plus de 45 min	2 (7%)
Etes-vous satisfait du temps alloué aux consultations ?	
Pas du tout satisfait	2 (7%)
Pas satisfait	10 (37%)
Ni satisfait ni insatisfait	4 (15%)
Satisfait	10 (37%)
Tout à fait satisfait	1 (4%)
Aimeriez-vous consacrer plus de temps à la pratique de la MMO ?	
Oui	22 (81%)
Non	5 (19%)

3.3. Thérapeutiques manuelles

La troisième partie étudiait les praticiens dans leur pratique de la MMO (Tableau C).

A propos du type de traitement manuel le plus utilisé, ils devaient hiérarchiser les réponses. En premier choix, ils étaient 14/27 à choisir la technique neuromusculaire dite myotensif et 8/27 à choisir la technique manipulative dite HVLA.

Si leur premier choix était le myotensif, leur deuxième choix majoritaire était alors la manipulation sans thrust (6 sur 14). Si leur premier choix était la technique HVLA, leur deuxième choix était le myotensif (7 sur 8).

La technique neuromusculaire myotensive était utilisée en premier choix sur le rachis cervical (21 sur 27) et en deuxième choix sur les muscles du bassin (12 sur 27).

La technique neuromusculaire dite SCS était utilisée en premier choix sur le rachis cervical (18 sur 27) et en deuxième choix sur les muscles du bassin (12 sur 27).

Concernant les techniques fonctionnelles, 12 rapportaient n'en utiliser que rarement, mais 12 assez souvent voire très souvent (5/27).

Les techniques manipulatives sur le rachis cervical ne sont jamais utilisées pour 11 sur 27. Seul 6 en utilisent souvent à assez souvent.

Les 11 qui ne faisaient pas de manipulations cervicales ne prescrivaient alors pas de radiographie (sauf un praticien, s'il attribuait la cervicalgie à une origine traumatique). 4 ne faisaient que des test cliniques pré-manipulatifs, 2 effectuaient systématiquement une radiographie cervicale, et 8 faisaient des tests cliniques et prescrivaient une radiographie cervicale.

Tableau C : Type de de traitement utilisés

Quel type de traitement manuel utilisez-vous le plus ?

1er choix

Myotensif	14 (52%)
HVLA	8 (30%)
Manipulation sans thrust	4 (15%)
SCS	1 (4%)
Techniques cranio-sacrées	0

2ème choix

Si le 1er choix est Myotensif, alors le 2ème choix est :

Manipulation sans thrust	6 (43%)
HVLA	4 (29%)
SCS	4 (29%)

Si le 1er choix est HVLA, alors le 2ème choix est :

Myotensif	7 (88%)
SCS	1 (7%)

Dans quelle topographie utilisez-vous le plus les techniques myotensives ?

1er choix		2ème choix	
Cervical	21 (78%)	Bassin	12 (44%)
Bassin	3 (11%)	Membres inférieurs	8 (30%)
Membres inférieurs	2 (7%)	Membres supérieurs	2 (7%)
Membres supérieurs	1 (4%)	Cervical	5 (19%)

Dans quelle topographie utilisez-vous le plus les techniques de type SCS ?

1er choix		2ème choix	
Cervical	18 (67%)	Bassin	12 (44%)
Bassin	5 (19%)	Lombaire	9 (33%)
Lombaire	3 (11%)	Dorsal	3 (11%)
Dorsal	1 (4%)	Cervical	3 (11%)

Utilisez-vous des techniques fonctionnelles ?

Jamais	1 (4%)
Rarement	12 (44%)
Souvent	2 (7%)
Assez souvent	7 (26%)
Très souvent	5 (19%)

Utilisez-vous des techniques manipulatives sur le rachis cervical ?

Jamais	11 (41%)
Rarement	9 (33%)
Souvent	3 (11%)
Assez souvent	3 (11%)
Très souvent	1 (4%)

Si oui, quels sont vos critères de sécurité ?

Je n'effectue jamais de radiographie cervicale avant de manipuler le rachis cervical.	0
J'effectue une radiographie cervicale si je pense à une douleur d'origine traumatique.	3 (11%)
J'effectue un test clinique de sécurité avant de manipuler le rachis cervical.	4 (15%)
J'effectue systématiquement des radiographies cervicales avant toute manipulation cervicale.	2 (7%)
J'effectue un test clinique de sécurité puis prescrit une radiographie cervicale avant toutes manipulations cervicales.	8 (30%)
Ne se prononce pas	10 (37%)

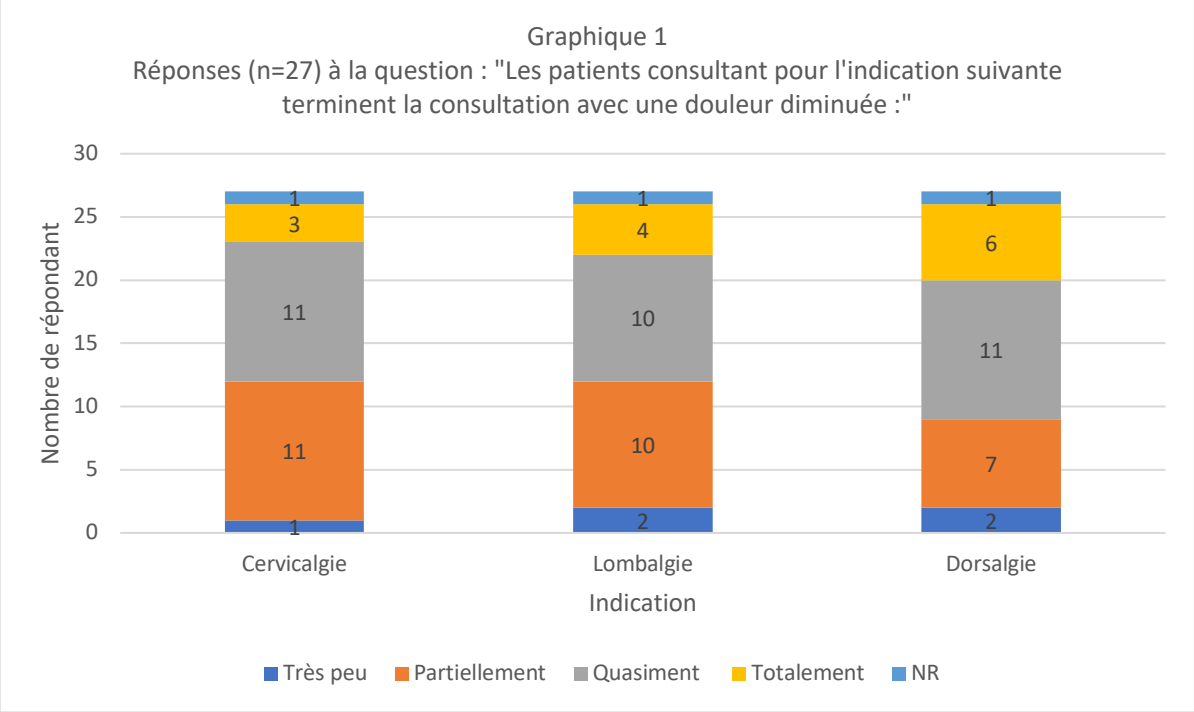
3.4. Principales indications

La quatrième partie s'attardait sur les principales indications rencontrées en consultation de MMO.

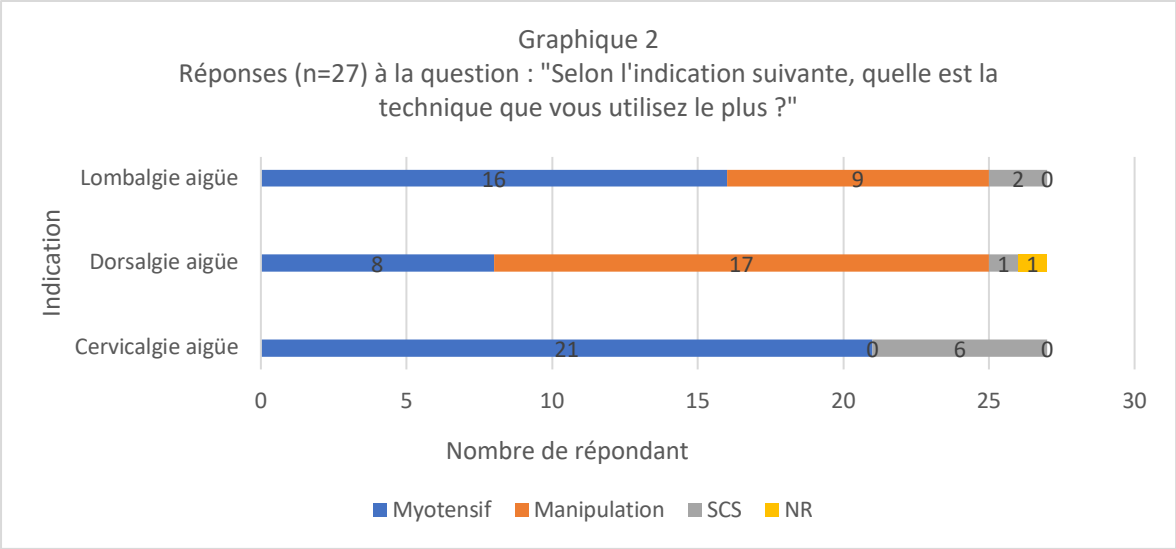
Les cervicalgies et les lombalgies étaient, selon les sondés, les principaux motifs de consultations (respectivement 11 et 10 sur 27) au cours des 6 mois précédents (Tableau D).

Tableau D : Indications	Nombre (%)
Quelle est l'indication qui reflète le plus votre pratique de la MMO au cours des 6 derniers mois ?	
Cervicalgies	11 (41%)
Lombalgies	10 (37%)
Dorsalgies	6 (22%)
Douleurs de membres	0

Le niveau de douleur (Graphique 1) du patient jugé par les praticiens après un traitement manuel était quasiment diminué, à savoir de plus de moitié, dans les cervicalgies (11 sur 27), les lombalgies (10 sur 27) et les dorsalgies (11 sur 27). Pris dans son ensemble, cet échantillon de sondés était capable de diminuer totalement la douleur plus facilement pour un tableau de dorsalgie.



La question suivante était relative à l'utilisation préférentielle de trois techniques (myotensif, SCS, manipulation) face à un tableau de cervicalgie, dorsalgie ou lombalgie (Graphique 2). Devant une cervicalgie aigüe, aucun praticien n'utilisait de manipulation, tandis que 21/27 utilisaient un myotensif et 6/27 un SCS. Devant une dorsalgie aigüe, 17/27 praticiens manipulaient le rachis, 8/27 utilisaient un myotensif. Devant une lombalgie aigüe, 16/27 utilisaient un myotensif, 9/27 manipulaient et 2/27 utilisaient un SCS.



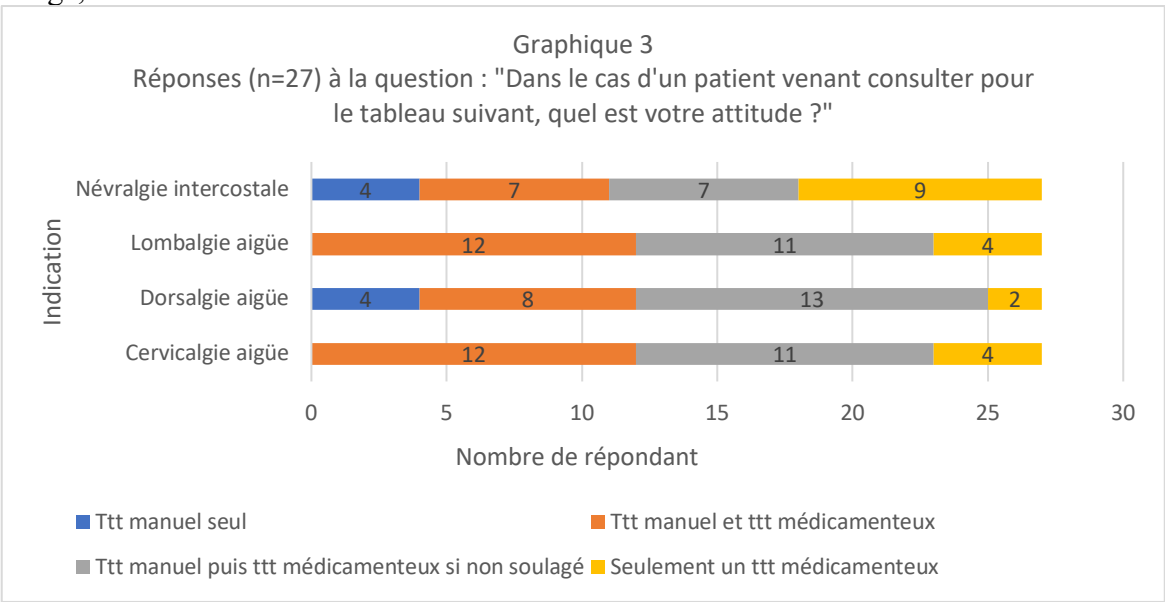
La dernière question de cette partie étudiait l'attitude thérapeutique du médecin devant quatre tableaux cliniques :

Face à un tableau de <u>névralgie intercostale</u>, 4 praticiens utilisaient seulement un traitement manuel, 7 utilisaient un traitement manuel et un traitement médicamenteux simultanément, 7 utilisaient un traitement manuel puis un traitement médicamenteux si le patient n'était pas soulagé, et enfin 9 utilisaient seulement un traitement médicamenteux.

Face à un tableau de <u>lombalgie aigüe</u>, aucun praticien n'utilisait un traitement manuel isolé, 12 utilisaient un traitement manuel et un traitement médicamenteux simultanément, 11 utilisaient un traitement manuel puis un traitement médicamenteux si le patient n'était pas soulagé, et enfin 4 utilisaient seulement un traitement médicamenteux.

Face à un tableau de <u>dorsalgie aigüe</u>, 3 praticiens utilisaient seulement un traitement manuel, 8 utilisaient un traitement manuel et un traitement médicamenteux simultanément, 13 utilisaient un traitement manuel puis un traitement médicamenteux si le patient n'était pas soulagé, et enfin 2 utilisaient seulement un traitement médicamenteux.

Face à un tableau de <u>cervicalgie aigüe</u>, aucun praticien n'utilisait un traitement manuel isolé, 12 utilisaient un traitement manuel et un traitement médicamenteux simultanément, 11 utilisaient un traitement manuel puis un traitement médicamenteux si le patient n'était pas soulagé, et enfin 4 utilisaient seulement un traitement médicamenteux.



3.5. Utilisation en OPEX

La cinquième partie traitait de l'utilisation de la MMO en OPEX (Tableau E).
Les praticiens étaient 24 sur 27 à avoir déjà eu recours à la MMO en OPEX.
Ils étaient 19 sur 27 à être « entièrement d'accord » avec le fait qu'elle a toute sa place en OPEX, 6 étaient « d'accord » et 2 restaient « neutre ».
Pour 13 des praticiens interrogés, les consultations de MMO étaient plus fréquentes en retour de mission ; 6 n'étaient pas d'accord, et 6 ne se prononçaient pas.

Tableau E : En Opérations Extérieures (OPEX)

	Nombre (%)
Avez-vous déjà eu recours à la MMO au cours d'une OPEX ?	
Oui	24 (89%)
Non	3 (11%)
Pensez-vous qu'elle a sa place sur OPEX ?	
Entièrement d'accord	19 (70%)
D'accord	6 (22%)
Neutre	2 (7%)
Pas d'accord	0
Fortement en désaccord	0
Avez-vous la sensation que les consultations des militaires en MMO sont plus fréquentes en retour de mission ?	
Oui	13 (48%)
Non	6 (22%)
Sans réponse	6 (22%)

3.6. Profil patient et recrutement

La sixième et dernière partie se concentrait sur le profil des patients et leur recrutement. Le niveau sportif des patients jugé par les praticiens étaient répartis comme suit : 7 praticiens considéraient avoir une patientèle très sportive, 18 assez sportive, 2 peu sportive. Aucun ne jugeait avoir des patients sédentaires.

Les tranches d'âge des patients consultants jugées par les praticiens étaient réparties comme suit : cinq praticiens avaient une patientèle de moins de 25 ans, 14 praticiens avaient une patientèle entre 25 et 35 ans, et 7 praticiens avaient une patientèle entre 35 et 45 ans. Aucun médecin ne pratiquait des patients de plus de 45 ans.

Pour 15 des praticiens, la consultation de médecine manuelle-ostéopathie était programmée après avoir vu le patient dans un autre type de consultation. Pour 9 d'entre eux, le patient leur était adressé par des collègues médecins. Enfin, 3 praticiens acceptaient des consultations directes, prévues par le patient lui-même.

Pour terminer, 20 praticiens sur 27 ne mettaient pas en avant de moyens pour que les patients sachent qu'ils pratiquent de la MMO.

Tableau F : Profil des patients

	Nombre (%)
Concernant le niveau sportif de vos patients, ils sont :	
Très sportif	7 (26%)
Assez sportif	18 (67%)
Peu sportif	2 (7%)
Sédentaire	0
En moyenne, vos patients ont un âge évalué à :	
Moins de 25 ans	5 (19%)
Entre 25 et 35 ans	14 (52%)
Entre 35 et 45 ans	7 (26%)
Plus de 45 ans	0
En règle générale, concernant le recrutement de vos patients consultant pour de la MMO :	
Les patients prévoient une consultation eux-même ?	3 (11%)
Ils vous sont adressés par des collègues médecins ?	9 (33%)
Vous programmez vous-même une consultation de MMO après avoir vu le patient dans un autre type de consultation ?	15 (56%)
Dans votre antenne médicale, mettez-vous en avant des moyens pour que les patients sachent que vous pratiquez de la MMO ?	
Oui	7 (26%)
Non	20 (74%)

4. Discussion

4.1. Biais et difficultés

Notre étude présente un certain nombre de biais et de difficultés. L'ouverture du questionnaire sur la plateforme LimeSurvey était bloquée par les pares-feux de la messagerie professionnelle des sondés (messagerie IntraDef). Nous avons réussi à récupérer une liste non officielle des praticiens titulaires du DIU de MMO. Une nouvelle diffusion par un canal moins contraignant a permis d'augmenter le nombre de répondant. D'autres études estimaient le nombre de praticiens diplômés à une quarantaine. Nous avons obtenu un échantillon de 27 réponses sur un période de 6 mois d'activation du questionnaire. Les résultats obtenus ne peuvent donc pas être totalement représentatifs de la pratique de la MMO au sein du SSA.

Un biais de compréhension du questionnaire doit être évoqué. Nous avons fait particulièrement attention au choix des mots concernant les différentes techniques utilisées en MMO. En effet, certains utilisent « myotensifs », d'autres « contracté-relâché » ou encore « étirement post contraction isométrique ». Les DIU dispensés dans les facultés françaises peinent à uniformiser leur vocabulaire concernant les techniques.

Le design de cette étude faisait appel à un questionnaire, et à des questions exclusivement fermées. Ce choix permettait une analyse des données plus aisée, mais ne laissez pas de place à l'expression personnelle des praticiens. Peut-être qu'une dernière partie à commentaires libres aurait été bienvenue.

4.2. Interprétation des résultats du questionnaire

Les praticiens interrogés avaient un temps de pratique qui leur assurait une certaine légitimité dans la critique de leur exercice. Ainsi, nous les trouvons très enthousiastes à pratiquer la médecine manuelle ostéopathie. La majorité la pense utile, la conseille à leurs confères, et elle modifie durablement leur pratique médicale. Ceci contraste avec un nombre de consultation par semaine très faible (3 consultations en moyenne), bien que certains arrivent à réaliser plus de 10 consultations dans une seule journée. Il est important de souligner que les praticiens parviennent, certains jours, à effectuer en moyenne trois consultations dédiées à la MMO de plus de 30 minutes. Remarquable, dès lors que l'on sait la charge de travail du médecin d'unité ! Quoi qu'il en soit, ils souhaitent avoir plus de temps à allouer à cette pratique.

Concernant la pratique en elle-même, il est surprenant de constater que le type de traitement manuel le plus utilisé est le myotensif. La renommée de la MMO s'est faite avec le craquement sonore, qui précède le soulagement immédiat, dans le cas, par exemple, d'une lombalgie aigüe. Dans notre étude, les praticiens préfèrent en majorité utiliser en première intention une technique plus douce. La manipulation avec thrust (HVLA) est alors utilisée en deuxième intension. Cette donnée peut s'expliquer par le fait qu'il est conseillé de débuter un traitement ostéopathique par un travail musculo-tendineux, avant de réaliser un travail articulaire(16). De la même manière, les sondés utilisent préférentiellement les techniques myotensives sur le rachis cervical. Rappelons que règlementairement, le praticien doit acquérir au moins deux ans d'expérience avant de réaliser des techniques manipulatives dans ce territoire. Il peut néanmoins pratiquer des techniques de type myotensives ou SCS. En effet, devant la demande fréquente de traitement ostéopathique pour des cervicalgies bégnines, et la crainte d'un craquement au niveau cervical (par le patient et/ou praticien), les techniques myotensives sont tout à fait appropriées. Autre technique, le SCS, selon les sondés, est particulièrement pratiqué sur le rachis cervical. Utilisée seule, cette technique n'a pourtant pas fait preuve de son efficacité à court et long terme sur la cervicalgie (22).

Quoiqu'il en soit, les principales sociétés savantes médicales encadrant la MMO s'accordent à émettre des recommandations avant une manipulation cervicale(23).

L'interrogatoire doit rechercher un antécédent de manifestations indésirables après une première manipulation. L'examen neurologique est indispensable et il est recommandé de réaliser une radiographie du rachis cervical. La complication la plus grave est la dissection de l'artère vertébrale. Elle ne peut évidemment pas être prévenue au moyen de radiographies simples. Cependant, la jurisprudence actuelle prévient que l'absence de clichés préalables à toute manipulation est une faute(24). Parmi les 16 sondés qui réalisent des manipulations cervicales, tous ne prescrivent pas systématiquement des radiographies.

Notre étude soulève un paradoxe sur la décision thérapeutique. Les praticiens interrogés semblent être efficaces pour améliorer une douleur dans les tableaux de cervicalgie, lombalgie et dorsalgie dans plus de 50 % des cas, si l'on rassemble ceux qui ont choisi les réponses « quasiment » et « totalement ». Il serait alors logique d'attendre que la majorité des praticiens utilisent un traitement manuel exclusif dans les différents tableaux cliniques. Or, seuls quatre des sondés utilisent exclusivement un traitement manuel dans les tableaux de dorsalgie aigüe ou de névralgie intercostale. Dans les tableaux de cervicalgie et de lombalgie, indications les plus fréquentes selon les sondés, soit le traitement pharmaceutique est donné si le traitement manuel n'est pas satisfaisant, soit il est utilisé d'emblée. Finalement, les praticiens semblent utiliser la MMO en étant épaulé de très près par un traitement pharmaceutique. Aucun ne laisse partir son patient sans traitement antalgique, à moins qu'il ne soit complètement soulagé. Il devient donc impossible de déterminer lequel du traitement manuel ou pharmacologique engendre une diminution pérenne de la douleur. Y a-t-il un lien entre d'une part le nombre d'années de pratiques, et donc une sensation de performance, et d'autre part, une prescription médicamenteuse après traitement manuel ? Notre étude ne permet pas d'y répondre.

L'intérêt de la MMO en OPEX est important. Le médecin militaire se retrouve souvent isolé en territoire hostile. Il doit faire face à des situations médicales très variées hors métropole. Il est limité en termes de thérapeutiques, et la prise en compte de l'environnement extérieur entre dans la balance bénéfice/risque du processus décisionnel thérapeutique.

Prenons l'exemple d'un soldat en mission en Afrique qui, du fait du port de charges lourdes depuis des semaines, présente brutalement un tableau de lombalgie aigüe. Il devient dans l'incapacité de continuer à porter son matériel (sacs, armes, gilet pare-balles). Le médecin affecté à son groupe pratique de la MMO. Il l'examine, observe une attitude antalgique en latéroflexion droite du rachis et trouve un DDIM en T12 et L1. Il présente de plus un syndrome cellulo-téno-myalique dans le territoire concerné et une douleur palpatoire projetée en regard de l'épine iliaque antéro-supérieure. Il n'y a pas de « drapeaux rouges ». Le médecin évoque alors un syndrome de Maigne (ou syndrome de la jonction thoraco-lombaire). Il décide de réaliser un traitement manuel. Il commence par des techniques myotensives sur le muscle carré des lombes droit et le muscle pyramidal droit. Le patient étant suffisamment relâché, il entreprend une manipulation du rachis lombaire. L'examen post-manipulatif confirme la disparition du syndrome douloureux et une bonne récupération de la mobilité du rachis lombaire. Le patient étant soulagé, il peut se permettre de ne pas lui donner des antalgiques de palier deux ou trois qui avaient initialement été envisagés. Les effets indésirables connus tels que la somnolence et la sédation seront alors évités.

Cet exemple est caricatural. Il suppose que cette situation ait lieu dans un environnement sécurisé et qu'une table à manipuler soit accessible. Se pose ensuite la question de la reprise d'activité. Il est préconisé qu'une mise au repos de 24h à 48h doit suivre un traitement par de la MMO. Est-ce envisageable dans un contexte opérationnel ? Dans notre étude, 25 sur 27 des sondés s'accordent à dire que la MMO à sa place dans un contexte opérationnel. Elle mérite largement des études de terrains approfondies.

Curieusement, les praticiens sondés, pour la plupart, ne mettent pas en avant de moyen pour signaler leur pratique de MMO. Ils ne souhaitent pas que le patient sollicite lui-même une consultation mais préfèrent programmer une séance de MMO après l'avoir vu en consultation. Les raisons peuvent être multiples. Les praticiens interrogés considèrent que leurs patients sont sportifs et ont moins de 35 ans. Nombreux sont ceux qui consultent un ostéopathe DO (diplômé en Ostéopathie) entre une et deux fois par an dans le but d'améliorer leur potentiel physique. L'assertion qui vise à dire « mon dos a craqué, j'en avais donc besoin » ne doit pas être entretenue. La MMO fonctionne, mais dans des indications très précises. Elle doit rester un outil, une arme thérapeutique supplémentaire dans la prise en charge des rachialgies notamment. Les praticiens sondés ont bien senti le risque de dérive et veulent replacer la MMO comme un traitement à part entière après un examen clinique soigneux : le patient énonce une plainte fonctionnelle telle qu'une rachialgie, le thérapeute l'examine, et si le symptôme ne relève pas d'une pathologie organique, la MMO peut lui être proposée. Ce processus décisionnel est à respecter et à expliquer au patient qui souhaite directement une consultation de MMO.

4.3. Comparaison avec d'autres travaux

A notre connaissance, ce travail s'inscrit dans la continuité de deux autres travaux. Citons d'abord le travail de thèse du Dr Sahut(14) en 2014 qui comptait 39 praticiens militaires ostéopathes. Citons ensuite un mémoire de DIU de MMO (25) écrit en 2018 par trois médecins militaires qui ont étudié la pratique des médecins militaires ostéopathes. Nos résultats se rejoignent sur l'intérêt de cette pratique par les médecins confrères et par les patients eux-mêmes. Ils soulignent aussi la difficulté à glisser des consultations de MMO dans des plannings déjà serrés. Selon les deux travaux cités ci-dessus, les techniques neuromusculaires (myotensifs) restent préférentiellement utilisées suivies de près par les techniques manipulatives.

Citons aussi un travail d'Egizii et al. (Egizii, Dupeyron et al. 2005) qui avait interrogé tous les médecins, généralistes et spécialistes, ayant obtenu le diplôme interuniversitaire de médecine manuelle–ostéopathie à la faculté de médecine de Strasbourg, entre 1985 et 2002. L'ensemble des médecins interrogés comprenait des médecins rééducateurs, des rhumatologues, des urgentistes, des médecins du travail, des médecins généralistes et médecins du sport, libéraux ou hospitaliers. En phase aigüe, les 140 médecins répondants étaient 68% à utiliser un traitement pharmaceutique, 60% utilisaient un traitement manuel seul ou en association(26).

4.4. Hypothèses et perspectives

Cette étude ouvre de nouvelles perspectives. Il faudrait mesurer l'intérêt des militaires vis-à-vis de la MMO. Une étude par questionnaire en novembre 2013 auprès de 14 000 militaires observait déjà que plus de la moitié (54,2%) consulterait plus facilement un médecin militaire si celui-ci était qualifié en médecine manuelle-ostéopathie. Cette qualification chez les praticiens militaires renforce une relation de confiance de qualité là où la dualité aptitude-soin du praticien semble effrayer le patient. Un nouveau questionnaire diffusé aux armées chercherait à déterminer la fréquence de consultation chez un ostéopathe et donc quantifier le besoin réel en MMO. A l'instar de l'armée américaine, une autre étude chez une population militaire étudierait si la qualité de vie est améliorée plus rapidement avec un traitement manuel et médicamenteux versus un traitement médicamenteux seul en OPEX. Le recours à des traitements médicamenteux et donc la survenue d'évènements indésirables peuvent-ils être diminués ? Dans ce contexte opérationnel, le retour du patient à son plein potentiel peut-il être assuré plus rapidement ? La MMO peut-elle avoir l'ambition d'éviter des évacuations sanitaires

dès lors que l'on connaît la proportion de rapatriement en métropole de patient présentant des rachialgies invalidantes ?

Pour respecter le principe de l'anonymat, l'appartenance à un corps d'armée n'a pas été demandée (armée de l'air, armée de terre, marine, gendarmerie). Il aurait été intéressant de comparer les différentes parties du questionnaire en fonction de l'armée et notamment le lien avec le niveau de la rachialgie et le corps d'armée. L'apport de la MMO dans les cervicalgies chroniques chez les pilotes de chasse ou des lombalgies chroniques chez le parachutiste mérite d'être étudié de manière plus approfondie.

Notre étude se limitait volontairement aux indications qui s'intéressaient au domaine ostéo-articulaire. Ce champ d'activité a été étudié et éprouvé dans la littérature contrairement au système nerveux (migraines, névralgies) ou le système digestif (troubles de la digestion), par exemple(27). Nous aurions pu questionner les médecins sur ces autres champs d'activité thérapeutique.

5. Conclusion :

Cette enquête de pratique par auto-questionnaire avait pour but de décrire l'utilisation de la médecine manuelle ostéopathique par les médecins diplômés au sein du Service de Santé des Armées. Les médecins interrogés appréciaient cette pratique, la conseillaient à leur confrère, et souhaitaient bénéficier de plus de temps pour la pratiquer, mais à leurs conditions. La MMO a ceci de particulier qu'elle permet au patient d'être acteur dans sa guérison puisqu'il peut consulter un thérapeute manuel de son propre chef. Il sélectionne ainsi l'univers thérapeutique concordant avec ses représentations normatives de la maladie, du corps et de l'efficacité. Or, les médecins ostéopathes doivent être les seuls juges de la pertinence d'un acte thérapeutique manuel. Ce n'est qu'à ce prix que la MMO restera une pratique médicale et reconnue comme telle.

La sécurité du patient étant primordiale, l'utilisation de tous les moyens cliniques et d'imagerie doivent être mis en œuvre pour minimiser les accidents post-manipulatifs.

Les techniques ostéopathiques préférentiellement utilisées par les sondés restaient des techniques dites « douces » telles que les myotensifs notamment sur le rachis cervical. Dans notre étude, et quelles que soient les indications citées ci-dessus, l'utilisation d'un traitement manuel exclusif était rare. Pourtant, les praticiens interrogés se sentaient techniquement efficaces. L'atout de cette pratique réside théoriquement dans la diminution de la prescription d'antalgiques ayant des effets secondaires incompatibles notamment avec la vie d'un militaire. À l'instar de nos confrères américains, il serait judicieux d'évaluer la faisabilité de la MMO sur les théâtres d'opérations extérieurs. Conformément au besoin des militaires, la MMO devrait être étendue notamment en Antenne Médicale, par les médecins militaires, praticiens aux nombreuses facettes d'exercice telles que l'expertise au travail, la santé primaire et prévention.

Enfin, les méthodes épidémiologiques, dont l'essai contrôlé randomisé en aveugle est le « gold standard », sont difficiles à mettre en œuvre (en particulier le double insu) dans l'évaluation des interventions complexes dont fait partie la MMO. Les études de la MMO peinent à intégrer les critères de l'Evidence-Based Medecine. En effet, la MMO ne semble pas considérer un effet thérapeutique simplement comme une variable quantitative ou même qualitative apportant une preuve, mais comme « un tout » synergique. Cette pratique nous invite peut-être à réévaluer notre paradigme d'évaluation du régime de scientificité de la médecine occidentale. Il n'est plus que jamais primordial de déplacer la démarche de l'EBM basée sur l'évaluation d'une thérapeutique vers une démarche centrée sur le patient.

6. Bibliographie

1. Vautravers P, Isner ME, Blaes C. Manual medicine – osteopathy in France organization – education – fields of expertise. 4 août 2010;
2. Beaudreuil J. Ostéopathie et médecine manuelle. In: Kahn M-F, éditeur. L'actualité rhumatologique 2016. 2016. p. 291-300.
3. Mayer-Lévy C, Castro P. Recours aux médecines complémentaires et alternatives parmi les patients de médecine générale à Paris: place de l'acupuncture. Lyon, France; 2010. 49 p.
4. Haute Autorité de Santé. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. mars 2019;178.
5. Franke H, Franke J-D, Fryer G. Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskelet Disord. 30 août 2014;15.
6. Daniel BONTOUX, Daniel COUTURIER, Charles-Joël MENKÈS. Thérapies complémentaires - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins. In: Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. 2013.
7. Babled C. Le médecin généraliste et l'ostéopathie: évaluation du recours aux manipulations vertébrales par les médecins généralistes dans la lombalgie aiguë commune en Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2014.
8. 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. janv 2019;8:156-66.
9. Konitzer LN, Fargo MV, Brininger TL, Lim Reed M. Association between back, neck, and upper extremity musculoskeletal pain and the individual body armor. J Hand Ther Off J Am Soc Hand Ther. juin 2008;21(2):143-8; quiz 149.
10. Cohen SP, Brown C, Kurihara C, Plunkett A, Nguyen C, Strassels SA. Diagnoses and factors associated with medical evacuation and return to duty for service members participating in Operation Iraqi Freedom or Operation Enduring Freedom: a prospective cohort study. Lancet Lond Engl. 23 janv 2010;375(9711):301-9.
11. Goff MBJ, Nelson MAD, Deighton MMG, Fredricks CTR. Pain Management and Osteopathic Manipulative Medicine in the Army: New Opportunities for the Osteopathic Medical Profession.
12. Cruser des A, Maurer D, Hensel K, Brown SK, White K, Stoll ST. A randomized, controlled trial of osteopathic manipulative treatment for acute low back pain in active duty military personnel. J Man Manip Ther. févr 2012;20(1):5-15.
13. A. Héraudeau Fritsch, Lagadec T, M. Vion, P.-E. Bertran. L'ostéopathie dans les armées, où en est-on? Médecine et armées. 2014;227-36.
14. Sahut M. Place et besoins de la médecine manuelle-ostéopathie dans la pratique des médecins généralistes du Service de santé des armées [Thèse d'exercice]. [France]: Université René Descartes (Paris). Faculté de médecine René Descartes Paris 5; 2015.
15. Bonneau D, Bonneau M, Dubousset J, Rabischong P. Thérapeutique manuelle. 2017.
16. Vautravers P, Isner-Horobeti M-È, Maigne J-Y. Manipulations vertébrales – ostéopathie. Évidences/ignorances. Rev Rhum. mai 2009;76(5):405-9.
17. Guillaud A, Darbois N, Monvoisin R, Pinsault N. Reliability of Diagnosis and Clinical Efficacy of Cranial Osteopathy: A Systematic Review. Fleckenstein J, éditeur. PLOS ONE. 9 déc 2016;11(12):e0167823.
18. 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.
19. Maigne R. Douleurs d'origine vertébrale: Comprendre, diagnostiquer et traiter. Issy-

les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2006.
20. Maigne J-Y, Vautravers P. Mode d'action des manipulations vertébrales. Rev Rhum. oct 2003;70(9):713-9.
21. Maigne J-Y. Robert Maigne 1923–2012. Rev Rhum. 2013;80(1):1-2.
22. Wong JJ, Shearer HM, Mior S, Jacobs C, Côté P, Randhawa K, et al. Are manual therapies, passive physical modalities, or acupuncture effective for the management of patients with whiplash-associated disorders or neck pain and associated disorders? An update of the Bone and Joint Decade Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders by the OPTIMa collaboration. Spine J. déc 2016;16(12):1598-630.
23. Vautravers P, Maigne J-Y. Manipulations cervicales et principe de précaution. Rev Rhum. 1 juin 2000;67(5):349-54.
24. 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. mars 2007;50(2):111-6.
25. Thomas Colleony, Coste Sébastien, Marie Moulin. Etat des lieux de la pratique de l'ostéopathie par les médecins du service de santé des armées en 2018 [Mémoire pour l'obtention du diplôme universitaire de médecine manuelle ostéopathie]. Université Paris 13; 2018.
26. Egizii G, Dupeyron A, Vautravers P. Les manipulations vertébrales : enquête concernant la pratique des médecins formés dans le cadre du diplôme inter-universitaire de Strasbourg. Ann Réadapt Médecine Phys. nov 2005;48(8):623-31.
27. Barry C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. Inserm. 2012;194.

SERMENT MEDICAL

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

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

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé :
La médecine manuelle-ostéopathie est une discipline plébiscitée par les patients et particulièrement par les militaires de l'armée française. L'objectif de cette enquête de pratique professionnelle était de décrire cette discipline chez les médecins généralistes militaires au moyen d'un auto-questionnaire. La période d'inclusion s'est déroulée du 01/03/2019 au 31/08/2019. Nous avons étudié les caractéristiques de l'opérateur, l'organisation des consultations, les principales indications, les principaux traitements manuels utilisés et son utilisation sur les théâtres d'opérations extérieurs. Nous avons analysé 27 réponses complètes. Pour 12/27 d'entre eux, l'impact de la médecine manuelle-ostéopathie sur leur pratique actuelle était accentué par rapport à leur pratique antérieure. Le nombre médian de consultations par semaine, selon les sondés, était à 2 [1 ; 4,75] et 22/27 souhaitaient consacrer plus de temps à leur pratique. Le traitement manuel le plus utilisé était la technique neuromusculaire dite myotensif (14/27) et particulièrement sur le rachis cervical (21/27). Les cervicalgies (11/27) et les lombalgies (10/27) étaient les principaux motifs de consultations. Devant une cervicalgie aigüe, aucun praticien n'utilisait de manipulation, mais plutôt une technique neuromusculaire toujours associée à un traitement pharmaceutique si non soulagé par un traitement manuel isolé. Selon les sondés, la médecine manuelle-ostéopathie avait tout à fait sa place en opérations extérieures. Les sondés ne signalaient pas leur pratique au sein de leur patientèle et programmaient eux-mêmes une consultation de médecine manuelle-ostéopathie. En conclusion, la médecine manuelle-ostéopathie mérite d'être utilisée chez les militaires, conformément à leurs besoins, en respectant des indications précises.

Mots clés : Médecine manuelle-ostéopathie ; ostéopathie ; armée ; militaire ; Service de Santé des Armées ; enquête de pratique.

Patients and especially soldiers in the French army are very attracted to osteopathic manipulative treatment. The aim of this practice survey was to describe this therapy among all the French military physicians using a questionnaire. The inclusion period extended from March 1st,2019 to August 31th,2019. We focused on the description of the therapist, the consult organization, the frequent indications, the most frequent manipulative treatments and its use during External Operation. We analyzed 27 completed questionnaires. For 12/27, the use of osteopathic manipulative treatment had a real impact on their practice. The median number of consults per week, according to the respondents, was 2 [1; 4,75] and 22/27 wished they had more time to practice. The most used manual treatment was the neuromuscular technique called myotensif (14/27) used specifically on the cervical spine (21/27). Neck pain (11/27) and low back pain (10/27) were the main reasons for consultations. In case of an acute neck pain, no physician used manipulative treatment, but instead a neuromuscular technique always combined with pharmaceutical treatment if not relieved by isolated manual treatment. According to the respondents, osteopathic manipulative treatment had its place in External Operation. Respondents did not signal their practice to their patients and scheduled themselves a consultation. In conclusion, osteopathic manipulative treatment deserves to be used in the military, according to their needs, while respecting precise indications.

Keywords: osteopathic manipulative treatment, French army.

Discipline : médecine générale.