



HAL
open science

Évaluation auprès des médecins généralistes de leurs connaissances et attentes en matière de formation concernant la médecine manuelle ostéopathique

Matthieu Lagière

► **To cite this version:**

Matthieu Lagière. Évaluation auprès des médecins généralistes de leurs connaissances et attentes en matière de formation concernant la médecine manuelle ostéopathique. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03765726

HAL Id: dumas-03765726

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03765726v1>

Submitted on 31 Aug 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
LAGIERE Matthieu

Le 2 juin 2022

**EVALUATION AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DE LEURS
CONNAISSANCES ET ATTENTES EN MATIERE DE FORMATION
CONCERNANT LA MEDECINE MANUELLE OSTEOPATHIQUE**

Directeur de thèse : Docteur MARECHAL Jean-Marc

JURY

Président :
Professeur HERISSON Christian, PU-PH de médecine physique et de réadaptation

Assesseurs :
Docteur MARECHAL Jean-Marc, médecin généraliste
Docteur REY Romain, médecin du sport

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
LAGIERE Matthieu

Le 2 juin 2022

**EVALUATION AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DE LEURS
CONNAISSANCES ET ATTENTES EN MATIERE DE FORMATION
CONCERNANT LA MEDECINE MANUELLE OSTEOPATHIQUE**

Directeur de thèse : Docteur MARECHAL Jean-Marc

JURY

Président :

Professeur HERISSON Christian, PU-PH de médecine physique et de réadaptation

Assesseurs :

Docteur MARECHAL Jean-Marc, médecin généraliste

Docteur REY Romain, médecin du sport

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	PAGES Michel
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PEGURET Claude
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PETIT Pierre
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	REBOUL Jean
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	RIEU Daniel
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	ROCHEFORT Henri
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	SAINT AUBERT Bernard
BLARD Jean-Marie	FRAPIER Jean-Marc	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANCHO-GARNIER Héléne
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MARTY ANE Charles	SANY Jacques
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BOUSQUET Jean	GUILHOU Jean-Jacques	MION Charles	SOLASSOL Claude
BRUEL Jean Michel	GUITER Pierre	MION Henri	TOUITOU Isabelle
BUREAU Jean-Paul	HEDON berbard	MIRO Luis	VIDAL Jacques
	HERTAULT Jean		VISIÉ Jean Pierre

Professeurs Emérites

Docteurs Emerites

ARTUS Jean-Claude	LANDAIS Paul	ZANCA Michel	PRAT Dominique
BASTIEN Patrick	LARREY Dominique		PUJOL Joseph
BLANC François	LE QUELLEC Alain		
BONAFE Alain	MARES Pierre		
BOULENGER Jean-Philippe	MAUDELONDE Thierry		
BOURREL Gérard	MAURY Michèle		
BRINGER Jacques	MESSNER Patrick		
CLAUSTRES Mireille	MILLAT Bertrand		
COMBE Bernard	MONNIER Louis		
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges		
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian		
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy		
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean		
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François		
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles		
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques		
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain		
JONQUET Olivier	VOISIN Michel		

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CANOVAS François	Anatomie
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOENIG Michel	Génétique
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire

LABAUGE Pierre	Neurologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges- Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Eric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie

CAMU William	Neurologie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie

MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie

PU-PH de 2ème classe

BOBBIA Xavier	Médecine d'urgence
BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Claire	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
RICHARD Bruno	Médecine palliative

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{ère} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
THEVENIN-RENECéline	Immunologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BARATEAU Lucie	Physiologie
BERGOUIGNOUX Anne	Génétique
BOETTO Julien	Neurochirurgie
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DESHAYES Emmanuel	Biophysique et médecine nucléaire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOUZI Farès	Physiologie
HERBAUX Charles	Hématologie, transfusion
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
LEVEQUE Maude	Parasitologie et mycologie
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BERNEX Florence	Physiologie
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences

LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

MINET Mathilde

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
ROCH Benoît	Pneumologie, addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BRINGER-DEUTSCH Sop	DJANIKIAN Flora	LE MOINE DONY Marie-Christine	RIDOLFO Jérôme
AGUILHON Sylvain	BRINGUIER BRANCHERE	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LETERTRE Simon	RIPART Sylvie
AKKARI Mohamed	BRISOT Dominique	FAIDHERBE Jacques	LOPEZ Régis	RONGIERES Michel
ALRIC Jérôme	BRONER Jonathan	FATTON Brigitte	LUQUIENS Amandine	ROULET Agnès
AMEDRO Pascal	CADE Stéphane	FAUCHERRE Vincent	MANZANERA Cyril	RUBENOVITCH Josh
AMOUREUX Cyril	CAIMMI Davide Paolo	FAURE Elsa	MARGUERITTE Emmanuel	SANTONI Fannie
ANTOINE Valéry	CARR Julie	FILLERON Anne	MARTIN Lucille	SASSO Milène
ARQUIZAN Caroline	CARTIER César	FILLOLS Mélanie	MATTATIA Laurent	SCHULDINER Sophie
ATTALIN Vincent	CASPER Thierry	FITENI Frédéric	MEROUEH Fadi	SEGURET Fabienne
AYRIGNAC Xavier	CASSINOTTO Christophe	FOURNIER Philippe	MEYER Pierre	SENESSE Pierre
BADR Maliha	CATHALA Philippe	GAILLARD Nicolas	MICHEL Moïse	SERRE Jean-Emmanuel
BAIS Céline	CAZABAN Michel	GALMICHE Sophie	MILESI Christophe	SKALLI El Medhi
BARBAR Saber Davide	CHARBIT Jonathan	GENY Christian	MORAU Estelle	SOLA Christelle
BASSET Didier	CHEVALLIER Thierry	GERONIMI Laetitia	MORQUIN David	SOULLIER Camille
BATIFOL Dominique	CHEVALLIER-MICHAUD	GINIES Patrick	MOSER Camille	SOUKSI MEDIONI Isabelle
BATTISTELLA Pascal	COLIN Olivier	GRECO Frédéric	MOUSTY Eve	STOEBNER DELBARRE Anne
BAUCHET Luc	CONEJERO Ismael	GUEDJ Anne Marie	MOUTERDE Gaël	TEOT Luc
BELL Ariane	CONSEIL Mathieu	GROSSIN Delphine	PANSARD Nicole	THIRION Marina
BENEZECH Jean-Pierre	CORBEAU Catherine	GUYON Gaël	PERNIN Vincent	TUNEZ Virginie
BENNYS Karim	COROIAN Flavia-Oana	HEDON Christophe	PERRIGAULT Pierre François	VACHIERY-LAHAYE Florence
BERNARD Nathalie	COUDRAY Sarah	HENRY Vincent	PEYRON Pierre-Antoine	VERNES Eric
BERTCHANSKY Ivan	CRANSAC Frédéric	JAMMET Patrick	PICARD Eric	VIALA Maurice
BIBOULET Philippe	CUNTZ Danielle	JEDRYKA François	PICOT Marie Christine	VINCENT Laure
BIRON-ANDREANI Christine	DARDALHON Brigitte	JREIGE Riad	PIERONI Laurence	WAGNER Laurent
BLANC Brigitte	DAVID Aurore	KINNE Mélanie	POQUET Hélène	WALTHER LOUVIER Ulrike
BLANCHARD Sylvie	DE BOUTRAY Marie	LABARIAS Coralie	PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
BLANCHET Catherine	DE LA TRIBONNIÈRE Xav	LABORDE Caroline	PUPIER Florence	
BLATIERE Véronique	DEBIEN Blaise	LACAMBRE Mathieu	QUANTIN Xavier	
BOBBIA Xavier	DELPONT Marion	LANG Philippe	RAFFARD Laurence	
BOGE Gudrun	DENIS Hélène	LAZERGES Cyril	RAPIDO Francesca	
BOURRAIN Jean Luc	DEVILLE de PERIERE Gil	LE GUILLOU Cédric	RIBRAULT Alice	
BOUYABRINE Hassan	DI CASTRI Alberto	LEGLISE Marie Suzanne	RICHAUD-MOREL Brigitte	

“ Dans un voyage ce n’est pas la destination qui compte mais toujours le chemin parcouru, et
les détours surtout.”

Philippe Pollet-Villard

A pépé Robert...

REMERCIEMENTS

Au Professeur HERISSON, pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider cette thèse au pied levé. Je vous remercie profondément pour la réactivité et l'attention que vous portez à mon travail.

Au Docteur MARECHAL, qui a accepté de me suivre dans ce travail en devenant mon directeur de thèse. Merci pour ce stage en Lozère où j'ai pu découvrir une nouvelle façon d'exercer la médecine générale. Merci également pour nos discussions passionnantes sur l'ostéopathie et tes conseils toujours aussi précieux. J'admire ton abnégation et ta passion pour la médecine.

Au Docteur REY, qui a accepté de faire partie du jury en ce jour si spécial pour moi. Tu m'as ouvert la voie en médecine manuelle ostéopathique et en médecine du sport. Merci pour m'avoir fait progresser grâce à ton enseignement de qualité, que ce soit à ton cabinet ou à la Faculté, et ta bonne humeur communicative. Je te suis énormément reconnaissant pour ta disponibilité et la gentillesse dont tu as fait preuve à mon égard.

Au Docteur BRUNET-GONZALEZ, merci pour ces 6 mois passés ensemble dans les Pyrénées-Orientales. Ma première expérience en médecine générale à tes côtés a été très enrichissante. Merci également pour m'avoir bien intégré en Catalogne malgré mes origines béarnaises. Je retiendrai de toi ta joie de vivre et ton altruisme.

Au Docteur GEORGES, merci pour ce stage en pédiatrie où tu as fait preuve d'une grande pédagogie, tout en instaurant une ambiance de travail agréable. J'ai adoré échanger avec toi sur tes expériences professionnelles dans les îles. Merci pour ta bonne humeur en toutes circonstances.

Au Docteur CHABAUD, qui m'a soutenu dans mon projet professionnel. Je te remercie pour tes précieux conseils, ton empathie et ta bienveillance.

Au service de médecine du sport du CHU Lapeyronie. Ces 6 mois à vos côtés m'ont permis de progresser et de grandir. Merci pour vos précieux conseils.

A l'ensemble de mes formateurs en médecine manuelle ostéopathique, pour vos conseils et votre pédagogie. Merci pour la qualité de l'enseignement dispensé et votre investissement.

A l'ensemble des équipes paramédicales que j'ai pu croiser durant mes stages hospitaliers, merci pour votre gentillesse sans faille et votre dévouement au travail.

A ma famille,

A mes parents, merci pour l'amour que vous me portez, l'éducation que vous m'avez transmise et votre goût contagieux pour les voyages. Merci également pour votre soutien infaillible malgré le stress permanent que j'ai pu vous procurer durant toutes mes études. C'était dur par moment, mais j'ai toujours pu compter sur vous. Merci également pour les sacrifices que vous avez fait pour me permettre de pratiquer ma passion, le basket, aux quatre coins de la région durant toutes ces années. Cette réussite professionnelle, c'est avant tout grâce à vous ! Votre amour inconditionnel me touche.

Maman, merci pour ta gentillesse, ta générosité et ton dévouement sans faille. Papa, merci pour ta patience, merci de nous avoir amenés à l'autre bout du monde, et pour ton humour légendaire. Je ne prends jamais le temps de vous le dire, par pudeur, mais je vous aime tous les deux énormément.

A mes sœurs, Anaïs et Emilie, pour avoir su prendre soin de votre petit frère jusqu'ici. Votre gentillesse et votre amour m'ont permis de me dépasser. De nos périples à l'autre bout du monde jusqu'à aujourd'hui, vous avez, toutes les deux à votre manière, été précieuses dans ma construction. Merci de m'avoir offert la possibilité d'être tonton, vous êtes des mères incroyables. Je ne vous le dis jamais mais je vous aime tellement.

A pépé Robert, comment ne pas penser à toi en ce jour si spécial.... Tu as toujours été une source de motivation dans tout ce que j'ai entrepris. Tu me manques tellement... J'espère que tu serais fier de ce que je suis devenu. Aujourd'hui je gagne mon plus beau match. Je te dédie cette thèse.

A mamie Geogeo, ma supportrice numéro 1. Tu n'as quasiment jamais raté un de mes matchs, tu m'as toujours soutenu. A nos tennis que nous faisons encore ensemble il y a quelques années. Ton amour inconditionnel m'a permis de m'épanouir dans tout ce que j'ai entrepris. Je t'aime.

A Mamie Jeannette, merci pour tes bons petits plats et ton amour. J'admire tellement ton altruisme et ton courage à tout épreuve. Tu es un exemple de dévouement. Je suis très fier des valeurs que tu m'as inculquées. Merci pour tout. A papy Claude, pour la ténacité dont tu fais preuve au quotidien. Tu es un exemple pour nous tous. Je vous aime.

A Marin, Paul, Soline et Tom, mes petits amours qui font de moi un tonton si heureux. A David et Guilhem, mes beaux-frères d'exception, pour votre gentillesse et votre soutien.

Au reste de la famille (Tatie Mimi, Dominique, les cousins de Toulouse, de Grenoble, de Chambéry), merci à tous pour votre gentillesse et votre soutien malgré mes nombreuses absences à réviser.

A Isabelle et Olivier, merci de m'avoir accueilli dans votre famille. Je vous suis très reconnaissant pour votre soutien et votre gentillesse. Merci de me gâter autant à chacune de mes venues.

Enfin à toi, Megan, merci d'avoir croisé ma route à Alès. Tu me combles de bonheur au quotidien. Merci pour ton aide si précieuse à la relecture de cette thèse et pour avoir été un cobaye d'ostéopathie en or. Tu m'as toujours soutenu et encouragé dans mes choix professionnels. Je n'en serais pas arrivé là sans toi. Merci d'être toi. Je t'aime.

A mes amis,

Aux copains de Bordeaux, merci pour ces années incroyables passées à vos côtés et les moments mémorables que nous avons vécus. Malgré la distance qui nous sépare depuis l'internat, soyez assurés que je n'oublie rien de nos moments partagés.

A Arnaud, des terrains de basket jusqu'au banc de la Faculté, notre amitié était une évidence. A notre passion commune pour le sport, nos soirées FIFA/2K légendaires et ton humour communicatif, merci pour tout. De la section au nimol, l'histoire continue de s'écrire.

A Pierre, mon fidèle compagnon depuis le tutorat. Merci pour ta gentillesse, ta générosité et ton sang-froid en toutes circonstances. Merci pour ces pique-niques sur échafaudage et les innombrables fous rires que nous avons eus (j'ai arrêté de compter). Notre amitié m'est précieuse.

A Clément, merci pour avoir pris soin de moi durant ma rééducation. Merci pour tes plats toujours aussi savoureux et nos parties de tennis sous la chaleur girondine. Un jour peut-être je te laisserai gagner ! Ta passion pour la médecine et ta rigueur dans le travail sont admirables.

A Vincent, mon confrère MPR préféré. Merci pour les bons moments partagés, nos discussions sur la médecine du sport et notre passion commune pour l'appareil locomoteur.

A Noé, depuis la P2, merci pour ton sens de l'auto-dérision et ton humour et pour m'avoir permis de décompresser quand il le fallait. De l'euro 2016 jusqu'au stade Vélodrome, j'espère vivre d'autres grands événements sportifs en ta compagnie.

A Bap, à nos week-ends marseillais et aux autres à venir. Merci d'avoir toujours su me rassurer pendant les examens de la P2 à la D4 et pour être la voie de la sagesse en toutes circonstances.

A Andréa, merci pour ces week-ends toulousains et marseillais. A ton calme pour m'avoir

supporté dans mes moments de folie.

A Adrien, mon confrère généraliste repenté. Merci pour ta bonne humeur et ton soutien durant la D4 qui ont été précieux.

A la team BCS : Adam, Alexis, Amine, Den's, Fabien, You', Martin, Moussa, Rémi, Thomas, Ugo, Valentin. A nos virées Totanesques et ces deux superbes saisons à vos côtés. Je vous suis reconnaissant pour m'avoir permis de rechausser les baskets. Ce fut également un honneur de vous coacher. Cette alchimie d'équipe vaut plus à mes yeux que le titre universitaire.

Aux copains de l'internat,

A Fanny, ma co-interne de choc. Merci pour ce stage mémorable en pédiatrie. A nos TMs, nos baskets revisités, nos spectacles de clowns et nos chorégraphies. Merci pour ta bonne humeur et ces nombreux fous rires. Notre amitié m'est précieuse.

A Kévin et Sandrine, les plus sudistes des Parisiens. Kévin merci pour tes si bonnes adresses montpelliéraines et à ton style toujours inimitable. A nos soirées foot-KFC. Le Bucket n'a jamais été aussi savoureux qu'en ta compagnie. Merci à toi Sandrine pour ta bonne humeur permanente et pour ce semestre à Perpi.

A Naël, le meilleur kiné du sport que je connaisse. Merci pour nos discussions passionnantes sur les dernières infos sportives, tes conseils toujours avisés et nos matchs au GGL et à la Mosson.

A la FAMAX : Zozo, Marielle, Sophie, Chichi, Larry, et les autres. Merci pour les bons moments partagés à l'internat de B16 et à nos week-ends dans le sud. Mention spéciale pour toi Zozo avec ton photophore pour assurer l'ambiance en toutes circonstances.

A Eva, ma co-interne de médecine du sport. Merci pour tout ce que tu m'as apporté dans cette discipline. J'ai eu beaucoup de chance de croiser ton chemin et je te serai éternellement reconnaissant pour ta pédagogie et ton altruisme. N'oublie pas que je téléconsulte également à distance si un jour tu as besoin !

A la promo MMO 2019-2022 de Nîmes. Merci pour ces trois années de formation à vos côtés et cette dose de bonne humeur mensuelle que vous m'avez apportée. Merci pour m'avoir supporté pendant mes (nombreux) moments de folie. Mention spéciale à toi Guigui, mon fidèle binôme depuis le début. Ta patience, ton humour et tes conseils sont précieux. Merci pour nos débats si enrichissants sur la médecine du sport.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	24
II. L’OSTEOPATHIE ET LA MMO EN FRANCE	27
1. L’OSTEOPATHIE	27
a. L’origine de l’ostéopathie.....	27
b. Démographie de l’ostéopathie en France en janvier 2021.....	28
c. Recours à l’ostéopathie en France	30
2. LA MMO	31
a. L’origine de la MMO en France	31
b. Définition.....	31
c. Un exemple d’application en pratique, le syndrome de la charnière thoraco-lombaire	32
d. Conditions d’accès et modalités de formation concernant le DIU de MMOM.....	36
e. Juridiction autour de la MMO	37
f. Cotation et remboursement propre à la MMO	37
3. LES LIMITES DE L’OSTEOPATHE NON-MEDEecin PAR RAPPORT AU MEDECIN MANUEL OSTEOPATHE	38
III. MATERIELS ET METHODES.....	40
1. MOYENS BIBLIOGRAPHIQUES.....	40
2. CHOIX DE LA METHODOLOGIE	40
3. RECRUTEMENT ET ECHANTILLONAGE DE LA POPULATION D’ETUDE	41
4. CRITERES D’INCLUSION.....	41
5. CRITERES D’EXCLUSION	42
6. RECUEIL DES DONNEES	42
a. Réalisation d’un guide d’entretien.....	42
b. Modalités de réalisation des entretiens.....	43
c. Retranscription des données sous forme de verbatims.....	43
7. ANALYSE THEMATIQUE DES DONNEES.....	43
IV. RESULTATS.....	45
1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION D’ETUDE	45
2. ARBRES THEMATIQUES.....	47
3. RESULTATS ISSUS DES VERBATIMS	50
a. Connaissances de la MMO chez les médecins généralistes	50
(1). Une discipline aux multiples concepts	50
(2). Une discipline exercée par des médecins.....	51
(3). Une discipline à l’écho favorable et complémentaire.....	52
b. Application en pratique sur les pathologies ostéo-articulaires communes.....	53
(1). Prise en charge en première intention en dehors de l’ostéopathie.....	53
(2). La place de l’ostéopathie	54
(2).1. Les indications	54
(2).2. L’orientation vers la MMO ou chez un ostéopathe non-médecin.....	56

(3). <i>Le dérangement intervertébral mineur</i>	57
c. <i>La formation en MMO</i>	58
(1). <i>Idéale</i>	58
(1).1. <i>Obligatoire ou optionnelle</i>	58
(1).2. <i>Moment du cursus</i>	59
(1).3. <i>Modalités</i>	59
(1).4. <i>Types d'établissements</i>	60
(2). <i>Les freins à la formation</i>	61
(2).1. <i>De nombreux manques</i>	61
(2).2. <i>Un côté trop scolaire</i>	62
(2).3. <i>Une méconnaissance globale de la MMO et de ses concepts</i>	62
V. ANALYSE ET DISCUSSION	63
1. DISCUSSION SUR L'ÉTUDE	63
a. <i>Un postulat de base : l'ostéopathie a bonne presse chez les médecins généralistes</i>	63
b. <i>La MMO : de l'ostéopathie pratiquée par des médecins... Et remboursée</i>	64
c. <i>La MMO : une thérapie avant tout manuelle</i>	65
d. <i>La MMO : de l'ostéopathie structurelle</i>	67
e. <i>La MMO : une stratégie naturelle comme barrière à la surmédication</i>	68
f. <i>L'ostéopathie et la MMO restent en grande majorité une solution de secours</i>	69
g. <i>Le médecin manuel ostéopathe : un professionnel de santé encore rare</i>	70
h. <i>Le DIM : un concept méconnu et non utilisé</i>	71
i. <i>La formation idéale n'existe pas</i>	72
2. FORCES DE L'ÉTUDE QUALITATIVE	74
3. LIMITES DE L'ÉTUDE.....	75
VI. PERSPECTIVES	76
VII. CONCLUSION	77
VIII. BIBLIOGRAPHIE	80
IX. ANNEXES	85
1. TABLEAUX RECAPITULATIFS	85
2. MAIL D'ENVOI AUX MEDECINS GENERALISTES	92
3. GUIDE D'ENTRETIEN	93
4. ENTRETIENS SEMI-DIRIGES	97
5. SERMENT D'HIPPOCRATE	137
6. PHOTOCOPIE DU PERMIS A IMPRIMER.....	138
7. RESUME ET MOTS CLES.....	139

Liste des abréviations

- AINS : Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens
- CEMMOM : Collège des Enseignants en Médecine Manuelle et Ostéopathie Médicale
- DIM : Dérangement Intervertébral Mineur
- DIU : Diplôme Inter-Universitaire
- FEMMO : Fédération Francophone des Groupes d'Enseignement et d'Etudes de Médecine Manuelle Ostéopathie
- FMC : Formation Médicale Continue
- IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
- MMO : Médecine Manuelle Ostéopathique
- MMOM : Médecine Manuelle et Ostéopathie Médicale
- MPR : Médecine Physique et de Réadaptation
- SFMG : Société Française de Médecine Générale
- SFO : Société française d'Ostéopathie
- SOFMMOO : Société Française de Médecine Manuelle Ostéopathique et Orthopédique
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
- TNF : Techniques Non Forcées

I. INTRODUCTION

La médecine manuelle ostéopathique (MMO) est une discipline médicale qui aide à la compréhension des principaux syndromes douloureux, au diagnostic des pathologies musculo-squelettiques communes rachidiennes et périphériques, à leur prévention et leur résolution par l'utilisation de traitements manuels adaptés. Elle est enseignée en France par le biais du diplôme inter-universitaire (DIU) de « Médecine Manuelle et Ostéopathie Médicale » (MMOM). Cette formation diplômante, d'une durée de trois ans, comprend à la fois des cours théoriques et pratiques dispensés à la Faculté de médecine mais également des stages externes à réaliser auprès de praticiens compétents.

La formation des médecins aux techniques de médecine manuelle ostéopathique est relativement récente en France puisque c'est le docteur Robert Maigne qui, en 1969, prodigua les premiers enseignements de MMO à l'Hôtel-Dieu de Paris. La médecine manuelle, jusqu'alors pratiquée depuis des temps anciens sur l'ensemble du globe terrestre et l'ostéopathie, enseignée depuis 1892 à l'American School of Ostéopathy, n'avaient pas trouvé une franche approbation parmi la grande majorité des médecins. (1)

L'arrivée de ce DIU a redistribué les cartes de la pratique ostéopathique en France puisque les patients peuvent désormais se tourner, par exemple, vers leur médecin généraliste pour réaliser des consultations d'ostéopathie reconnues comme « médicales » qui aboutissent à un véritable diagnostic et des traitements répondant à leurs besoins. Le patient peut y voir d'une part le côté rassurant du professionnel de santé puisqu'il s'adresse à un médecin diplômé et inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins. D'autre part, le remboursement des séances de MMO réalisées sur le rachis par la Sécurité sociale au moyen de la cotation LHRP001 permet d'élargir au plus grand nombre la pratique ostéopathique. En effet, beaucoup de patients ne se tournent pas vers ce genre de consultations par manque de moyens, puisque toutes les mutuelles ne proposent pas encore de forfait de remboursement (cf. partie II.2.f).

Néanmoins, quelles sont les connaissances que possèdent les médecins généralistes sur cette discipline manuelle ?

La méconnaissance de la MMO par beaucoup de médecins généralistes pourrait expliquer qu'ils ne pensent pas forcément à orienter leurs patients vers des médecins manuels ostéopathes dans

le cadre de motifs reconnus comme « ostéopathiques ». En effet, aucun résultat chiffrable n'est disponible à ce jour pour recenser le nombre de consultations de MMO réalisées par an sur le territoire français.

Par ailleurs, selon la Thèse du Dr Voltz (2), l'opinion des médecins généralistes serait globalement positive sur l'ostéopathie mais quel est véritablement leur ressenti sur la pratique de la médecine manuelle ostéopathique en cabinet de médecine générale ?

En pratique, pour des consultations liées à des rachialgies communes, la simple connaissance de leur part du dérangement intervertébral mineur (DIM) suffirait à faire le tri dans le choix des traitements à adopter et éviterait la prescription à l'emporte-pièce d'examens complémentaires souvent inutiles et néfastes pour le patient.

De nombreux travaux de thèse existent déjà sur la MMO et ses applications en médecine générale. (3)(4)(5) En revanche, à notre connaissance, aucun travail n'avait exploré jusqu'à présent les connaissances qu'ont les médecins généralistes sur cette pratique à la fois manuelle et médicale. L'évaluation de leurs connaissances concernant la médecine manuelle ostéopathique permettrait de comprendre s'ils possèdent des lacunes sur les différentes particularités propres à cette discipline, si elle a bonne presse à leur égard et si elle peut faire partie intégrante à l'avenir du parcours de soins du patient.

Ce travail n'a pas pour vocation de faire un dithyrambe de la médecine manuelle ostéopathique mais souhaite simplement parler d'un sujet encore méconnu à l'échelle de la médecine générale et qui jouit d'une grosse expansion depuis quelques années. En effet, de plus en plus de formations complémentaires sont proposées aux médecins généralistes de nos jours par l'intermédiaire, entre autres, des DIU. Ces formations diplômantes assurent un complément de prise en charge pour les médecins qui peuvent ainsi enrichir leurs pratiques en cabinet au quotidien.

La MMO, qui s'installe progressivement dans le paysage médical français, semble en tout cas attirer de plus en plus de médecins généralistes. C'est dans ce contexte que se pose le travail de notre étude. Ainsi, cette thèse, s'évertuant à traiter l'évaluation des connaissances qu'ont les médecins généralistes à propos de la MMO, ne prend pas en compte la vision qu'ont ces médecins sur les ostéopathes non-médecins.

En première partie, nous avons donc évalué les connaissances qu'ont les médecins généralistes concernant la médecine manuelle ostéopathique.

Dans un second temps, s'ils étaient favorables aux pratiques ostéopathiques, nous avons essayé de déterminer s'ils préféreraient adresser leurs patients vers un ostéopathe non-médecin ou un médecin titulaire du DIU de MMOM.

En dernier lieu, aucun travail n'avait non plus évalué les attentes des médecins généralistes en matière de formation à la MMO. Nous avons ainsi exploré, en nous appuyant sur leurs expériences et leurs attentes, quelle serait pour eux la formation idéale à intégrer dans le cursus de médecine générale.

II. L'OSTEOPATHIE ET LA MMO EN FRANCE

1. L'ostéopathie

a. L'origine de l'ostéopathie

Né en 1828 dans l'état de Virginie, Andrew Taylor Still apparaît comme étant le père fondateur de l'ostéopathie. D'un père médecin et pasteur méthodiste, il apprit l'art de soigner en étant son apprenti. Alors qu'il exerçait la médecine conventionnelle de l'époque avec abnégation en officiant notamment en tant que chirurgien des armées, il dut faire face à une succession d'évènements tragiques qui marquèrent un tournant dans sa vie.

En 1865, une épidémie de méningite virale terrassa trois de ses enfants. Dans les suites, il perdit également un quatrième enfant d'une pneumonie et sa femme lors d'un accouchement. Anéanti par son impuissance à préserver la vie de ses proches, il commença alors à remettre en cause son savoir et l'enseignement qu'on lui prodigua comme les saignées, les purges, etc. Dès lors, il se mit en quête d'une approche différente de la médecine, afin de garantir et préserver la santé de ses patients. Passionné d'anatomie, il compara le squelette humain à une machine tributaire des lois de la mécanique. Par le biais d'une relation entre le squelette, les muscles et les organes internes, il fut le premier à penser qu'une perturbation de l'équilibre et une restriction de mobilité pouvait être à l'origine des maladies en entraînant la stagnation des fluides.

En 1874, il adopta la croyance hippocratique de l'unité des parties individuelles du corps et émit l'hypothèse qu'en ramenant les parties du corps à leur position d'origine, elles fonctionneraient à nouveau de manière synchrone comme une unité entière. Il définit ainsi les bases de la pratique de l'ostéopathie en définissant les notions suivantes :

- L'unité du corps
- La structure gouverne la fonction
- La loi de l'artère
- Les possibilités d'auto-guérison.

Sous le nom de technique manipulative ostéopathique (TMO), il décrit une méthode basée sur des manipulations musculo-vertébro-squelettiques à même de concurrencer les techniques chirurgico-médicamenteuses de l'époque.

Malgré les nombreuses critiques essuyées de la part de ses pairs, et notamment de son propre frère, Andrew Taylor Still fonda en 1892 « The American School of Osteopathy » à Kirksville, dans l'état du Missouri. Il enseigna son art en justifiant que l'ostéopathie vénère les défenses naturelles du corps et en dénonçant l'utilisation excessive des médicaments et des chirurgies invasives, qu'il jugeait comme étant obsolètes.

Sa persévérance et l'accumulation des preuves scientifiques à la pratique de l'ostéopathie seront récompensées par la création en 1897 de l'American Osteopathic Association.

Ce concept d'ostéopathie traversa sans encombre le XXème siècle en s'implantant progressivement sur le globe terrestre pour connaître son apogée au XXIème siècle.

En France, nous devons l'expansion de l'ostéopathie au docteur Lavezzari en collaboration avec les docteurs Douglas, Piedallu, Mieg et Lescure qui, à partir de 1920, fondèrent la société française d'ostéopathie (SFO). (6)(7)

b. Démographie de l'ostéopathie en France en janvier 2021

Bon nombre de consultations médicales en cabinet de médecine générale concernent les pathologies de l'appareil locomoteur et ses concepts : lombalgies, dorsalgies, cervicalgies, gonalgies, scapulalgies etc. Ces pathologies ostéo-articulaires communes peuvent amener le patient à consulter un ostéopathe non-médecin ou un médecin titulaire du DIU de MMOM. Cet engouement pour l'ostéopathie se pose parallèlement à l'essor des consultations « non médicales » réalisées comme véritable alternative pour les patients qui possèdent des douleurs chroniques réfractaires aux traitements usuels (rebouteux, naturopathes, homéopathes...).

D'après les principaux chiffres du registre des ostéopathes de France (8), on se rend compte que les ostéopathes « exclusifs », c'est-à-dire qui ne possèdent que le titre d'ostéopathe au sens strict, sont majoritaires sur le territoire français. Ils ne sont ni médecins, ni issus des professions paramédicales. Ils ne sont donc pas considérés comme étant des professionnels de santé et ne sont soumis à aucun ordre. (2)

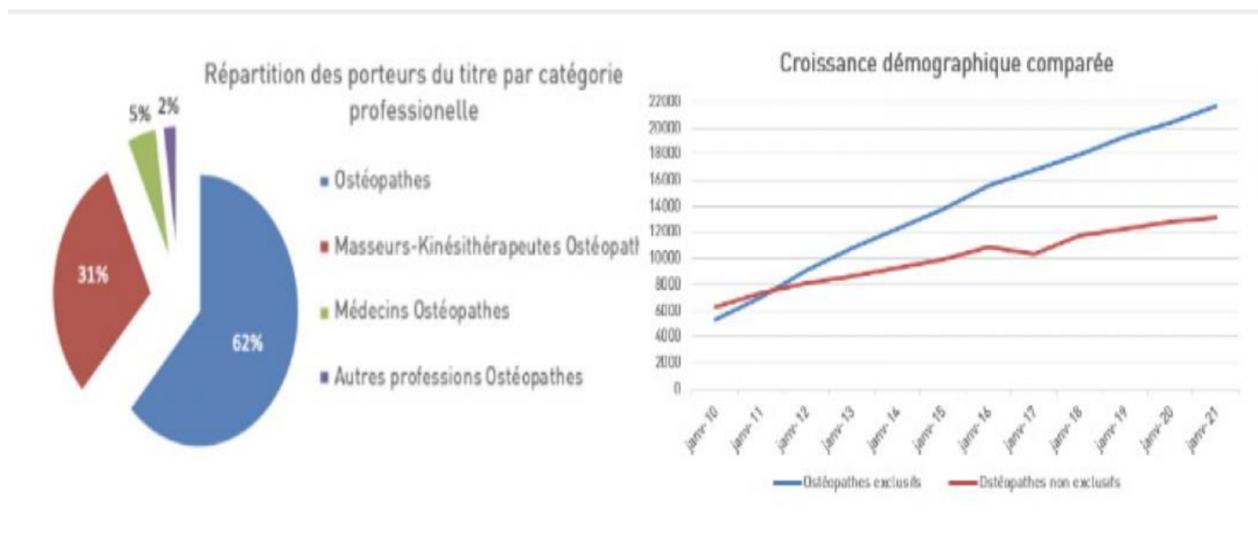


Figure 1 : Démographie nationale des ostéopathes en France de 2010 à 2021

source : ostéopathie.org/demographie

En janvier 2021, ils étaient 21648 ostéopathes exclusifs (62%) contre 13097 ostéopathes non exclusifs (38%), pour un total de 34745 ostéopathes.

Année	janv-10	janv-11	janv-12	janv-13	janv-14	janv-15	janv-16	janv-17	janv-18	janv-19	janv-20	janv-21
Ostéopathes exclusifs	5342	6971	9045	10730	12249	13758	15545	16721	17897	19283	20360	21648
Ostéopathes non exclusifs	6266	7360	8111	8639	9275	9944	10865	10367	11715	12291	12828	13097
Nombre d'Ostéopathes	11608	14332	17156	19369	20134	22318	26023	28018	29612	31574	33188	34745

Figure 2 : Démographie nationale des ostéopathes en France de 2010 et 2021

source : ostéopathie.org/demographie

Le nombre d'ostéopathes exclusifs a quadruplé en 10 ans tandis qu'il a doublé pour les ostéopathes non exclusifs. Cet essor de l'ostéopathie ces 20 dernières années est lié à l'article 75 de la loi N° 2002-303 du 4 mars 2002. Nous y reviendrons dans la partie juridiction de cette thèse. Par ailleurs, comme l'attestent les figures 1 et 2, sur les 13097 ostéopathes non exclusifs, environ 1750 (5%) seulement sont médecins. Pour les autres ostéopathes non exclusifs, environ 10770 sont kinésithérapeutes (31%) et environ 700 (2%) sont issus d'une autre profession de santé (Sage-femme, Infirmier(e) etc.).

On peut par exemple trouver la liste des membres titulaires français de la Société Française de Médecine Manuelle Ostéopathique et Orthopédique (SOFMMOO) sur l'annuaire figurant sur leur site internet. (9) Nous noterons que dans ce panel de médecins exerçant la MMO, on trouve principalement des médecins généralistes, des médecins du sport, des rhumatologues et des médecins exerçant la spécialité de médecine physique et de réadaptation (MPR).

c. Recours à l'ostéopathie en France

L'engouement des Français pour l'ostéopathie semble se matérialiser sur le territoire national puisque le nombre de consultations d'ostéopathie ne cesse de progresser depuis le début du 21^{ème} siècle. Elles ont quasiment septuplé en 15 ans pour atteindre 20 millions par an. (10)

En outre, de nombreuses études et sondages ont été réalisés pour étudier le recours de la population Française à l'ostéopathie. La progression de la consommation de soins ostéopathiques en France se reflète à travers ces chiffres :

- En 2010, un sondage réalisé par OpinionWay sur un échantillon de 1000 personnes affirmait que 42 % des Français avaient déjà eu recours à des actes d'ostéopathie.
- En 2014, un autre sondage d'OpinionWay pratiqué sur 1000 personnes révélait que ce chiffre avait augmenté jusqu'à 48 % des Français.
- En 2016, une enquête exercée par l'Institut Français d'Opinion Publique sur un échantillon de 2006 personnes attestait que 67 % des Français ont déjà eu recours à des traitements ostéopathiques, qu'importe la limite de temps, et que 47 % en avaient bénéficié sur les trois dernières années. (11)

Nous noterons que ces chiffres ne permettent pas de se rendre compte du pourcentage de patients ayant eu recours à une séance de médecine manuelle ostéopathique. Au vu du faible nombre de médecins ostéopathes sur le territoire (5% des ostéopathes pour rappel), il semble que la majorité de ces consultations soit effectuée par des ostéopathes exclusifs.

2. La MMO

a. L'origine de la MMO en France

Le premier enseignement de médecine manuelle fut dispensé à L'Hôtel-Dieu de Paris par le Professeur Robert Maigne en 1969. Médecin rhumatologue, Il est considéré comme le père fondateur de ce courant médical, en permettant à de nombreux médecins d'acquérir des connaissances précises sur les affections mécaniques du squelette humain et leurs résolutions par diverses techniques (cutanées, articulaires, neuromusculaires). Sa connaissance rigoureuse sur l'action anatomique des manipulations donnera ses titres de noblesse à la MMO dans les années 1990.

En effet, jusqu'ici, l'ostéopathie médicale avait connu de nombreux changements en devenant d'abord la Médecine Manuelle Vertébrale puis la Médecine Manuelle Orthopédique, et enfin la Médecine Manuelle Ostéopathique dans les années 1990.

Une "Attestation d'études supérieures en thérapies manuelles" fut créée en 1969 à la Faculté Broussais-Hôtel-Dieu. Elle deviendra un diplôme universitaire (DU) en 1973 et s'élargira aux autres Facultés de médecine françaises en évoluant en Diplôme Inter-Universitaire (DIU) dès 1997. (12)

b. Définition

Selon La Société Française de Médecine Manuelle Ostéopathique et Orthopédique (SOFMMOO), la Médecine Manuelle Ostéopathique se définit comme étant une « discipline médicale de haut niveau de connaissance et d'expérience dont le but est de diagnostiquer, traiter et prévenir les désordres réversibles fonctionnels de l'appareil locomoteur. » (13)

Elle ne peut être réduite qu'à l'application de manipulations vertébrales produisant un « craquement ». En effet, elle se distingue par de nombreuses particularités à la fois cliniques et thérapeutiques, que nous allons exposer en partie à l'aide d'un exemple fréquemment rencontré en MMO, le syndrome de la charnière thoraco-lombaire.

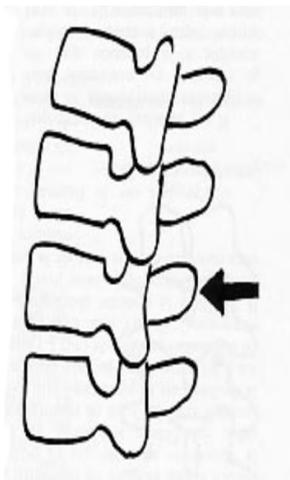
c. Un exemple d'application en pratique, le syndrome de la charnière thoraco-lombaire

Comme précisé plus haut, nous ne dresserons pas la liste exhaustive de l'ensemble de ces particularités clinico-thérapeutiques, mais nous nous attèlerons à en énoncer certaines qui sont fondamentales, à l'aide de l'exemple du syndrome de la charnière thoraco-lombaire.

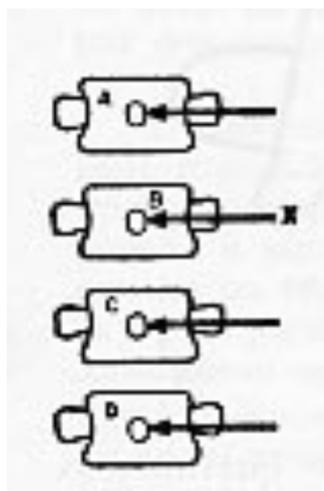
Sur le plan clinique au niveau rachidien, Robert Maigne fut le premier à décrire le concept de **dérangement intervertébral mineur (DIM)**, véritable fondement dans l'enseignement de la MMO. Il correspond à une dysfonction douloureuse bénigne et réversible du segment vertébral, de nature mécanique et réflexe. (14)

Son diagnostic est purement clinique et il ne possède pas de traduction à l'imagerie. En premier lieu, il peut être à l'origine de douleurs vertébrales communes locales retrouvées à la suite d'un examen segmentaire du rachis qui recherche une sensibilité vertébrale au moyen de 4 manœuvres de pression (cf. figure 3) :

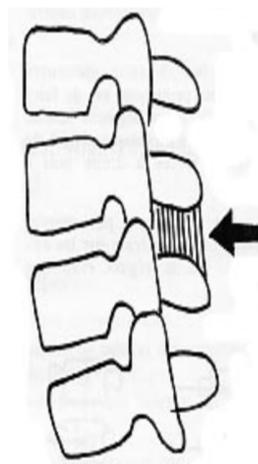
- La pression axiale de l'épineuse
- La pression latérale de l'épineuse
- La pression du ligament inter-épineux
- La pression sur l'articulation inter-apophysaire.



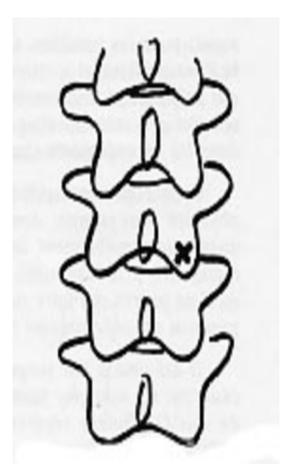
Pression axiale sur l'épineuse



Pression latérale sur l'épineuse



Pression du ligament inter-épineux



Pression sur l'articulation inter-apophysaire

D'après SOPMMOO.ORG

Figure 3 : Les 4 manœuvres de pression du DIM

En second lieu, le DIM peut entraîner des douleurs d'origine rachidienne mais situées à distance de la colonne vertébrale, dites « projetées », par l'irritation du nerf spinal (surtout sa branche postérieure), en rapport étroit avec les massifs articulaires postérieurs des vertèbres. Robert Maigne rapporta ainsi qu'une irritation siégeant en T12-L1 pouvait avoir des douleurs projetées dans les différents territoires d'irradiation du nerf rachidien en question qui se ramifie en trois branches :

- La branche antérieure de T12 et celle de L1 qui s'anastomosent pour donner naissance au nerf ilio-hypogastrique destiné à la région abdominale inférieure, inguinale et la racine de cuisse.
- Un rameau perforant latéral issu de ce nerf ilio-hypogastrique qui innerve la région trochantérienne et une partie de la crête iliaque.
- La branche postérieure de T12 et celle de L1 qui se divisent en rameaux internes et externes responsables de l'innervation des muscles spinaux ainsi que des téguments de la région sus-glutéale et glutéale.

Quand il est complet, le syndrome de la charnière thoraco-lombaire comprend (cf. figure 4) :

- Une lombalgie basse, unilatérale, située sur la crête iliaque
- Une douleur abdominale basse homolatérale à la lombalgie
- De fausses coxalgies
- Une douleur à type de pubalgie.

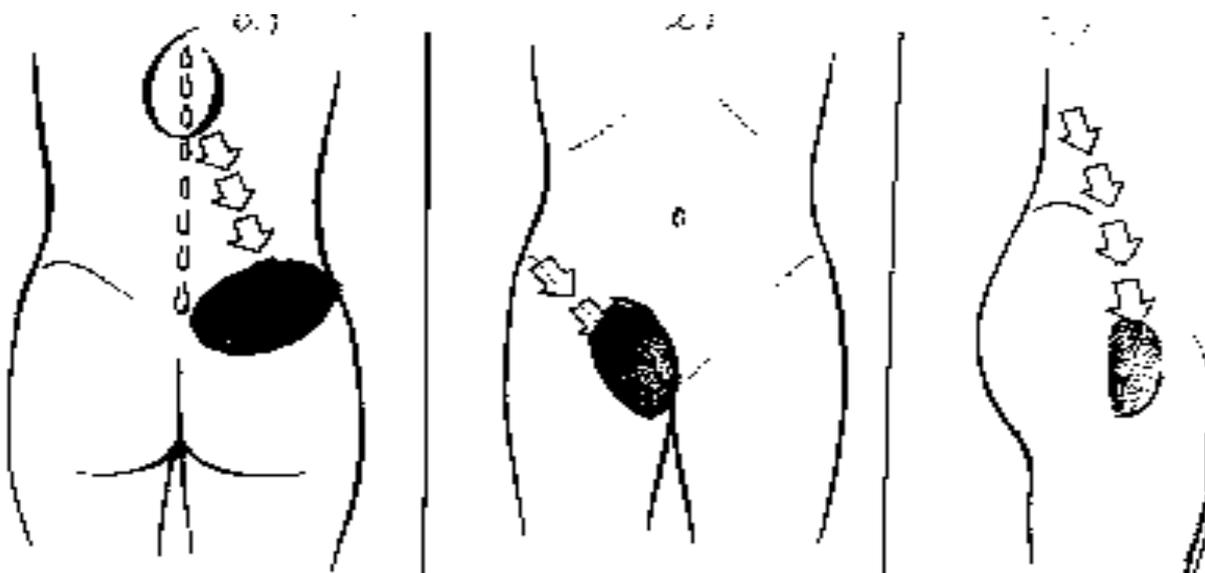


Figure 4 : Syndrome de la charnière thoraco-lombaire (T12-L1)

Source : www.sofmmoo.org

Ces manifestations « somatiques » projetées pourraient orienter à tort le médecin sur des diagnostics topographiques erronés. A l'examen clinique, la mise en évidence du **syndrome cellulo-teno-périosto-myalgique**, véritable témoin de l'irritation radiculaire se répercutant dans le métamère concerné, permet d'objectiver l'origine vertébrale de ces douleurs qui se manifestent à distance. Ce syndrome correspond à l'ensemble des modifications palpables de la texture et de la sensibilité des tissus cutanés (cellulalgie), musculaires (cordons myalgiques) et téno-périostés (tendons) en rapport avec la souffrance d'un segment vertébral donné. (15)(16) Dans notre exemple, ce syndrome cellulo-teno-periosto-myalgique appliqué au syndrome de la charnière thoraco-lombaire peut s'exprimer par exemple par :

- Des cellulalgies retrouvées au « pince-roulé » en région lombaire inférieure et surtout sus-glutéale.
- Des myalgies retrouvées à la palpation de cordons musculaires sensibles au niveau du muscle carré des lombes.
- Une douleur téno-périostée retrouvée à la friction de l'hémi-pubis par rapport au côté controlatéral et un « point de crête ». (17)

Ainsi, à titre d'exemple appliqué au rachis, on peut faire le diagnostic du syndrome T12-L1, après un examen rigoureux de l'ensemble de l'appareil locomoteur, par la sémiologie du DIM et du syndrome cellulo-teno-periosto-myalgique qu'il engendre à distance, puis par le traitement des douleurs dans les territoires concernés.

Sur le plan thérapeutique, la MMO est composée de nombreuses techniques manuelles, qui s'expriment de différentes façons.

Dans notre exemple, une dysfonction au niveau de la charnière T12-L1 pourrait être traitée en premier lieu par des **techniques « manipulatives »** qui sont des mouvements forcés, avec impulsion, de très faible amplitude et de très haute vitesse, qui portent brusquement les éléments articulaires au-delà de leur jeu physiologique habituel sans dépasser la limite qu'impose à leurs mouvements l'anatomie. Le geste manipulatif, ou « thrust », peut provoquer une cavitation dans les articulations inter-apophysaires postérieures à l'origine d'un bruit audible, interprété à tort comme un « craquement » par les patients. Ces techniques ne peuvent

être appliquées ici qu'après élimination des drapeaux rouges qui sont des contre-indications absolues à la manipulation du rachis. C'est cette rigueur dans l'examen clinique, exercé par un médecin manuel ostéopathe, qui prend tout son sens au moment de choisir la bonne stratégie thérapeutique à adopter. Le patient doit toujours être manipulé dans le sens opposé au mouvement douloureux. C'est ce que Maigne appela la « règle de la non douleur et du mouvement contraire ».

En cas de contre-indication manipulative ou si le patient redoute le craquement, on peut proposer au patient des alternatives au thrust sous la forme de **Techniques Non Forcées (TNF)** ou « **mobilisations douces** ». Elles s'intègrent dans le principe d'amphothérapie qui va permettre à chaque articulation de retrouver son jeu physiologique habituel en associant une technique passive imposée par l'opérateur et une technique active réalisée par le patient.

En dernier lieu, afin de traiter les douleurs projetées, on peut avoir recours à des **techniques « non manipulatives »** aussi dénommées « **techniques neuro-musculaires** » ou « **levée de tension musculaire** ». Elles sont recommandées lorsque l'opérateur désire soulager le manque de mobilité en rapport avec une contracture musculaire. Elles sont basées essentiellement sur des étirements post-isométriques. Elles consistent à contracter puis relâcher le muscle contre résistance selon un temps prédéfini : une contraction isométrique active de 6 secondes suivie d'une période réfractaire de relâchement du muscle de 2 secondes pour aboutir à un étirement passif du muscle pendant douze secondes. Dans notre exemple, un étirement post-isométrique du muscle carré des lombes pourrait permettre d'atténuer les cordons myalgiques séquellaires du syndrome cellulo-teno-periosto-myalgique. D'autres techniques neuromusculaires sont également concernées parmi lesquelles on retrouve les techniques de raccourcissement maximal de Jones, les techniques de l'inhibition réciproque, le décordage, les trigger points, les pressions glissées, etc. (18)

Ainsi, la prise en charge globale de ce syndrome de la charnière charnière thoraco-lombaire, entre le traitement de l'origine vertébrale d'une part et le traitement des douleurs projetées de l'autre, permet de prendre en charge l'appareil locomoteur dans son ensemble, comme la MMO le stipule.

d. Conditions d'accès et modalités de formation concernant le DIU de MMOM

Actuellement, 20 Facultés de médecine sont autorisées à enseigner et délivrer le diplôme inter-universitaire de Médecine Manuelle et Ostéopathie Médicale : Aix-Marseille, Angers, Bobigny - Paris XIII, Bordeaux, Caen, Créteil, Dijon, Grenoble, Lille, Lyon, Montpellier-Nîmes, Nantes, Paris V, Paris VI, Reims-Nancy, Rennes, Saint-Etienne, Strasbourg, Toulouse et Tours.

Ce DIU concerne les internes (thésés ou non) et médecins thésés. Il n'existe pas de restriction de spécialités pour candidater, les médecins généralistes peuvent donc en faire partie. La formation de base est dispensée à la Faculté de médecine, suivant un modèle universitaire. A cette formation élémentaire peut s'ajouter une formation continue privée, prodiguée par des sociétés savantes (SOFMMOO, SFO, FEMMO [Fédération Francophone des Groupes d'Enseignement et d'Etudes de Médecine Manuelle Ostéopathie]). (3)

Bien qu'un interne ayant validé deux semestres puisse s'inscrire à la formation, l'ouverture des droits à manipuler n'est acquise qu'après obtention du diplôme de docteur en médecine.

S'échelonnant sur trois années universitaires, cette formation diplômante est composée en premier lieu de cours théoriques permettant à l'étudiant d'acquérir les connaissances nécessaires pour identifier les principales pathologies communes de l'appareil locomoteur accessibles aux traitements manuels. (19)

Ces cours théoriques ont lieu lors de séminaires d'un ou deux jours organisés tous les mois abordant à chaque fois une partie spécifique de l'appareil locomoteur.

En second lieu, des travaux pratiques sur table sont également organisés à chaque séminaire permettant à l'étudiant de parfaire son apprentissage. Les étudiants s'entraînent en binôme à tour de rôle.

Enfin, la formation pratique clinique permet aux étudiants d'acquérir une expérience clinique lors de stages externes réalisés au contact de praticiens compétents. Un minimum de 300 heures de stage (l'équivalent de 150 consultations) est requis pour prétendre à l'obtention du diplôme.

Chaque année universitaire est ponctuée d'un examen écrit et pratique avec nécessité de rédaction d'un mémoire à la fin des trois années de formation.

e. Juridiction autour de la MMO

L'Ordre des médecins a officiellement reconnu la validité du DIU de MMOM. Le médecin qui en est titulaire peut le mentionner sur ses ordonnances et sa plaque.

Avant l'article 75 de la loi N°2002-303 du 4 Mars 2002, l'ostéopathie était réservée à l'usage exclusif des médecins. Jusqu'alors, les professions non médicales revendiquaient depuis des années leur légitimité à pratiquer leur art. Ils étaient donc dans l'illégalité la plus totale en l'exerçant. Cette loi relative aux droits des malades et la qualité du système de santé stipule que « l'usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie ou à la chiropraxie délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé dans des conditions fixées par décret ». (20)

L'essor de la pratique de l'ostéopathie en France va donc découler de cette loi et ouvrir cette discipline à ces professions non médicales. En revanche, le décret du 25 mars 2007 définira les codes de sa mise en application en fixant la limite entre le médecin manuel ostéopathe et l'ostéopathe non-médecin. (21)

f. Cotation et remboursement propre à la MMO

L'ostéopathie n'étant pas à ce jour reconnue par l'Ordre des médecins, le patient se présentant chez un ostéopathe exclusif ne bénéficiera d'aucun remboursement de la part de la Sécurité sociale. En effet, il n'existe à ce jour aucune convention avec l'Assurance Maladie. Au mieux, sa mutuelle complémentaire peut prendre en charge tout ou partie de la consultation, dont le montant est fixé librement par l'ostéopathe.

En revanche, l'Ordre des médecins reconnaissant le DIU de MMOM, le médecin manuel ostéopathe peut appliquer la cotation LHRP001 pour toute séance de médecine manuelle appliquée sur le rachis. Cette cotation est établie pour un montant fixe de 33.50 euros, intégralement remboursée par la sécurité sociale, et non soumise à une entente préalable. En complément, le médecin manuel ostéopathe peut facturer un acte supplémentaire

d'ostéopathie, d'un montant libre. Cet acte supplémentaire pourra être pris en charge par la mutuelle complémentaire du patient selon son contrat. (22)

3. Les limites de l'ostéopathe non-médecin par rapport au médecin manuel ostéopathe

S'appuyant sur un programme national, le DIU de MMOM est encadré par le Collège des Enseignants en Médecine Manuelle et Ostéopathie Médicale (CEMMOM). (23) Il suit donc un cursus universitaire reconnu, dans des Facultés de médecine, auprès d'internes ou de docteurs en médecine.

Les ostéopathes exclusifs, quant à eux, jouissent d'une formation dans des écoles privées payantes formant des étudiants en post-baccalauréat. Ils ne sont pas reconnus par l'Ordre des médecins. Ces écoles privées peuvent également former des professionnels de santé au métier d'ostéopathe comme les kinésithérapeutes par exemple.

En France, avant 2015, on comptait un total de 74 écoles d'ostéopathie sur tout le territoire. (24) Néanmoins, au 1^{er} septembre 2015, dans le cadre de la modification des critères d'agrément des établissements de formation en ostéopathie et de la formation conduisant au titre d'ostéopathe (décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014 et décret n° 2014-1505 du 12 décembre 2014), la commission consultative nationale d'agrément (CCNA) a réduit à 23 le nombre d'écoles autorisées pour délivrer le diplôme d'ostéopathe. (25)

Ce nombre a été revu à la hausse depuis la fin de l'année 2021 puisqu'on compte aujourd'hui un total de 31 écoles d'ostéopathie en France, dont 9 ayant obtenu un agrément provisoire (décret n° 2021-1284 du 1^{er} octobre 2021). (26)

Comme nous l'avons vu plus haut, il existe un décret qui a fixé les prérogatives de la pratique de l'ostéopathie pour les ostéopathes non-médecins : c'est le décret du 25 mars 2007.

Par ce décret, même s'ils peuvent agir dans leur champ de compétences en exerçant des manipulations pour soulager le patient atteint d'un désordre fonctionnel, les ostéopathes non-médecins ne peuvent pas intervenir sur des pathologies organiques nécessitant une intervention par chirurgie, médicaments ou agents physiques (article 1).

En outre, les ostéopathes non-médecins ne peuvent pas établir un diagnostic médical ou délivrer un traitement si les symptômes du patient l'imposent. Ils sont dans l'obligation formelle

d'orienter le patient vers un médecin, et ce d'autant plus que la situation clinique perdure dans le temps ou se détériore (article 2).

Enfin, l'ostéopathe non-médecin a l'interdiction formelle d'effectuer des actions en rapport avec la sphère génito-urinaire (manipulations gynéco-obstétricales, touchers vaginaux et rectaux). En revanche, sous réserve d'un accord formel par le biais d'un certificat de non contre-indication établi par un médecin, ils ont la possibilité d'accomplir des gestes manipulateurs sur le crâne, la face et le rachis du nourrisson de moins de six mois et le rachis cervical de l'adulte (article 3). (21)

Cette « restriction de possibilités » se détache des médecins qui possèdent le DIU de MMOM. En effet, à la différence de l'ostéopathe non-médecin, le médecin manuel ostéopathe peut, du fait de sa formation initiale de docteur en médecine, porter un diagnostic médical après un examen clinique rigoureux et approfondi du patient. C'est son expertise, son expérience sémiologique qui lui permet d'assurer ce double rôle :

- Un médecin capable de manipuler son patient en toute sécurité sans jamais lui nuire (le célèbre adage « primum non nocere » d'Hippocrate).
- Et, s'il l'estime nécessaire, un médecin pouvant avoir recours à des prescriptions (examens complémentaires, traitements médicamenteux, ordonnances paramédicales de kinésithérapie, etc.). Par exemple, un scanner du rachis peut être demandé par sécurité avant d'envisager toute manipulation vertébrale potentiellement délétère chez un patient suspect de hernie discale.

De la même manière, il n'est pas rare que les patients présentent des douleurs post-manipulatoires pendant 48-72h, comme étant les témoins des tensions musculaires qui s'exercent sur le corps par stimulation du système neuro-végétatif. La prescription d'antalgiques permet ainsi d'assurer un complément dans la prise en charge globale de son patient après manipulation. Il en résulte une plus grande sécurité dans la prise en charge du patient et une meilleure adhésion de celui-ci au projet de soin.

III. MATERIELS et METHODES

Pour rappel, la question principale de notre étude était d'évaluer quelles étaient les connaissances des médecins généralistes sur la MMO.

Ensuite des questions secondaires sont venues compléter notre étude. S'ils avaient recours à l'ostéopathie dans leur pratique, nous avons voulu savoir si ces médecins orientaient leurs patients vers des ostéopathes non-médecins ou des médecins titulaires du DIU de MMOM.

Enfin, nous avons tenu à leur demander quelle était pour eux la formation idéale à intégrer dans le cursus de médecine générale.

1. Moyens Bibliographiques

La recherche documentaire a été effectuée principalement à l'aide du moteur de recherche Google et des cours du DIU de MMOM. Certaines références citées ont été obtenues grâce à la banque de thèses en médecine générale.

Lors des recherches, les mots clés suivants ont été utilisés : médecine manuelle ostéopathique, médecine générale, dérangement Intervertébral mineur, ostéopathie, formation médicale.

2. Choix de la méthodologie

Pour répondre à la question de recherche principale dans un paradigme compréhensif, une méthode qualitative était nécessaire afin d'explorer les connaissances qu'ont les médecins généralistes du Gard sur la médecine manuelle ostéopathique. Ce type d'étude a permis d'évaluer des données subjectives.

La recherche qualitative est issue des sciences humaines et sociales. Elle est spécifiquement indiquée dans notre étude car elle a pour but de mieux comprendre les opinions, les comportements et les expériences personnelles des sujets de l'étude. Contrairement à la méthode quantitative qui teste des hypothèses, la recherche qualitative est une méthode

inductive, dont l'objectif est de créer des hypothèses à partir d'éléments complexes, difficiles à mesurer.

3. Recrutement et échantillonnage de la population d'étude

Cette étude s'est effectuée sur des médecins généralistes gardois. En effet, l'existence d'une formation en médecine manuelle ostéopathique à la Faculté de médecine de Nîmes a permis de travailler plus facilement dans ce périmètre géographique défini. Ainsi, le fait de rester cantonné à un seul département d'étude permet de travailler dans un territoire donné et sur un échantillon limité de personnes afin de pouvoir évaluer leurs connaissances sur la MMO.

La taille de l'échantillon n'a pas été définie à l'avance mais conditionnée par la saturation des données. Cette saturation a été déterminée lorsque deux entretiens consécutifs n'apportaient plus de données nouvelles : elle permet donc la généralisation des données.

En premier lieu, la recherche de la liste des médecins généralistes exerçant dans le département du Gard s'est faite grâce au moteur de recherche Google. J'ai contacté les secrétaires des médecins en question pour obtenir leur adresse mail. Une fois ces adresses obtenues, l'envoi d'un long mail explicatif a permis de retracer en détail le contenu de l'étude, ses objectifs et les conditions de participation (cf. annexe). S'ils étaient d'accord, le choix était laissé au médecin sur les modalités d'entretien (téléphonique, via Skype ou en présentiel). Sur les 21 mails envoyés, nous avons obtenu 2 réponses positives et 19 mails sont restés sans réponse.

En second lieu, j'ai sollicité l'aide d'anciens maîtres de stage ainsi que leurs connaissances. Nous avons donc pu obtenir la participation de 10 personnes supplémentaires.

4. Critères d'inclusion

Pour entrer dans l'étude, les critères suivants devaient être rigoureusement respectés :

- Être médecin généraliste
- Exercer dans le département du Gard
- Ne pas être titulaire du DIU de MMOM (pour ne pas biaiser leurs connaissances sur la médecine manuelle ostéopathique)
- Être d'accord pour participer à l'étude.

5. Critères d'exclusion

Étaient exclus de l'étude :

- Les médecins généralistes n'exerçant pas dans le département du Gard
- Les médecins exerçant une autre spécialité que la médecine générale
- Les médecins titulaires du DIU de MMOM
- Les médecins ayant refusé de participer.

6. Recueil des données

a. Réalisation d'un guide d'entretien

Afin d'explorer la vision subjective des médecins interrogés, nous avons décidé de réaliser un guide d'entretien semi-directif (cf. annexe). Ce guide d'entretien comprenait une partie générale d'identification des médecins candidats et une partie reprenant les trois principaux axes de travail :

- 1/ Leurs connaissances sur la MMO
- 2/ L'application en pratique sur les pathologies ostéo-articulaires communes
- 3/ Leurs attentes en matière de formation à la MMO.

Les questions posées étaient des questions ouvertes pour laisser les interlocuteurs parler librement de leurs expériences sans retenue et ne pas influencer leurs réponses. Les temps de pause et d'hésitation étaient scrupuleusement respectés pour leur permettre d'apporter de nouvelles idées si nécessaire. Je n'intervenais que si le sujet n'avait plus rien à ajouter, en le relançant parfois, ou pour argumenter ses propos. Ces questions ont été rédigées de manière à être facilement compréhensibles tout en respectant une cohérence par rapport à la question de recherche.

L'enchaînement des questions a été établi de manière logique, en posant les questions plus générales au début pour terminer par des questions plus précises. Le but était d'instaurer un climat de confiance avec l'interlocuteur et l'amener à se livrer plus aisément.

b. Modalités de réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés sur des médecins généralistes gardois selon les critères d'inclusion et d'exclusion définis plus haut. Ils se sont déroulés du 18 février 2021 au 24 juin 2021. Sur les 12 entretiens réalisés, 6 se sont déroulés par téléphone et les 6 autres en présentiel. Il est à noter qu'au vu du contexte sanitaire actuel et de la pandémie de COVID-19, les entretiens réalisés en présentiel se sont tenus dans le strict respect des gestes barrières (avec port du masque et respect des distanciations sociales).

c. Retranscription des données sous forme de Verbatims

Les entretiens audios ont été enregistrés au moyen de la fonction dictaphone d'un téléphone portable. D'une durée moyenne de 12,5 minutes, ils s'échelonnent sur une vaste plage horaire avec un enregistrement pour le plus court d'une durée de 7 minutes et 4 secondes et pour le plus long d'une durée de 30 minutes et 43 secondes.

Ces enregistrements ont ensuite été retranscrits mot à mot sur le logiciel Word sous la forme de verbatims dans les jours qui ont suivi leur réalisation. Les tournures de phrases parfois familières des médecins ont été gardées pour coller à l'authenticité des propos. De même, les blancs, les pauses, les hésitations, les soupirs, les rires ont été retranscrits.

Chaque enregistrement a été anonymisé et chaque médecin s'est vu attribuer un numéro. Les verbatims ont été classés dans l'ordre chronologique de réalisation des entretiens et figurent en annexe de cette thèse.

7. Analyse thématique des données

La méthode d'analyse la plus appropriée pour répondre à l'objectif de la thèse est l'analyse thématique. Elle s'inspire directement de l'ouvrage d'Alex Mucchielli et Pierre Paillé : « L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales » (27).

Après de multiples lectures du corpus, nous avons regroupé les principales idées qui ressortaient des verbatims sous forme de thèmes, eux-mêmes organisés en sous thèmes,

toujours en rapport avec la question de recherche. On aboutit ainsi à un processus de réduction des données. L'ensemble des données collectées ont été analysées en continu depuis le premier verbatim jusqu'au dernier. La hiérarchisation des idées et leur organisation par ordre de pertinence ont abouti à la construction d'arbres thématiques.

En parallèle pour assurer une meilleure clarté à ce travail et mettre en lumière la façon dont ces arbres ont été élaborés grâce aux éléments provenant du corpus, nous avons rassemblé quelques résultats intéressants sous la forme de tableaux. Ils sont constitués d'extraits de verbatims et classés en thèmes puis sous-thèmes. Ces tableaux figurent en annexe de cette thèse.

IV. RESULTATS

1. Caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude

L'échantillon de la population ne visait pas une représentativité statistique mais la diversité et le vécu des expériences.

Au total, nous avons réalisé 12 entretiens. Le tableau ci-dessous récapitule les principales caractéristiques des médecins ayant accepté de participer à l'étude.

Identifiant	Sexe (F/H)	Tranche d'âge (années)	Lieu d'exercice	Type d'exercice	Formations complémentaires
M1	F	50-60	Rural	MSP	<ul style="list-style-type: none"> - DU d'accueil des urgences en service de pédiatrie - DU complémentaire en gynécologie - Maîtrise en sciences biologiques et médicales - Biologie de la reproduction - Homéopathie - Médecin correspondant Samu - Médecin d'aptitude pompiers
M2	F	60-70	Rural	MSP	<ul style="list-style-type: none"> - DU médecine du sport
M3	F	30-40	Rural	MSP	<ul style="list-style-type: none"> - Du d'orthogénie - Formation continue d'échographie
M4	H	30-40	Semi-rural	MSP	non
M5	F	30-40	Rural	MSP	non
M6	F	30-40	Semi-rural	MSP	<ul style="list-style-type: none"> - DU médecin coordonnateur d'EHPAD
M7	H	30-40	Semi-rural	MSP	<ul style="list-style-type: none"> - DU de gériatrie - DU de médecin correspondant SAMU - DU médecin du sommeil
M8	H	50-60	Semi-rural	MSP	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité de gériatrie - DU de diabétologie - DU de diététique
M9	F	20-30	Rural	MSP	non
M10	H	30-40	Rural	MSP	non
M11	H	30-40	Semi-rural	MSP	<ul style="list-style-type: none"> - DU de pédiatrie
M12	F	30-40	Semi-rural	MSP	<ul style="list-style-type: none"> - DU de pédiatrie - DU de gynécologie - DU de tabacologie - DU d'infectiologie - DU de dermatologie pédiatrique - Entretiens motivationnels

Figure 5 : Caractéristiques socio-démographiques des médecins de l'étude

Sexe

Sur les 12 médecins interrogés, on note une légère prédominance féminine puisque 7 d'entre eux étaient des femmes (58%) et 5 étaient des hommes (42%).

Âge

Le panel des médecins interrogés s'échelonne sur une large tranche d'âge. Le plus jeune médecin avait 29 ans et le plus âgé en avait 65.

Au total, 1 médecin avait entre 20 et 30 ans (8%), 8 médecins avaient entre 30 et 40 ans (67%), 2 médecins avaient entre 50 et 60 ans (17%) et 1 médecin avait entre 60 et 70 ans (8%).

Lieu de réalisation de l'internat

Parmi les 12 médecins volontaires :

- 8 ont fait leur internat à Montpellier-Nîmes (68 %)
- 1 a fait son internat à Paris (8%)
- 1 a fait son internat à Marseille (8%)
- 1 a fait son internat à Toulouse (8%)
- 1 a fait son internat à Saint-Etienne (8%).

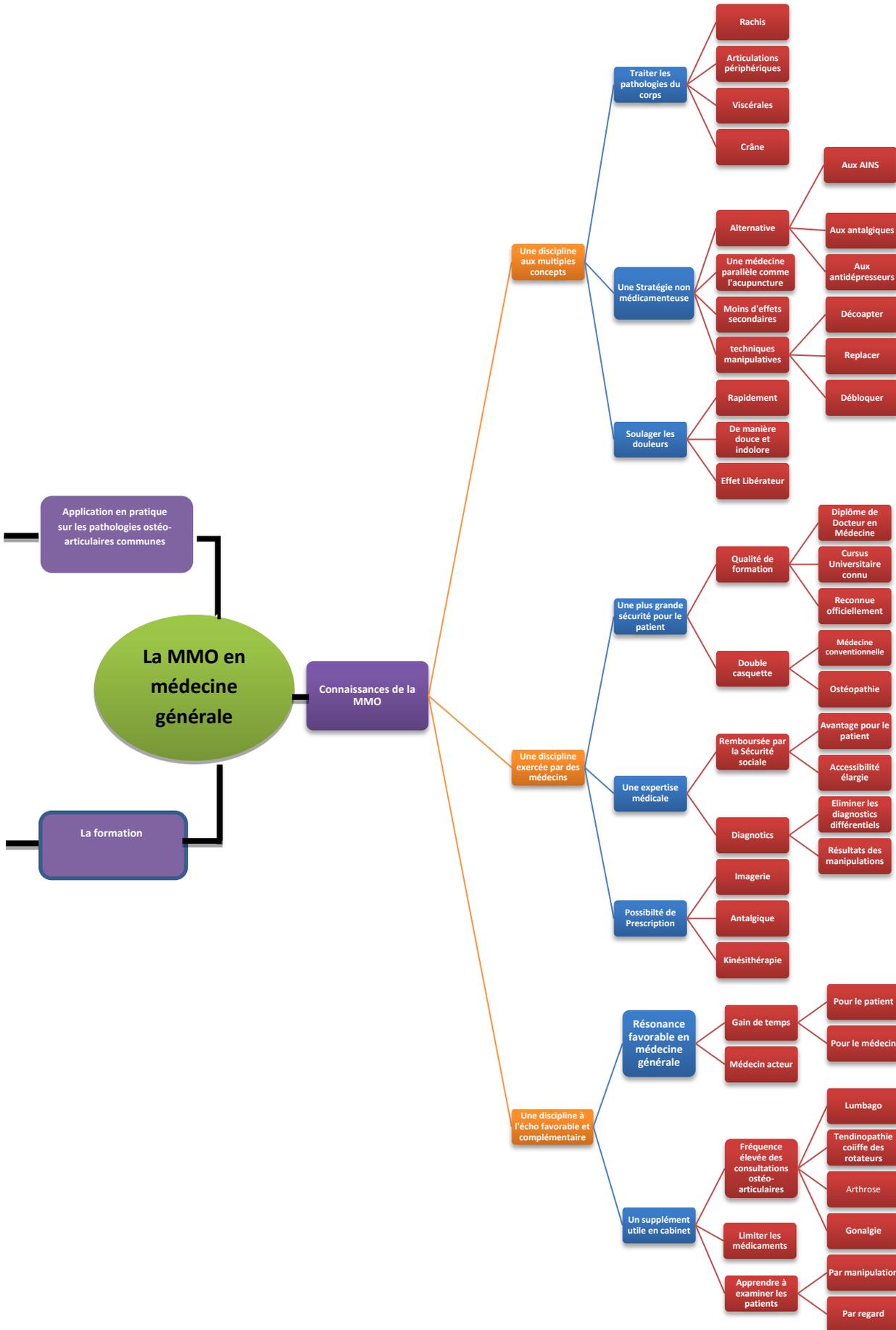
Lieu d'exercice

Trois types de lieux d'exercice existent pour exercer la médecine générale : le milieu rural, le milieu semi-rural et le milieu urbain. Sur les 12 médecins, 6 exercent en milieu rural (50%) et 6 exercent en milieu semi-rural (50%). A noter que les candidats exercent soit dans une maison de santé pluridisciplinaire, soit dans un centre de santé.

Formations complémentaires

Les possibilités de formations complémentaires sont multiples en médecine générale. Elles peuvent s'exprimer sous forme de Diplôme Universitaire (DU), de Diplôme Inter-Universitaire (DIU), de Capacité, de Maîtrise... Sur notre population d'étude, 8 médecins (67%) avaient des formations complémentaires à leur activité de médecin généraliste et 4 médecins (33%) n'en possédaient aucune.

2. Arbres thématiques



La MMO en médecine générale

Connaissances de la MMO

La formation

Application en pratique sur les pathologies ostéo-articulaires communes

En dehors de l'ostéopathie en 1ère intention

Priorité à l'antalgie

Médicamenteuse

- Palier 1 (paracétamol)
 - En première intention +++
 - Avant d'envisager l'escalade thérapeutique
- Palier 2
 - Quand palier 1 inefficace
 - Pas en premier recours
- AINS
 - Lombalgies +++
 - Sujet jeune +++
 - éviter chez la personne âgée
 - Pathologies rénales
 - Ulcères
- Myorelaxants

Conseils

- Attendre
- Eviter port de charges lourdes
- Restreindre immobilité
- Bouger
- Auto-étirements
- Gainage
- Application mobile (Activ'dos)
- Information sur les Drapeaux Rouges

Le recours à l'imagerie

Radiologie

- Personnes âgées +++
- Eliminer Fracture
- Problème ligamentaire

IRM

- Problème Meniscal
- Hernie discale
- Tendinopathie

Le recours au kiné

1ère intention (+) ou 2nde intention (+++)

- Complémentaire de l'antalgie
- Etirements
- Rééducation

Orientation vers ostéo non-médecin

Aucun Contact de médecin MMO

- Préférence
- Rémunération SS
- Réseau
- Meilleure confiance

Orientation vers un médecin MMO

Rémunération SS

- Douleurs chroniques
- Post-kiné inefficace
- Post-antalgie inefficace
- Post traitement par Ostéo non-médecin inefficace

indications

Parfois en 1ère intention

- Souvent 2ème ou 3ème intention (+++)
- Douleurs Aigües
 - Lombalgie +++
 - Disjonction chondrocostale
 - Douleurs pariétales
- Patient souhaitant une approche physique
- En complément de l'antalgie
- Refus de consommation de médicaments
- Age
 - Nourrisson
 - Enfant
 - Post-Partum
- Initiative du patient
- N'oriente pas
- Parfois jamais
 - Pour Articulations périphériques
 - Néuralgies
 - Douleurs intercostales
 - Blocage
 - Réflexe

Le dérangement intervertébral mineur

Un terme inconnu

Contracture musculaire

- Compression nerfs
- Déséquilibre
- Défaut d'axiation
- Déplacement
- Atteinte ligaments jaunes

Un terme flou

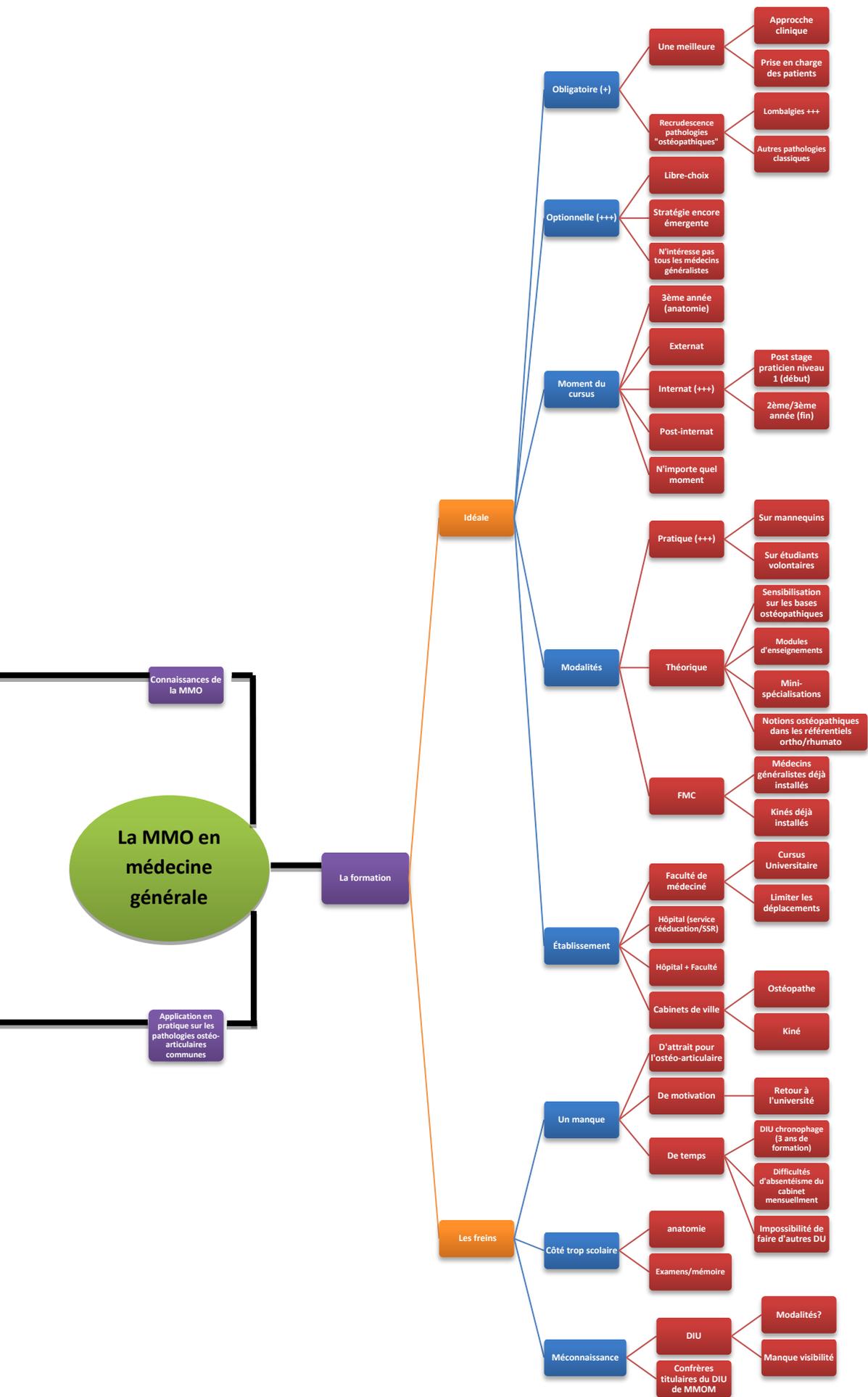
Pathologie vertébrale

- Sorte de lumbago
- Cliniquement
- Sans gravité

Un concept non utilisé

Cliniquement

- Sans gravité



3. Résultats issus des verbatims

a. Connaissances de la MMO chez les médecins généralistes

(1) Une discipline aux multiples concepts

Selon le docteur DUCHESNE DE LAMOTTE, la MMO est une spécialité s'exerçant en cas de désordre des systèmes musculo-squelettiques du rachis et des articulations périphériques par le biais de traitements manuels. (28)

Pour l'ensemble des médecins interrogés, il s'agit d'une discipline aux multiples concepts.

En premier lieu, les médecins s'accordent tous sur le fait que cette spécialité permet d'agir sur les troubles squelettiques du corps humain, qu'ils soient rachidiens, crâniens, ou périphériques : « *cranio-encéphaliques, le rachis, les membres, les articulations* »V2, « *Tout ce qui est problème essentiellement articulaire, rachis ou articulations périphériques* »V8, « *Manipulations pour soulager le dos[...], Cervicales, tout ce qui est lié au rachis* »V9, « *Ostéopathie au niveau des os du crâne, [...] Ou des pieds...* »V10. En effet, pour beaucoup, la médecine manuelle ostéopathique s'exerce sur le corps par la main « *Exercer au niveau manuel sur le corps des mouvements* »V2, « *Faire un travail avec ses mains sur le corps du patient* »V12. Cette « *façon de palper qui est un peu différente et plus précise* »V4, aboutit à des manipulations : « *Manipulations des os* »V10, « *Manipuler les gens quand ils ont des douleurs* »V11. Ces manipulations permettent de « *décoapter les articulations* »V2 ou de « *Replacer des petites choses qui se sont déplacées que ce soit sur des faux mouvements, des traumatismes [...] Débloquer un dos.* »V10.

Deux médecins rajoutent des champs d'application supplémentaires à la MMO.

Un médecin notifie une application sur « *les muscles* »V2.

Un autre médecin parle d'une application viscérale à la MMO en indiquant des « *Manipulations abdominales* »V10.

En second lieu, certains médecins voient dans cette discipline une véritable « *Stratégie non médicamenteuse* »V7 : « *une solution différente d'une prescription d'anti-inflammatoires et d'antalgiques* »V3, « *Moins intrusif, moins d'effets secondaires[...] Presque naturel* »V7, « *Approche manuelle* »V12.

Un médecin évoque même une alternative à la médecine conventionnelle en la rapprochant des médecines parallèles : « *Des approches un peu plus comme l'acupuncture.* »V10

En dernier lieu, l'ensemble des médecins s'entendent sur le fait que la MMO est une discipline qui permet de soulager les douleurs des patients : « *Thérapeutique manuelle qui essaie de prendre en charge les syndromes douloureux dans leur ensemble* »V3, « *Ca permet de soulager les douleurs articulaires* »V5, « *Soulager le patient rapidement* »V6. Un médecin signale même que l'antalgie peut se faire par des mouvements « *très lents, très doux* »V2.

(2) Une discipline exercée par des médecins

La MMO est une spécialité complémentaire réservée aux médecins. Nous avons ainsi demandé aux candidats quelles étaient pour eux les différences entre un ostéopathe exclusif et un médecin titulaire du DIU de MMOM.

Pour la plupart des médecins interrogés, le médecin manuel ostéopathe peut exercer sur son patient une expertise médicale. C'est parce qu'il peut « *Examiner les gens* »V4 qu'il peut donner cet « *Avis médical* »V10 pour aboutir in fine à un « *diagnostic, un diagnostic différentiel* »V2.

Cette intervention du médecin aboutit à un remboursement de la consultation pour le patient. C'est ce que notifient deux médecins interrogés : « *Ca peut permettre d'avoir la consultation prise en charge par la sécurité sociale* »V3, « *Si un patient n'avait pas les moyens, je l'enverrais plutôt vers le médecin ostéopathe* »V11

En outre, certains médecins soulignent le fait que le médecin manuel ostéopathe peut faire des prescriptions par rapport à l'ostéopathe exclusif : « *le fait que le [...] médecin [...] puisse faire des prescriptions* »V6, « *Le médecin a aussi la possibilité de faire une ordonnance* »V10. Ces prescriptions peuvent être soit des antalgiques, en complément des manipulations « *Traitements médicamenteux (antalgiques), éventuellement anti-inflammatoires* »V5, soit des examens complémentaires ou de la kinésithérapie : « *Je prescris de la kiné ou des examens en fonction de l'évaluation que j'ai fait du patient* »V4.

Enfin, l'ensemble des médecins interrogés notent que la consultation d'ostéopathie réalisée par un médecin assure une plus grande sécurité pour le patient. Cette sécurité tient d'abord par la qualité de la formation reçue : « *Il y a quand même un parcours*

universitaire et une connaissance de base qui me semble plus approfondie »V7, « Je serais plus rassurée d'envoyer vers un médecin ostéopathe parce qu'il aura fait des études de médecine et qu'il connaît très bien l'anatomie »V9, « Le fait qu'il ait la compétence médicale en plus ça assure une certaine sécurité et une certaine rigueur scientifique.»V10, « Une sécurité en plus au niveau anatomie et au niveau prise en charge des patients. »V11. Par opposition au médecin titulaire du DIU de MMOM, un médecin souligne d'ailleurs le flou qui entoure l'ostéopathie pure en France en argumentant qu'« Officiellement ce n'est pas reconnue l'ostéopathie »V9. Cette sécurité tient ensuite par la double casquette que présente le médecin manuel ostéopathe : « Un médecin avec du coup des connaissances de médecine traditionnelle qui vont s'ajouter à des compétences de manipulations »V10.

(3) Une discipline à l'écho favorable et complémentaire

Les médecins interrogés ont tous une opinion très favorable de la médecine manuelle ostéopathique. Aucun médecin n'a exprimé de réticence sur la pratique de la médecine manuelle ostéopathique en cabinet de médecine générale : « Je pense vraiment que c'est un plus ! J'y suis favorable. »V1, « J'en pense que du bien. »V2, « Une bonne chose »V6, « Je suis totalement favorable. »V10.

Un médecin y voit un gain de temps à la fois pour le patient et le médecin : « En quelques séances, un médecin ostéopathe peut régler les problèmes qu'on met parfois longtemps à régler »V11. Un autre considère que le médecin est acteur de la guérison du patient : « C'est le médecin qui est-lui-même le traitement du patient »V4.

En outre, il s'avère que la MMO peut être un complément utile chez certains médecins généralistes.

Certains l'associent à un rempart contre la multiplicité des consultations ostéo-articulaires en cabinet : « La moitié de nos consultations c'est pour des douleurs articulaires, des lombalgies » V4, « Le lumbago c'est, dans tout ce qui est consultation de médecine générale, les problèmes rachidiens, c'est quand même une importante cause de consultation en médecine générale »V8. D'autres pensent que c'est un moyen de limiter la consommation médicamenteuse : « Ca serait moins frustrant que de juste prescrire [...] des AINS à chaque douleur »V3, « Ca permettrait potentiellement de limiter les prescriptions d'anti-inflammatoires, d'antalgiques et de médicaments »V6, « Je me dis oui ça peut être très bien puisque ça permettrait de prendre moins

de médicaments et peut-être de limiter l'impact délétère »V9

Enfin, deux médecins y voient une façon complémentaire pour améliorer l'examen clinique du patient avec plus de minutie, par le regard et le toucher : « *On apprend à examiner les gens en les manipulant, en les regardant. »V2, « Ca peut aider aussi à examiner les gens »V4.*

b. Application en pratique sur les pathologies ostéo-articulaires communes

(1) Prise en charge en première intention en dehors de l'ostéopathie

La nécessité d'accorder une priorité à l'antalgie transparaît dans le discours de l'ensemble des médecins interrogés. Elle est d'emblée proposée pour calmer le patient qui consulte. Celle-ci s'effectue dans l'immense majorité des cas par le biais de médicaments :

- Palier 1 (le plus fréquent) : « *Paracétamol, palier1 »V6, « En première intention je mets du palier 1 du paracétamol »V12*
- Palier 2 : « *Palier 2 »V8*
- AINS : « *AINS assez souvent »V1, « Eventuellement anti-inflammatoires »V5, « Je leur mets un peu d'anti-inflammatoires pour soulager »V10.*

A noter qu'un seul des douze médecins interrogés a indiqué prescrire parfois des « *myorelaxants »V5.*

Cette antalgie médicamenteuse s'accompagne chez trois des médecins de nombreux conseils envers le patient : « *Je donne des conseils de bon sens (pas de port de charges lourdes, éviter de rester immobile au lit mais plutôt de faire un maximum d'activités tolérables). »V3, « Et après c'est recommander l'activité physique »V5, « La prise en charge c'est des antalgiques et des conseils de marche surtout »V11.*

Parmi ces trois médecins, un seul utilise les nouvelles technologies grâce aux applications des téléphones portables des patients : « *Parfois si je vois qu'ils sont réactifs, je leur fais télécharger activ'dos de l'assurance maladie pour qu'ils aient des exercices pour s'auto-étirer. »V3.*

En dehors de l'antalgie, quand ils l'estiment nécessaire, les médecins interrogés peuvent prescrire des examens complémentaires d'imagerie pour affiner leur diagnostic.

Certains vont privilégier la radiographie par habitude, « *Je fais radio surtout »V9, ou par catégories d'âge, « Si c'est une personne âgée [...], on va plus aller assez rapidement sur des*

radios »V11.

Dans d'autres cas, les médecins ordonnent rapidement un examen plus précis, soit une IRM « *Si la douleur persiste on va dire au-delà de trois semaines/un mois, un examen de précision (IRM/TDM)* »V7, « *Chez le jeune après l'examen, souvent je prescris pas de radio en systématique, plutôt dans un second temps je vais à l'IRM. Chez le jeune souvent c'est plus des pathologies que ce soit les ligaments ou les ménisques.* »V11, soit une échographie « *Parfois échographie aussi si j'ai l'impression qu'il y a une tendinite à l'examen clinique* »V9.

Enfin, parfois rapidement dans la prise en charge en première intention, de nombreux médecins ont recours à la kinésithérapie en complément de l'antalgie, pour faire des exercices, des étirements : « *Je vais faire de la rééducation en première intention. J'envoie chez un kiné [...] Voir un kiné pour qu'il leur montre les mouvements.* »V2, « *Parfois, du kiné en première intention.* »V5, « *Antalgie simple (doliprane et anti-inflammatoires en général) et kiné* »V9, « *Je vais envoyer chez le kiné directement* »V10.

Parfois, le recours au kinésithérapeute peut s'inscrire en seconde intention après une antalgie insuffisamment contrôlée par traitements médicamenteux : « *En seconde intention le kiné* »V11, « *Je laisse un peu de temps et puis si ça passe pas kiné* »V12.

(2) La place de l'ostéopathie

(2).1. Les indications

Les indications à l'ostéopathie, qu'elle soit médicale ou non, sont variées chez les médecins interrogés.

Elles viennent rarement en première intention dans la prise en charge. C'est le cas par exemple quand le patient refuse de prendre des médicaments, qu'il est inobservant ou quand il est réceptif à l'approche ostéopathique : « *Une personne qui va pas vouloir prendre de médicaments ou qui va pas être observante sur les traitements et qui va être plutôt dans une approche physique : à ce moment-là je vais orienter rapidement, dès la première consultation.* »V5.

Trois médecins envoient également en première intention pour des douleurs aiguës de topographies particulières « *Ce que j'envoie assez facilement chez l'ostéo c'est toutes les disjonctions chondro-costales, les petites douleurs pariétales qui sont très très chiantes où les*

patients se plaignent beaucoup. »V10, « *Parfois ça m'arrive en première intention sur des lombalgies* »V12 ou sur des critères d'âge « *Les enfants je le fais souvent, les femmes enceintes en post-partum* »V6, « *Par exemple chez le nourrisson des coliques du nourrisson* »V10.

En revanche, chez la grande majorité des médecins interrogés, l'ostéopathie n'est souvent qu'une deuxième voire une troisième intention. Les causes liées au fait de ne pas se tourner directement en première intention vers l'ostéopathie sont multiples. Un médecin évoque un recours uniquement sur des douleurs chroniques « *Si il y a quelque chose qui persiste au-delà d'un mois [...] t'as un diagnostic qui est posé, pour le médecin qui manipule en l'occurrence.* »V7.

D'autres médecins passent d'abord par la case kinésithérapie et envisageront l'ostéopathie comme un dernier recours si le kinésithérapeute n'a pas soulagé le patient : « *Je vais faire de la rééducation en première intention. J'envoie chez un kiné [...] voir un kiné pour qu'il leur montre les mouvements* »V2, « *En deux voire troisième intention après les antalgiques et le kiné. C'est un peu quand je suis coincé... C'est après le kiné.* »V11, « *Je laisse un peu de temps et puis si ça passe pas kiné* »V12.

Un autre médecin oriente vers l'ostéopathie quand les patients reviennent plusieurs fois pour le même symptôme, avec des douleurs récidivantes comme par exemple le lumbago « *Après les patients qui vont revenir une deuxième voire une troisième fois pour un lumbago en effet en général je parle d'ostéopathie* »V10.

Enfin, un médecin n'envoie chez l'ostéopathe qu'« *En deuxième intention quand les traitements sont peu efficaces ou pas aussi efficaces qu'on ne le voudrait* »V5.

Parfois, les médecins n'orientent jamais vers un ostéopathe.

C'est le cas pour deux médecins interrogés « *Après souvent les patients font la démarche d'eux-mêmes donc moi j'ai rien contre, je les encourage. Donc j'oriente pas spécialement.* »V8, « *Jusqu'à présent j'ai jamais orienté vers un ostéopathe* »V9.

Un autre médecin a indiqué ne jamais orienter chez l'ostéopathe, seulement dans certaines indications bien spécifiques, pour les désordres touchant les articulations périphériques « *Après l'ostéo ça se résume plus à moi à tout ce qui est axial, la colonne, que les articulations périphériques. Peut-être parce que tout ce qui est articulations périphériques, je vois moins des éléments de déplacements* »V10.

(2).2. L'orientation vers la MMO ou chez un ostéopathe non-médecin

Nous avons vu que les indications d'orientation vers l'ostéopathie étaient multiples chez les médecins généralistes. Nous avons donc cherché à savoir, si les médecins avaient recours à l'ostéopathie dans leur pratique, vers quels types de professionnels ils se tournaient.

Sur les dix médecins qui ont recours à l'ostéopathie, seulement trois adressent les patients vers un médecin manuel ostéopathe. L'argument avancé est avant tout l'acquisition d'un réseau ou une meilleure confiance en un confrère lui-même médecin : « *Je connais un très bon médecin pratiquant la MMO [...] J'oriente tous mes patients vers lui, j'ai confiance en lui.* »V1 « *Plutôt un médecin ostéopathe mais c'est par le réseau. C'est parce que je connais un médecin qui est ostéopathe.* »V5, « *J'adresse à un médecin ostéopathe.* »V7

Les sept autres médecins, quant à eux, adressent à un ostéopathe non-médecin :

- Soit parce qu'ils ne connaissent pas de médecin manuel ostéopathe : « *Je ne connais que des ostéopathes qui ne sont pas médecins autour de moi* »V2, « *J'envoie chez un ostéo pur car je n'ai pas d'ostéo médecin ou en tout cas je n'en connais pas* »V10, « *Je ne connais pas de médecin ostéopathe donc c'est plutôt ostéo.* »V12.
- Soit par fidélité et confiance en un ostéopathe particulier : « *Il y a un ostéopathe non-médecin qui s'est installé* »V3, « *J'adresse chez les kiné-ostéopathes* »V4 « *J'oriente vers un ostéo en particulier parce que je le connais* »V6, « *On a quand même des ostéopathes sur le secteur qui sont pas médecins* »V11.

Enfin, comme nous l'avons vu plus haut, deux médecins n'orientent ni vers un médecin manuel ostéopathe, ni vers un ostéopathe non-médecin.

Cette diversité dans les orientations ainsi que le recours ou pas en première intention à l'ostéopathie, qu'elle soit médicale ou non, nous rappellent que chaque patient est un cas unique et doit être examiné rigoureusement avant de décider de la stratégie de prise en charge.

(3) Le dérangement intervertébral mineur

Le terme de dérangement intervertébral mineur (DIM), si cher à Robert Maigne et défini plus haut dans cette thèse, est un des fondements majeurs de l'examen clinique du rachis en médecine manuelle ostéopathique, au même titre que la règle de la non douleur et du mouvement contraire, prérequis essentiel avant toute manipulation.

Nous avons ainsi demandé à l'ensemble des participants ce que leur évoquait ce terme et, s'ils le connaissaient, quelles applications en pratique ils pouvaient en avoir en cabinet. Sur les douze médecins de l'étude, aucun ne connaît sa véritable définition ni ses applications. Deux médecins avaient déjà lu ce terme sur des courriers ou connaissaient son existence, mais aucun n'a pu nous donner une signification exacte du terme : « *Je l'ai déjà vu passer* »V1, « *J'ai déjà entendu ce mot* »V2.

Pour la majorité des médecins, c'est un terme flou qui a de multiples résonances. Cinq médecins (42%) pensent, au moins en partie, à un problème d'origine musculaire : « *Une contracture, quelque chose qui entraîne des douleurs* »V2, « *Ca doit être un déséquilibre musculaire qui fait qu'une vertèbre est mal positionnée par rapport à sa position de d'habitude, par rapport à une contracture* »V4, « *Contractures musculaires réflexes* »V8, « *peut-être une contracture musculaire* »V9, « *Je sais pas plutôt quelque chose de musculaire au niveau des muscles intervertébraux* »V12. Parmi eux, un médecin fait le lien entre DIM et les conséquences sur les compressions des racines nerveuses : « *Quelque chose qui entraîne des douleurs... Soit des intercostales, soit des névralgies.* »V2

Quatre médecins (33%) évoquent également une pathologie vertébrale, un déplacement « *Quelque chose qui a bougé... Qui n'est pas équilibré* »V1, « *un micro-déplacement de vertèbres* »V9, « *Micro-déplacements intervertébraux* »V10, ou un défaut d'axe « *une mauvaise axiation entre deux vertèbres* »V5.

Quatre médecins (33%) pensent que ce terme a un lien direct avec les lombalgies : « *Un genre de lumbago* »V3, « *Lombalgie ?* »V6, « *J'imagine que c'est des douleurs lombaires* »V11, « *Ou un lumbago* »V12.

Pour un médecin, il s'agit d'un terme qui ne « *veut rien dire* »V7.

Dans tous les cas, aucun médecin n'utilise ce concept dans sa pratique au cabinet.

Deux médecins ne voient pas dans le DIM un concept dangereux : « *Des choses qui n'entraînent pas de compression importante* »V2, « *Un truc qui a pas l'air trop grave...* »V12.

c. La formation en MMO

(1) Idéale

En dernier lieu, nous avons demandé aux médecins de l'étude s'ils pensaient qu'une formation à la MMO était nécessaire chez les médecins généralistes et le cas échéant quelle était pour eux la formation idéale à intégrer dans le cursus de médecine générale. Cette formation optimale était composée des critères suivants : le caractère obligatoire ou optionnel, le moment du cursus, les modalités et le type d'établissement.

Tous les médecins généralistes s'accordent et reconnaissent qu'une formation à la MMO peut être d'une grande utilité en cabinet.

(1).1. Obligatoire ou optionnelle

Pour trois médecins généralistes, il serait intéressant de rendre cette formation obligatoire : « *Oui je pense que ça pourrait être obligatoire* »V2, « *Je pense que ça serait bien que ça soit dans le cursus* »V6, « *Oui oui je pense que ce serait intéressant !* »V11.

Un des médecins estime que cela « *permet d'examiner les gens. On apprend à examiner les gens en les manipulant, en les regardant.* »V2.

Les deux autres médecins pensent que cela permettrait aux médecins généralistes de mieux faire face à la recrudescence des pathologies ostéo-articulaires communes en cabinet « *Je sais que j'en aurais besoin potentiellement parce que j'ai beaucoup de patients qui ont ce genre de pathologies* »V6, notamment les lombalgies : « *Je pense surtout au dos car c'est quand même le mal qu'on rencontre le plus souvent quoi* »V11.

Pour les neufs autres médecins généralistes, cette formation doit rester optionnelle : « *De façon optionnelle oui ça pourrait être intéressant* »V4, « *On pourrait nous en parler. Mais pas obligatoire !* »V9, « *Non peut-être pas le rendre obligatoire* »V12.

Pour eux, cette formation doit s'inscrire dans le bagage technique et scientifique du médecin

généraliste par choix. Cette discipline étant encore émergente, elle n'intéresse par définition pas tous les médecins : « *Il faut plutôt laisser le libre choix* »V10, « *l'ostéopathie comme tant d'autres de stratégies de soins un peu émergentes maintenant dont on parlait pas avant* »V7, « *Mais si t'es pas trop intéressé, le rendre nécessaire... Pour moi non !* »V5.

(1).2. Moment du cursus

En ce qui concerne le moment idéal dans le cursus pour faire ce DIU, six médecins interrogés estiment que cela doit être fait pendant l'internat, que ce soit au début « *Pendant l'internat* »V1 », « *Une fois qu'on a fait le stage niveau 1 au cabinet* »V4, « *A l'internat. Puisqu'il faut que ce soit adapté à la pratique de médecine générale* »V6, « *Plutôt vers l'internat* »V10 ou à la fin de celui-ci « *A la fin de l'internat quoi. Je dirais 2^{ème} et 3^{ème} année d'internat* »V7, « *Plutôt en fin d'internat* »V11.

Deux médecins estiment quant à eux que le moment le plus propice à la formation est pendant l'externat : « *Après l'anatomie (en 3^{ème} année de médecine)* »V2, « *Durant l'externat, dès le début pour être au courant de ce qui peut se faire* »V9.

Par ailleurs, deux médecins évoquent une formation qui devrait se faire « *Après le diplôme de médecine générale* »V8, « *En post-internat* »V12.

Enfin, un médecin n'accorde aucune importance sur la temporalité de la formation : « *A n'importe quel moment* »V3.

(1).3. Modalités

En ce qui concerne les modalités de la formation idéale, la très grande majorité des médecins estime qu'elle doit être un mélange de pratique et de théorique : « *Bah théorique et pratique évidemment, je vois pas comment on peut faire l'un sans l'autre* »V6, « *Il faut les deux théorique et pratique* »V8, « *Ca serait bien de faire un peu de cours théoriques et un peu de pratique* »V11, « *Les deux théorique et pratique* »V12.

Certains des médecins évoquent même des journées de sensibilisation à l'ostéopathie : « *Oui pourquoi pas une journée d'ostéopathie* »V1.

Deux médecins sur les douze interrogés prônent une formation à dominante pratique : « *Sous forme pratique surtout* »V2, « *Pour moi la médecine manuelle ostéopathique, par définition c'est forcément pratique* »V3. Les candidats peuvent ainsi s'exercer sur « *des étudiants volontaires ou avec des mannequins* »V4.

Un autre médecin loue quant à lui une formation avant tout théorique : « *Sous forme de modules avec des bases théoriques et puis des spécialisations en fonction de l'intérêt de chacun.* »V10. Ce même médecin aimerait une référence ostéopathique systématique dans les référentiels d'orthopédie/rhumatologie : « *Si déjà dans notre formation initiale dans les bouquins de rhumato ou d'orthopédie il y avait systématiquement un petite notion d'ostéopathie avec des indications qui pourraient être intéressantes* »V10.

A noter qu'un médecin a avancé l'idée qu'une formation médicale continue (FMC) pourrait être intéressante comme type d'enseignement en complément de la formation théorico-pratique : « *Une FMC serait intéressante chez les médecins généralistes [...] déjà installés* »V11.

(1).4. Types d'établissements

En ce qui concerne les établissements, cinq médecins interrogés estiment que la formation doit être enseignée à l'Université de Médecine : « *A la Faculté* »V1, « *A la Faculté* »V2. « *La Faculté classique* »V9, « *Certainement à la fac* »V12. Un des médecins estime que cela est nécessaire avant tout pour des raisons économiques : « *Qu'on ne soit pas obligé de se déplacer et d'aller très loin pour avoir une formation complémentaire* »V2.

Deux médecins interrogés pensent que la formation doit être dispensée à l'hôpital : « *En milieu hospitalier avec des personnes compétentes qui t'encadrent* »V8, « *En rééducation par exemple à l'hôpital ça serait pas mal* »V11.

Par ailleurs, un médecin revendique une formation hybride entre Faculté (théorie) et hôpital (pratique) : « *La Faculté pour les cours, et après les terrains de stage en service de rééducation (SSR par exemple).* »V6.

En outre, un médecin pense que le lieu de formation idéale se situe dans les cabinets de ville : « *Des cabinets qui auraient fait leur preuve de leur formation auprès des universités. Des cabinets de kiné, d'ostéopathe. En tout cas auprès de praticiens qui sont expérimentés quoi. Plutôt médecine de ville en l'occurrence* »V7.

Enfin, deux médecins n'ont pas d'avis sur la question : « J'en sais rien, j'ai pas d'idées là. »V3, « Je sais pas »V10.

(2) Les freins à la formation

Malgré l'engouement réel qui transparaît des entretiens par le biais de leurs descriptions sur la formation idéale en MMO, les médecins s'accordent tous sur l'existence de nombreux obstacles entraînant des réticences à s'inscrire au DIU. D'ailleurs, un seul médecin interrogé s'est dit réellement intéressé pour s'inscrire au DIU : « *Tout à fait, je serais intéressée* ». V2

Les autres médecins y voient de multiples freins...

(2).1. De nombreux manques

Pour la majorité des candidats, de nombreux manques entravent leur participation au DIU de MMOM.

Certains d'entre eux évoquent un manque de temps, avec un caractère très chronophage du DIU, difficile à réaliser quand l'internat est terminé : « *J'ai l'impression que c'est un cursus quand même long qui nécessite de beaucoup manipuler et pratiquer.* »V3, « *«Une fois que t'es installé, c'est pas évident, il faut avoir du temps à y consacrer.* »V8, « *Une fois qu'on est installé, trois ans c'est trop long.* » V11, « *Les trois ans de formation je m'en sens pas aujourd'hui capable* »V12. Un médecin évoque même ce manque de temps comme obstacle à la réalisation d'autres formations en parallèle : « *Ca veut dire que pendant trois ans du coup quasiment on peut faire que ça quoi. On peut pas faire d'autres DU* »V11.

Deux médecins évoquent des difficultés à s'absenter de leurs cabinets à cause de considérations économiques et de plannings professionnels très chargés : « *Quitter le cabinet ne serait-ce qu'un jour bah c'est l'enfer (rire)* »V10, « *Ca fait beaucoup d'heures à consacrer à ça pendant trois ans et du coup bah le cabinet il tourne...* »V11.

Pour d'autres, un manque d'attrait pour les pathologies ostéo-articulaires est un frein à la formation : « *ce n'est pas ma tasse de thé tout ce qui est ostéo-articulaire* »V1, « *moi c'est pas quelque chose qui me branche.* »V5, « *Mon plaisir c'est plutôt la gériatrie* »V7.

Enfin, le manque de motivation peut également être une raison de non candidature : « *J'aimerais bien connaître mais j'ai grave la flemme de me relancer (rires).* »V3

(2).2. Un côté trop scolaire

Certains médecins dénotent comme autre frein le côté scolaire de la formation « *A l'idée de devoir repotasser les cours d'anatomie euh...* »V3 et des épreuves qui l'accompagnent « *Je ne veux plus avoir à passer d'examens ou de mémoires* ».V4

(2).3 Une méconnaissance globale de la MMO et de ses concepts

Enfin, le dernier frein rapporté est une méconnaissance globale de la spécialité : « *J'y connais pas grande chose* »V9, « *Je tiens quand même à rappeler qu'à aucun moment dans notre formation de médecins on nous parle d'ostéopathie* »V10.

Cela se traduit dans les résultats puisque sur les douze médecins interrogés, aucun ne sait réellement en quoi consiste concrètement la MMO et ses concepts, malgré le fait que 83% des candidats (soit 10 médecins sur les 12) ont déjà entendu parler du DIU de MMOM.

Ces 10 médecins ont soit déjà lu l'appellation du DIU sur un listing « *Je l'ai déjà vu parce qu'en fait Je regarde régulièrement tous les listings des DU* »V7, « *J'ai déjà vu quelque part ce DIU* »V10, soit seulement entendu parler du DIU « *J'en avais déjà entendu parler* »V5, ou connaissaient le DIU par le biais de confrères possédant le diplôme « *Mon collègue l'a fait à Marseille* »V8, « *J'ai un copain qui l'a fait* »V11.

En outre, ce constat fait directement écho aux résultats donnés plus haut sur la méconnaissance du DIM et l'absence de son utilisation en cabinet.

V. ANALYSE ET DISCUSSION

1. Discussion sur l'étude

a. Un postulat de base : l'ostéopathie a bonne presse chez les médecins généralistes

En réalisant ce travail d'étude, nous voulions mettre en lumière un DIU en pleine expansion et pourtant encore largement méconnu de la part des médecins généralistes. L'ostéopathie, elle, est connue et globalement bien acceptée par les médecins depuis plusieurs années maintenant. Cet écho est confirmé par de nombreuses études sur l'ostéopathie en médecine générale :

- 79% des médecins généralistes orientaient volontiers leurs patients vers un ostéopathe d'après le travail de thèse du Dr Loiselet. (29)
- 75% des médecins généralistes adressaient leurs patients vers un ostéopathe d'après le travail de thèse du Dr Ferrarini. (30)
- 83% des médecins généralistes avaient recours à l'ostéopathie d'après la thèse du Dr Binson. (31)
- 83,2% des médecins généralistes conseillaient à leur patient de consulter un ostéopathe dans le cadre d'un travail de mémoire d'ostéopathie. (32)

Ces chiffres sont conformes aux résultats de notre étude puisque 83% des médecins interrogés envoient régulièrement leurs patients chez l'ostéopathe, qu'il soit médecin ou non. Ces résultats mettent en exergue que l'ostéopathie peut avoir une place en médecine mais elle peut également parfaitement s'intégrer dans le cursus médical, sans être vue comme une pratique concurrentielle. Elle est capable, au contraire, d'agir comme un complément utile quand l'antalgie médicamenteuse ne suffit plus.

D'un avis unanime, ils sont donc tous favorables à la pratique de l'ostéopathie en cabinet de médecine générale au moyen du DIU de MMOM. Il semblerait que les médecins interrogés n'y voient que des avantages pour le patient. Aucun médecin interrogé n'a exprimé de réticence sur la pratique de la MMO par des médecins généralistes.

Pourtant, les médecins interrogés connaissent finalement peu ce DIU ou du moins possédaient des connaissances très limitées sur ses applications en pratique. On peut donc

penser que certains médecins possèdent un avis positif sur le DIU parce qu'ils le réduisent à de simples manipulations, sans connaître l'ensemble de son arsenal thérapeutique, ce qui pourrait leur faire changer d'avis.

b. La MMO : de l'ostéopathie pratiquée par des médecins... Et remboursée

Un constat de base s'effectue à la lecture des verbatims : la MMO est pour eux une discipline médicale exercée par des docteurs en médecine qui pratiquent de l'ostéopathie. Le médecin dispose d'un véritable diplôme de médecine, reconnu officiellement par l'Ordre des médecins après avoir eu recours à un parcours universitaire dans une Faculté de médecine. Pour les médecins interrogés, c'était un véritable gage de qualité. Il en ressortait une plus grande sécurité pour le patient

D'une part, le médecin peut exercer une véritable expertise médicale sur son patient et s'assurer de l'absence de contre-indication à la pratique des techniques manuelles. D'autre part, il peut grâce à son bagage sémiologique éliminer des diagnostics différentiels qui retarderaient la bonne prise en charge du patient en lui prodiguant des soins inadaptés.

En outre, le médecin a également des possibilités de réaliser des prescriptions (médicaments, imageries, séances de kinésithérapie...). C'est donc un réel avantage pour compléter une prise en charge qui ne s'arrête donc pas qu'à de simples manipulations sur le corps. Si le médecin ostéopathe l'estime nécessaire, il prescrira des examens d'imagerie pour ne pas manipuler à tort un patient susceptible de posséder des contre-indications manipulatoires. A noter que la majorité des médecins ont également recours à des examens d'imagerie avant d'envoyer chez un confrère pratiquant l'ostéopathie.

La plupart des médecins généralistes de l'étude ont encensé le DIU de MMOM car il est intégré dans un cursus universitaire, par opposition aux diplômes d'ostéopathes exclusifs pour lesquels certains médecins dénoncent une formation mal conventionnée et parfois floue. D'ailleurs, un article paru dans le Quotidien du Médecin en mars 2013 signalait la présence croissante d'ostéopathes exclusifs dans des cabinets médicaux et des établissements de santé en précisant que l'ostéopathie n'est pas une spécialité médicale par opposition à la médecine manuelle ostéopathique qui est reconnue officiellement par l'Ordre des médecins. (33) Aucun médecin n'a évoqué le terme de « confrère » en parlant des ostéopathes exclusifs. On peut alors

légitimement se demander si ce n'est pas le côté purement « médical » qui rassure les candidats interrogés plutôt que la pratique manuelle ostéopathique en elle-même.

Enfin, des considérations économiques ont émergé des discours de certains médecins puisqu'ils voient en la médecine manuelle ostéopathique le moyen d'obtenir un acte remboursé par la Sécurité sociale au moyen de la cotation LHRP001. Cela permet d'élargir la pratique de l'ostéopathie au plus grand nombre en « offrant » l'accessibilité à certains patients qui en étaient auparavant exclus, faute de moyens suffisants. Nous insistons toutefois sur le fait que le médecin manuel ostéopathe ne peut avoir recours à cette cotation que dans le cadre d'une séance de médecine manuelle effectuée sur le rachis.

D'après l'Union pour la Recherche Clinique en Ostéopathie, on dénote qu'entre 2007 et 2016, les bénéfices moyens ont chuté de 3% chez les ostéopathes exclusifs malgré l'essor de la démographie professionnelle qui a été multipliée par 5. (34) La part croissante des consultations de MMO sur le territoire français peut potentiellement en partie expliquer cette chute des revenus, même si aucun chiffre à l'heure actuelle ne permet de l'étayer.

c. La MMO : une thérapie avant tout manuelle

Même s'ils conçoivent la médecine manuelle ostéopathique comme une spécialité complémentaire de l'activité du médecin, les médecins généralistes la résument avant tout à la réalisation de gestes manipulatifs sur l'appareil ostéo-articulaire.

Pour l'ensemble des médecins, il s'agit de manipulations avant tout vertébrales. Par ces manipulations, les médecins voient en la MMO une nouvelle façon d'examiner, plus précise, plus fiable et surtout plus efficace qu'un ostéopathe exclusif. Par le regard, le toucher, le médecin manuel ostéopathe peut ainsi poser un véritable diagnostic médical en s'appuyant sur les techniques manuelles ostéopathiques enseignées au DIU.

Ce contact avec le patient permet d'aboutir à des décoaptations, des déblocages. Il est ainsi logique que les médecins évoquent le terme vulgarisé de « replacer » une vertèbre, comme de nombreux patients et médecins l'expriment régulièrement en cabinet. Certains médecins pensent donc, à tort, qu'une vertèbre peut sortir de son axe physiologique et être remise en place par les mains expertes d'un médecin ostéopathe.

Rappelons qu'hormis dans certains cas particuliers, comme par exemple dans le cadre d'un

spondylolisthésis ou encore d'un gros traumatisme rachidien, une vertèbre ne peut pas se déplacer. Ce « mythe », pourtant entretenu depuis des années dans le jargon médical et paramédical, résulte uniquement d'une restriction de mobilité au sein des surfaces articulaires facettaires, sous l'action d'un ou plusieurs schémas de contraintes tissulaires, par le biais de tractions, tiraillements, spasmes, raccourcissements, etc. (35) A titre d'exemple, l'essence même d'une douleur liée à une lombalgie commune résulte d'une insuffisance musculaire, ligamentaire et tendineuse qui peuvent être liées, entre autres, à un manque d'activité physique, une forte sédentarité ou encore une mauvaise posture. (36)

Nous ne noterons qu'aucun des médecins n'a mentionné les Techniques non forcées (TNF), probablement parce qu'ils n'en avaient jamais entendu parler. Elles peuvent pourtant être très efficaces quand le patient ne peut être manipulé en cas d'hernie discale, de pathologie tumorale ou inflammatoire, d'ostéoporose évoluée avec tassements, etc.

Outre les techniques manipulatives, la MMO dispose d'un arsenal thérapeutique très riche à base de techniques dites « neuromusculaires », comme nous l'avons abordé plus haut dans cette thèse. Il existe par exemple les techniques de relaxation post-isométriques décrites par Mitchell, les techniques de l'inhibition réciproque ou encore les techniques de Jones qui reposent sur un raccourcissement optimal du muscle entraînant la levée de la souffrance musculaire. (18)(37) Sur les douze médecins interrogés, aucun n'a fait mention de ces techniques non manipulatives. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'elles sont peut-être moins exercées par les ostéopathes exclusifs, et par conséquent peu connues du grand public et des médecins généralistes.

Cela pourrait ainsi expliquer pourquoi les connaissances qu'ont ces médecins sur la MMO restent essentiellement cantonnées à une ostéopathie purement structurelle, faite de techniques manipulatives.

d. La MMO : de l'ostéopathie structurelle

Les médecins interrogés ont tous mis en avant la MMO comme s'intéressant principalement à l'ostéopathie structurelle, c'est-à-dire centrée sur le système musculosquelettique.

En premier lieu, les médecins s'accordent tous sur l'application directe de la MMO sur le rachis. En effet, la principale indication de cette discipline selon les candidats est le traitement des rachialgies, qui représentent 42,6% des motifs de consultation en cabinet d'ostéopathie. (38) Parmi les pathologies touchant la colonne vertébrale, la principale reste la lombalgie commune, un véritable enjeu de santé publique. En effet, selon le site de l'Assurance Maladie :

- 4 personnes sur 5 souffriront de lombalgie commune au cours de leur vie, et plus de 50% de la population française a eu au moins un épisode de mal de dos au cours de l'année 2020.
- La lombalgie figure au 2e rang des motifs de consultation quand elle aiguë (moins de 4 semaines) et au 8e rang quand elle est chronique (plus de 3 mois). (39)

En outre, un rapport de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) publié en mars 2017 atteste qu'un médecin généraliste français voit chaque année en moyenne 92 patients pour une lombalgie. (40) On comprend dès lors pourquoi les médecins voient en la MMO un atout indispensable pour le traitement de ces lombalgies, en permettant aux patients qui en souffrent d'éviter une potentielle sur-médication.

Néanmoins, 75 % des médecins de l'étude notifient également que la MMO peut agir sur les articulations périphériques. En effet, la MMO s'adresse à l'ensemble des articulations humaines et non simplement au rachis. Cette discipline prenant en compte l'individu dans son ensemble, permet de résoudre des désordres fonctionnels intéressant toutes les articulations périphériques parmi lesquelles on peut citer : la cheville, le complexe du médio tarse et tarso métatarsien, le genou, la hanche, l'épaule, le coude, le poignet, etc. (41)

Un seul médecin notifie que la MMO peut avoir des indications viscérales, mais sans argumenter son propos par manque de connaissances, cette partie de l'ostéopathie apparaissant comme confuse dans l'esprit du candidat.

e. La MMO : une stratégie naturelle comme barrière à la surmédication

Après l'engouement réel des médecins interrogés sur la MMO, il fallait connaître la façon dont ils assuraient l'antalgie de leurs patients sur les douleurs provoquées par des pathologies ostéo-articulaires communes.

De l'avis général, l'antalgie s'effectue avant tout par médication. Ainsi, de nombreux médecins n'hésitent pas à prescrire avant tout des antalgiques de palier 1 (Paracétamol) et des AINS en première intention. Ils étaient donc cohérents dans leurs habitudes de prescription, puisque dans son numéro 287 paru en septembre 2007, la revue prescrire mentionne le fait que le paracétamol est l'antalgique de référence dans les douleurs ostéo-articulaires. (42) Parfois, ils peuvent avoir recours à des paliers plus élevés comme des paliers 2, en cas de douleurs réfractaires ou de consultations répétées pour le même motif. Cette stratégie médicamenteuse est donc pour la majorité des médecins une approche de première intention dans le traitement des douleurs musculo-squelettiques.

Il serait d'ailleurs intéressant de connaître le pourcentage de consultations de médecine générale liées à des pathologies ostéo-articulaires communes qui aboutissent à la prescription d'antalgiques avant que les patients aient pu avoir recours à des pratiques ostéopathiques.

Cependant, les médecins semblent s'accorder sur le fait que la MMO peut être un rempart contre cette surconsommation de médicaments en cabinet de médecine générale. Ils y voient une solution plus naturelle, dans la mouvance des stratégies non médicamenteuses émergentes qui prétendent pouvoir soulager les maux des patients comme la naturopathie, l'homéopathie ou encore la phytothérapie.

Ces thérapies manuelles pourraient ainsi permettre de limiter les effets secondaires des médicaments et notamment des AINS dont on connaît depuis longtemps les effets indésirables : ulcères de l'estomac, diarrhées, hypertension artérielle, crise d'asthme, décompensation d'une infection sous-jacente, éruptions cutanées, vertiges, somnolence, etc. (43) On peut noter une vraie volonté chez les médecins de l'étude de vouloir proposer une alternative non médicamenteuse à leur patient dans une société où la moindre prescription médicamenteuse peut avoir des conséquences néfastes pour le patient.

A travers le sens même du mot « manuel », il était légitime que les médecins perçoivent dans ces manipulations des techniques pour soulager le patient de manière rapide, et indolore. L'action de la main sur le corps provoquerait ainsi un véritable effet libérateur à l'inverse des médicaments qui, non seulement peuvent mettre plus de temps à agir, mais sont parfois inefficaces pour soulager les plaintes somatiques.

f. L'ostéopathie et la MMO restent en grande majorité une solution de secours

Pour la grande majorité des médecins interrogés, l'ostéopathie, qu'elle soit médicale ou non, vient la plupart du temps en seconde voire troisième intention dans l'escalade thérapeutique.

Très peu des médecins interrogés envoient chez l'ostéopathe ou le médecin manuel ostéopathe en première intention en cas de douleurs liées à une pathologie ostéo-articulaire commune, après s'être au préalable assurés de l'absence de diagnostic différentiel. Les médecins ont en effet facilement recours aux examens d'imagerie quand le diagnostic n'est soit pas évident (élimination d'une cause symptomatique), ou quand la douleur se chronicise. Ils privilégient souvent des examens de précision comme les scanner ou IRM pour des zones précises comme le rachis en général. Les radiologies sont majoritairement destinées aux personnes âgées ou pour éliminer des fractures potentielles.

Bien entendu, les médecins tiennent à rappeler qu'il n'y a aucun consensus prédéfini et que l'examen d'imagerie est conditionné au préalable par la pathologie suspectée et l'articulation en question. Quand on sait que plus de 60 % des prescriptions d'imageries médicales proviennent des médecins traitants, véritables piliers de l'entrée du patient dans le parcours de soins, on constate donc qu'il est rassurant que les médecins généralistes protègent leurs patients avant de leur faire bénéficier de soins d'ostéopathie. (44)

Certaines des indications pour lesquelles les médecins généralistes orientent en première intention chez un ostéopathe (qu'il soit médecin ou non) sont, par exemple :

- Des douleurs musculo-squelettiques de topographie particulière : les douleurs aiguës à type de lumbago, les disjonctions chondrocostales, des douleurs pariétales...
- Une catégorie d'âge particulière : nourrisson, enfant, femmes dans le post-partum.

Pour le reste, les indications ostéopathiques restent des solutions de secours, de deuxième voire troisième intention, quand le kinésithérapeute ne peut soulager le patient, pour des douleurs chroniques récidivantes, ou quand les traitements médicamenteux n'assurent pas une antalgie suffisante.

Aucun chiffre ne permet de mettre en lumière le pourcentage de consultations de MMO réalisées par an ainsi que leurs places (première, deuxième voire troisième intention) dans la stratégie thérapeutique. Rappelons néanmoins que l'ostéopathe exclusif peut être consulté par les patients de leur propre initiative, sans orientation préalable de la part du médecin généraliste. Cet argument permet d'appuyer le fait que les médecins généralistes ne peuvent parfois les adresser qu'en seconde intention chez un médecin manuel ostéopathe, quand l'ostéopathe exclusif n'a pas réussi à les soulager.

g. Le médecin manuel ostéopathe : un professionnel de santé encore rare

De l'ensemble des entretiens, il ressort que peu de médecins généralistes connaissent des confrères titulaires du DIU de MMOM.

En effet, seulement trois médecins généralistes sur les douze interrogés (soit 25 %) connaissent et adressent leurs patients à un médecin titulaire du DIU de MMOM. Ce faible pourcentage met en lumière que peu de médecins possèdent le diplôme à l'échelle nationale. Il est ainsi légitime que la majorité des autres médecins adresse plutôt leurs patients vers des ostéopathes non-médecins, qu'ils soient ostéopathes exclusifs ou kinésithérapeutes-ostéopathes, par méconnaissance ou absence de confrère exerçant la médecine manuelle ostéopathique dans leur secteur.

La MMO est donc sous-représentée chez ces médecins mais beaucoup s'accordent sur le fait qu'ils auraient volontiers orienté vers un médecin ostéopathe s'ils en avaient eu la possibilité. Cette véritable confiance en leurs confrères est à notifier, même si les médecins qui n'orientaient pas leurs patients vers la MMO ont rappelé qu'ils sont pleinement satisfaits des ostéopathes avec lesquels ils travaillent en étroite collaboration.

h. Le DIM : un concept méconnu et non utilisé

Paroxysme du manque de connaissance de la MMO et de ses concepts chez les médecins généralistes, le dérangement intervertébral mineur, fondement essentiel de l'enseignement prodigué par Robert Maigne, est lui aussi peu connu et non utilisé en pratique par les médecins de l'étude : 83% des médecins de l'étude n'en avaient jamais entendu parler, et par conséquent ne savaient pas le définir. Ce résultat fait écho à un travail de recherche mené sur des internes de médecine générale en Midi-Pyrénées, où il ressort que 76 % des internes n'avaient jamais entendu cette notion. (45) En effet, cette notion reste non enseignée dans les collèges de rhumatologie, orthopédie ou encore de médecine physique et de réadaptation (MPR). On comprend donc la méconnaissance majoritaire du concept de DIM chez les internes en médecine générale. On peut légitimement penser que dans leur formation post-internat, les médecins ont pu rencontrer ce terme sur internet ou à la lecture de courriers et revues médicales, mais sans réellement comprendre ses significations.

Cette étude souhaitait montrer si les médecins généralistes connaissaient ce concept qui permet de mieux comprendre les douleurs communes mécaniques d'origine vertébrale. Rappelons que ce terme désigne une « dysfonction d'un segment vertébral, bénigne et réversible, de nature mécanique et réflexe, ayant tendance à être auto-entretenu ». (14) Il en ressort que ce concept n'a aucune application dans leur pratique, et que l'examen clinique des patients atteints de rachialgies se base uniquement sur l'élimination des diagnostics différentiels et sur une palpation vertébrale « classique ».

Il est intéressant de souligner qu'à travers ces résultats, on peut penser que le simple manque de connaissance du DIM chez les médecins généralistes (et le manque de bases sur la MMO en général) conduit les médecins généralistes à prescrire par moment des examens d'imagerie souvent néfastes et inutiles pour le patient. En effet, à travers les quatre composantes du DIM citées plus haut, le médecin généraliste pourrait reconnaître d'emblée les patients éligibles à un traitement ostéopathique, grâce à un examen clinique segmentaire rigoureux du rachis. (15) Ainsi, un « tri » pourrait être effectué sur la table d'examen afin d'orienter directement chez un médecin manuel ostéopathe ou le cas contraire aboutir à diverses prescriptions : médicamenteuses, séances de kinésithérapie, imageries, etc.

Par ailleurs, nous constatons que malgré le fait que 83% des médecins de l'étude connaissaient l'existence du DIU de MMOM, aucun d'entre eux ne connaissait les fondements de cette discipline et ses particularités, tant cliniques que thérapeutiques. En pleine voie d'expansion sur le territoire, la MMO semble ne pas avoir été forcément proposée à tous les candidats dans leur cursus, ce qui pourrait expliquer leurs lacunes sur les principes des thérapies manuelles. Il serait ainsi intéressant de les former à ces bases pratiques et théoriques pour accélérer la prise en charge d'un patient atteint d'une pathologie ostéo-articulaire commune. Dans une société où les rendez-vous médicaux sont toujours plus longs et fastidieux à obtenir, cela permettrait un gain de temps considérable à la fois pour le patient mais également pour le médecin.

Nous avons donc en dernier recours questionné les médecins de cette étude sur la nécessité d'une formation de base à la MMO en médecine générale et si une formation idéale se dessinait dans leur esprit.

i. La formation idéale n'existe pas

En dernier lieu, nous avons exploré si une formation idéale se dégageait chez les médecins généralistes en se basant sur leurs vécus et besoins en matière de MMO.

Comme nous nous en doutions, la formation idéale n'existe pas. Mais la majorité des médecins s'accordait néanmoins pour affirmer qu'une formation en médecine manuelle ostéopathe serait fort utile dans leur pratique du quotidien. En les aidant à améliorer leur examen clinique et à traiter les pathologies usuelles les plus fréquemment rencontrées en médecine générale, ce diplôme complémentaire aurait pour vocation de les aider à combattre des pathologies toujours plus pourvoyeuses de consommations médicamenteuses : lumbago, scapalgies, dorsalgies, épicondylites...

Même si très peu de médecins souhaitaient que la formation soit rendue obligatoire dans le cursus de médecine générale (seulement 25% des candidats), certains proposaient de réaliser un temps de sensibilisation lors de journées dédiées, pour que les médecins aient entendu parler au moins une fois de la MMO et de ses concepts. Cela permettrait d'éviter une méconnaissance

trop grande des principales notions de la MMO, le dérangement intervertébral mineur et le syndrome cellulo-téno-périosto-myalgique en tête de file.

D'autres études se sont intéressées aux besoins des médecins généralistes en matière de formation à l'ostéopathie : 79% d'entre eux pensent qu'une formation au sujet de l'ostéopathie serait utile dans la formation initiale des médecins généralistes (29) et même nécessaire pour 57% des médecins généralistes d'une autre étude. (46)

Ces résultats vont dans le sens de notre propre opinion concernant le besoin d'une formation à la MMO chez les médecins généralistes. En effet, 100% des candidats affirment qu'une formation aux thérapies manuelles serait utile chez les médecins généralistes. Souvent mal comprise, elle suscite pourtant beaucoup de curiosité chez la grande majorité des médecins interrogés.

A des antipodes de la pratique de l'ostéopathie par des ostéopathes exclusifs, entraînant parfois la défiance de certains médecins généralistes, la MMO, conventionnée et encadrée par des médecins, suscite une opinion favorable chez l'ensemble des médecins interrogés. L'ensemble des médecins sondés ne voient aucune réticence en la pratique de la MMO en cabinet de médecine générale, et ce même chez les médecins qui n'ont jamais recours à l'ostéopathie dans leur pratique.

En outre, un médecin semble même très intéressé pour rejoindre la formation après lui en avoir expliqué les tenants et aboutissants. Les autres médecins, bien que curieux de ce DIU, restent peu favorables à s'y inscrire, de par l'investissement personnel que cela représente au quotidien... Même s'ils ne prévoient pas de réaliser la formation, les autres candidats ont néanmoins montré un grand intérêt pour la MMO. La majorité des médecins ont reconnu l'utilité de ce diplôme, tant sur les possibilités d'applications au quotidien que dans la formation unanimement reconnue par leurs pairs. Nous ne nous attendions pas à recevoir des retours aussi favorables sur une pratique encore peu connue et non encore admissible dans les manuels de médecine.

2. Forces de l'étude qualitative

Afin de répondre à l'objectif principal de l'étude à propos de l'évaluation des connaissances des médecins généralistes sur la MMO, nous avons choisi d'utiliser la méthode qualitative puisqu'elle permet d'étudier des données non quantifiables.

Cette méthode nous a paru la plus pertinente pour analyser les ressentis, les opinions et la compréhension des comportements. De plus, elle permet d'avoir une vision globale sur un sujet en retranscrivant l'authenticité des propos rapportés mot à mot, sans modification préalable des données.

Ainsi, la réalisation d'un entretien individuel assure à chaque sujet la possibilité de pouvoir parler librement et de se livrer plus facilement, à la différence d'une réunion en « focus group » qui peut ne pas mettre le sujet en confiance et annihiler ses prises de parole et opinions. Les créneaux d'entretiens ont été choisis par chaque médecin, sur leur temps libre, pour qu'ils puissent avoir le temps de se confier sans contraintes horaires ni professionnelles. On obtient ainsi un climat calme, propice au dialogue, afin d'obtenir une réelle objectivité dans les opinions, sans jugement aucun de la part des interlocuteurs.

Les entretiens semi-dirigés permettaient seulement de relancer les sujets quand ils n'avaient pas d'idées supplémentaires à apporter mais ils les autorisaient aussi à puiser dans leurs idées en instaurant des moments de blancs, propices à la réflexion et au débat. Les questions ouvertes leur offraient en outre la liberté de livrer leurs éléments de réponse sans influence de la part de l'enquêteur. Cela permettait de ne pas biaiser leur vision de la MMO. L'ensemble des entretiens figurent en annexe de cette thèse sous forme de verbatims.

A la faveur des lectures répétées du corpus, il a été réalisé un arbre thématique qui regroupe les différentes idées abordées par les médecins sous forme de thèmes à l'intérieur desquels sont intégrés des sous-thèmes. De plus, l'étude a été réalisée par un seul enquêteur, ce qui a réduit le biais d'instrumentation.

Enfin, la saturation des données obtenue après la fin du douzième entretien permet d'appuyer la validation des résultats.

3. Limites de l'étude

Biais de recrutement

Les candidats à l'étude se sont fait recruter sur la base du volontariat. Certains ont été contactés par mails. Les autres étaient soit des anciens maîtres de stage, soit des confrères à eux. Il était raisonnable de penser qu'une réponse positive à l'étude de leur part sous-entendait un intérêt ou du moins une curiosité pour le sujet. Cela a pu interagir avec la neutralité de leurs propos.

Biais d'intervention lié à l'enquêteur

L'étude n'ayant qu'un seul enquêteur, il est possible que son attitude, ses manques ou excès d'interventions aient influencé les choix de réponses et la liberté d'expression des médecins sondés.

Biais de mémoire

Les médecins ont été questionnés sur leurs connaissances de la MMO. Comme dans toute enquête déclarative, il est plausible qu'ils aient pu omettre des éléments de réponse.

Biais d'investigation

Au cours de cette étude, la rédaction du guide d'entretien a pu être incomplète. En effet, des thèmes importants ont pu être oubliés dans les questions et auraient pu donner un résultat plus précis à l'étude. Par ailleurs, l'énoncé des questions a pu altérer la compréhension des médecins et influencer sur la qualité des données collectées.

Biais d'analyse

L'ensemble des étapes de l'analyse du corpus ont été réalisées par une seule et même personne. Ainsi, il y a pu avoir un risque que ses propres perceptions aient pu influencer l'analyse des résultats, mais non leur description. Pour remédier à ce potentiel biais, il aurait pu être pertinent d'utiliser la technique de triangulation qui consiste à employer des intervenants

indépendants et distincts dans les différentes étapes du travail d'analyse (entretiens, retranscriptions, codage).

VI. PERSPECTIVES

De nombreux articles scientifiques se sont intéressés depuis longtemps à la place de l'ostéopathie en médecine et sur ses bienfaits pour la santé. Cette alternative thérapeutique suscite depuis de nombreuses années un engouement par la population avec une croissance exponentielle du nombre de consultations réalisées sur les quinze dernières années. La majorité des travaux réalisés s'intéresse à l'opinion des patients ou des médecins sur l'ostéopathie ou ses applications. Néanmoins, cette discipline complémentaire suscite une curiosité et un questionnement de la part des instances médicales, qui tarde à la reconnaître comme une spécialité paramédicale à part entière.

En revanche, aucune étude n'avait réellement interrogé les médecins généralistes sur leurs connaissances de la MMO, cette discipline qui place l'ostéopathie sur la carte des disciplines médicales et qui peine encore à se faire un nom chez nos confrères généralistes. Evaluer leurs connaissances sur cette pratique médicale était un sujet intéressant pour comprendre ce qu'elle représente à leurs yeux mais également s'ils étaient eux-mêmes intéressés par cette formation.

Cependant, cette étude soulève de nombreuses questions et ouvre des perspectives nouvelles. Il serait intéressant d'interroger à nouveau ces mêmes médecins généralistes dans quelques années pour savoir si leurs connaissances ont évolué et si ce travail a suscité en eux l'envie de s'inscrire à la formation pour l'inclure dans leur pratique future.

De même, il serait intéressant d'étudier le nombre de consultations dédiées à la MMO qui sont réalisées chaque année sur le territoire français. En effet, même si de nombreuses données existent pour référencer les consultations d'ostéopathie, aucune ne permet de mettre en lumière le nombre de consultations médicales dédiées à la pratique de la médecine manuelle ostéopathique.

Enfin, il serait également intéressant d'observer si les modalités du DIU ont évolué dans quelques années pour permettre à un maximum de médecins généralistes de se former à la MMO. Quand on sait que le nombre d'années nécessaires à l'obtention du diplôme (3 ans pour rappel) est le principal frein à l'inscription au diplôme chez les médecins interrogés, une possible modification de la durée de formation pourrait permettre d'enrôler un nombre plus important de candidats.

VII. CONCLUSION

L'ostéopathie, depuis plus de quinze ans, semble de plus en plus attirer les patients toujours plus avides de consultations « alternatives » à la médecine traditionnelle dans la mouvance de l'émergence de solutions parallèles telles que l'acupuncture, la naturopathie, l'homéopathie, etc.

A travers notre parcours de médecine, nous ne sommes que très peu, voire pas du tout sensibilisés à la pratique de l'ostéopathie et de ses applications concrètes sur les patients en cabinet.

Pourtant, le DIU de Médecine Manuelle et Ostéopathie Médicale a permis de faire rentrer cette « alternative thérapeutique » comme partie prenante d'une consultation médicale à travers des diagnostics et des traitements manuels adaptés à chaque patient pour répondre à des dysfonctions bénignes de l'appareil locomoteur. Étant donné la multiplicité des motifs de consultations en cabinet de médecine générale pour souffrance du système musculo-squelettique, il semblait intéressant d'évaluer les connaissances qu'ont les médecins généralistes sur cette pratique manuelle qui s'installe pas à pas dans le paysage médical.

Ce travail de thèse n'avait pas pour vocation de faire un éloge de la MMO ni de la présenter comme une solution miracle aux douleurs des patients. Son but était seulement d'échanger avec des médecins généralistes non titulaires du DIU de MMOM sur leur connaissance à propos de cette discipline et la place qu'ils donnent à l'ostéopathie (qu'elle soit médicale ou non) dans leur algorithme décisionnel de traitement d'une douleur liée à une pathologie musculo-squelettique commune rachidienne ou périphérique. De plus, nous souhaitons savoir ce qu'ils pensaient de la formation sur ce diplôme complémentaire et quelle

était pour eux la formation idéale la plus à même de s'intégrer dans le cursus médical « traditionnel » du médecin généraliste.

Comme nous le témoigne ce travail, l'ensemble des médecins a une opinion favorable à la pratique de l'ostéopathie par des confrères médecins manuels ostéopathes. Ils reconnaissent tous la qualité de la formation universitaire et l'utilité de ce DIU dans la prise en charge des pathologies communes de l'appareil locomoteur les plus fréquemment rencontrées en médecine générale, la lombalgie en tête de file. Le médecin manuel ostéopathe possède selon eux un bagage technique et des connaissances médicales lui permettant d'assurer une plus grande sécurité dans la prise en charge des patients, par rapport à un ostéopathe exclusif. En revanche, ils possèdent une connaissance globalement très limitée sur cette discipline, en la limitant à de l'ostéopathie structurale exercée par des médecins via des manipulations sur le rachis essentiellement, mais aussi sur les articulations périphériques.

Bien qu'aucun médecin n'ait pu émettre de réticence sur la pratique de la MMO en médecine générale, très peu voient en cette discipline une solution de premier recours dans le diagnostic et le traitement des pathologies communes de l'appareil locomoteur. En plaçant en grande majorité le recours à l'ostéopathie ou la médecine manuelle ostéopathique médicale en deuxième voire troisième intention dans la prise en charge thérapeutique, il ressort que les médecins n'ont pas encore d'emblée le réflexe « MMO » dans leur démarche diagnostique et thérapeutique. Cette formation complémentaire doit encore s'aguerrir pour rayonner davantage chez l'ensemble des médecins généralistes.

Par ailleurs, la formation idéale n'existant pas chez ces médecins, il semble néanmoins qu'un parcours universitaire théorico-pratique à démarrer pendant l'internat, sur la base du volontariat, puisse être la meilleure solution dans l'esprit des candidats interrogés.

En conclusion, ces entretiens ont été extrêmement enrichissants. A travers leurs connaissances et leurs expériences de la médecine générale et de la MMO, nous nous sommes rendu compte que cette discipline médicale avait un avenir radieux devant elle du fait de l'explosion des motifs de consultations étiquetés « ostéopathiques » en cabinet, en particulier pour les lombalgies communes. Nous avons été confortés dans le fait que les médecins manuels ostéopathes ont fait le bon choix car l'opinion unanimement positive des protagonistes sur cette pratique manuelle fait prendre conscience que la médecine évolue, de même que ses concepts.

En sensibilisant les étudiants en médecine au plus tôt à l'existence de ce diplôme, on pourrait sans doute permettre à un plus grand nombre de médecins de s'y inscrire afin qu'ils puissent diminuer leurs prescriptions médicamenteuses et d'imageries parfois abusives et toujours plus délétères pour les patients...

A des antipodes des réticences des patients sur les « craquements » et la vision parfois décriée que peut avoir l'ostéopathie dans l'imaginaire des personnes, nous citerons pour conclure cette phrase du docteur Andrew Taylor Still (47) :

« L'ostéopathie est une science, un art, une philosophie ».

VIII. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Mahieu J-L. La MMO. Syndicat des Médecine Manuelle Ostéopathie de France. [En ligne]. [Cité le 11 août 2021]. Disponible : <http://www.smmof.fr/index.php/presentation-128.html>
- (2) Voltz C. Représentations du médecin généraliste sur l'ostéopathie. Enquête qualitative. [Thèse en ligne]. Montpellier : Université de Montpellier, UFR de médecine. Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes ; 7 mai 2015. [Cité le 11 août 2021]. Disponible : <https://ged.biu-montpellier.fr/lorabium/jsp/nomem.jsp?NOMEM=2015MONT1040>
- (3) Genuyt B. Apport de la médecine manuelle ostéopathique dans la prise en charge des pathologies ostéo-articulaires en médecine générale [Thèse en ligne]. Rennes : Université de Rennes ; 15 juin 2017 [Cité le 11 août 2021]. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01584087/document>
- (4) Mingam S. La médecine manuelle et osteopathie en France: enquête sur les opinions, les pratiques, les connaissances et les interactions entre les différents intervenants. [Thèse en ligne]. Paris: Faculté Cochin, Broussais, Hôtel dieu, 2010. [Cité le 12 août 2021].
- (5) Poupardin C. Le recours des médecins généralistes à la médecine manuelle-ostéopathie. État des lieux dans les départements de l'Eure et Seine-Maritime. [Thèse en ligne]. Rouen : Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 14 septembre 2017 [Cité le 13 août 2021] Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-se-01609125/document>
- (6) Tan SY, Zia JK. Andrew Taylor Still (1828-1917): founder of osteopathic medicine. Singapore Med J. 2007 Nov;48(11):975-6. PMID: 17975684
- (7) Bonneau D. Introduction. Dans : Bonneau D. Thérapeutique manuelle. Dunod; 2017. p. 14-31.
- (8) Etudes démographiques. La démographie des ostéopathes en France. [En ligne]. [Cité le 13 août 2021]. Disponible : <https://www.osteopathie.org/demographie.html>
- (9) Annuaire des membres. Site de la SOFMMOO. [en ligne]. [Cité le 13 août 2021]. Disponible : <https://www.sofmmoo.org/annuaires/liste-sofmmoo.pdf>
- (10) Actualités du ROF. Mise à jour démographie interactive. [En ligne]. [Cité le 13 août 2021]. Disponible : <https://www.osteopathie.org/486-mise-a-jour-demographie-interactive.html>
- (11) Union pour la recherche clinique en ostéopathie [En ligne]. [cité le 13 août 2021]. Disponible : <http://www.osteopathie-recherche.fr/index.php/notre-objectif/un-paradoxe-qui-merite-notre-attention>
- (12) Sahut M. Place et besoins de la médecine manuelle Ostéopathie dans la pratique des médecins généralistes du Service de Santé des Armées . [Thèse en ligne]. Paris : Université Paris

Descartes. Faculté de médecine Paris Descartes ; 24 avril 2015. [Cité le 12 août 2021]. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01205454/document>

(13) Fouques N., Cypel N., Teisseire N. Recommandations concernant l'enseignement de base et la sécurité. [En ligne]. [Cité le 11 août 2021]. Disponible : <https://www.sofmmoo.org/documents/recommandationsfimm.pdf>

(14) Maigne R. Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne, Une nouvelle approche. Paris : Expansion Scientifique Française, 1989.- 516 p [Cité le 14 septembre 2021]

(15) Particularités de l'examen clinique du rachis lombaire en MMO. Dans : Agouzinera R, rédacteur. Nîmes : Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes

(16) Maigne R. Un syndrome nouveau et fréquent : le syndrome D12-L1. [En ligne]. [Cité le 21 août 2021]. Disponible : https://www.sofmmoo.org/sd_tl_rm.htm

(17) Syndrome de la jonction thoraco-lombaire. Dans : Lecacheux Jean, rédacteur. Nîmes : Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes

(18) Généralités. Modèle d'informations éclairées aux patients. Document remis aux patients. Dans : Dumay O, rédacteur [En Ligne]. Nîmes : Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes, DIU de médecine manuelle ostéopathie 2020-2021; 2020 [cité le 11 août 2021]. Disponible : https://moodle.umontpellier.fr/pluginfile.php/1264141/mod_resource/content/0/modele%20in%20formation%20clair%20C3%A9%20Patient.docx.pdf

(19) Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale. Diplôme inter-universitaire [En ligne]. [cité 13 août 2021]. Disponible : <https://du-diu-facmedecine.umontpellier.fr/diplome-medecine-manuelle-osteopathie-medicale-169>

(20) Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. [En ligne]. [Cité le 13 août 2021]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>

(21) Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie. [En ligne]. [Cité le 13 août 2021]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000462001/>

(22) CCAM en ligne. [En ligne]. [Cité le 25 Août 2021]. Disponible : <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abregee.php?code=LHRP001>

(23) Groupe d'Etude et d'Enseignement de l'Ostéopathie Médicale de Bretagne et Pays de la Loire. Site de GEOMBPL. [En ligne]. [Cité le 13 août 2021]. Disponible : <http://www.gemobpl.com/MMO-DIU-IU.php>

- (24) Le Monde. Trop d'écoles, trop de professionnels, l'ostéopathie fait figure d'exception française. [En ligne]. [Cité le 13 août 2021]. Disponible : https://www.lemonde.fr/sante/article/2013/10/11/trop-d-ecoles-trop-de-professionnels-l-osteopathie-fait-figure-d-exception-francaise_3492520_1651302.html
- (25) Syndicat Français des Ostéopathes. Liste des établissements non agréés. Publié le 10.07.15. [En ligne]. [Cité le 24 août 2021]. Disponible : <https://www.osteopathe-syndicat.fr/la-liste-des-etablissements-non-agrees>
- (26) Ministère des solidarités et de la santé. Ostéopathie : le point sur la formation. [En ligne]. [Cité le 19 mai 2022]. Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/osteopathie-le-point-sur-la-formation>
- (27) Mucchielli A. et Paillé P. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Edition Armand Colin;2016
- (28) Duchesne de lamotte P. Médecine Manuelle. Principes. [En ligne]. [Cité le 25 août 2021]. Disponible : <https://docteurduchesnedelamottepierre.fr/medecine-manuelle/>
- (29) Loiselet P. Etude de la perception des patients et des médecins libéraux concernant l'ostéopathie en Basse Normandie [Thèse en ligne]. Caen : Université de Caen-Normandie; 11 Décembre 2019 [Cité le 8 septembre 2021]. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02500797/document>
- (30) Ferrarini Jules. Ostéopathie en médecine générale : Connaissances et pratiques dans la prise en charge des pathologies ostéo-articulaires par les médecins généralistes dans la région PACA [Thèse en ligne]. Marseille : Faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille ; 3 décembre 2021 [Cité le 19 mai 2022]. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03475064/document>
- (31) Binson R. Les freins à la prescription de l'ostéopathie en médecine générale [Thèse en ligne]. Poitiers : Université de Poitiers, Faculté de Médecine et Pharmacie ; 1 Décembre 2014 [Cité le 8 septembre 2021]. Disponible : <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/cd863951-f30b-4871-97ca-7ffbfb2e3c15>
- (32) Touzard V. Les médecins généralistes et l'ostéopathie en France : que savent-ils? Qu'en pensent-ils ? Font-ils confiance ? 103 p. Mémoire ostéopathie. 2007
- (33) Gattuso C. « Cher confrère » ... les médecins dénoncent la confusion des genres des ostéopathes exclusifs. Publié le 25/02/2013. [En ligne]. [Cité le 8 septembre 2021]. Disponible : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/cher-confrere-les-medecins-denoncent-la-confusion-des-genres-des-osteopathes-exclusifs>

- (34) Etude statistique du métier d'ostéopathe en 2018. Publié le 5 avril 2018. [En ligne]. [Cité le 8 septembre 2021]. Disponible : <http://www.lejournal.osteopathie-recherche.fr/index.php/statistiques-sondages/emost-2018-etude-du-metier-d-osteopathe-en-2018>
- (35) Briquet C. Le mythe de la vertèbre déplacée. [En ligne]. [Cité le 8 septembre 2021]. Disponible : <https://www.christophe-briquet-ostéopathe.fr>
- (36) Lombalgie ou mal de dos, de quoi parle-t-on ? Publié le 25 Août 2021. [En ligne]. [Cité le 8 Septembre 2021]. Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/lombalgie-aigue/comprendre-lombalgie>
- (37) Berlinson G. Techniques non manipulatives de la charnière crânio-rachidienne. [En ligne]. [Cité le 8 septembre 2021]. Disponible : https://www.sofmmoo.org/berlinson_non_mv.htm
- (38) Dubois T. Etude des motifs de consultation en ostéopathie. [En ligne]. [Cité le 8 septembre 2021]. Disponible : <https://www.afosteo.org/wp-content/uploads/2015/08/Etude-MOST.pdf>
- (39) La lombalgie : Un enjeu de santé publique. Publié le 29 décembre 2020. [En ligne]. [Cité le 8 septembre 2021]. Disponible : <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/pathologies/lombalgies/enjeu-sante-publique>
- (40) La SFMG. Lombalgie commune en soins premiers. Publié en mars 2017. [En ligne]. [Cité le 8 Septembre 2021]. Disponible : http://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_fiche/1366/fichier_lombalgie_commune_en_soins_premiers_cnamtse1dca.pdf
- (41) Dupeyron A., Bonneau D., Dumay O., Agouzinera R., Catalan F., Chevalier V., Denais L., Duivon J-P, Fievet D., Jacques E., Lecacheux J., Malafosse P., Marthan J., Rey R., Salanon L., Soulier J-M. Vaucher M. Thérapeutiques manuelles Techniques articulaires périphérique Du Membre pelvien. Document pédagogique-Médecine manuelle ostéopathie médicale-Université de Médecine de Nîmes. [Cité le 9 septembre 2021]
- (42) Aucune douleur ne justifie un coxib. La revue Prescrire. Septembre 2007; Tome 27, numéro 287:645
- (43) Bien utiliser les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Publié le 29 janvier 2021. [En ligne]. [Cité le 9 septembre 2021]. Disponible : <https://www.ameli.fr/gard/assure/sante/medicaments/utiliser-medicaments/utiliser-anti-inflammatoires>
- (44) David G. Prescriptions par les médecins généralistes auprès d'un centre d'imagerie libéral Analyse de la conformité rédactionnelle et confrontation aux bonnes pratiques. [Thèse en ligne].

Angers : Université d'Angers, Faculté de Santé ; 28 janvier 2020 [Cité le 10 septembre 2021].
Disponible : <https://dune.univangers.fr/fichiers/20061415/2020MCEM11669/fichier/11669F.pdf>

(45) Mignon Le Vaillant C. Ostéopathie et Lombalgie aiguë commune : Connaissances et intérêt des internes de médecine générale en Midi-Pyrénées. [Thèse en ligne]. Toulouse : Université Toulouse III – Paul Sabatier, Facultés de médecine ; 14 avril 2016 [Cité le 14 septembre 2021].
Disponible : thesesante.ups-tlse.fr/1242/1/2016TOU31029.pdf

(46) Mortelecque B. Ressenti des médecins généralistes de France sur la nécessité d'acquérir des compétences diagnostiques ostéopathiques pour une bonne pratique de la médecine générale. [thèse en ligne]. 19 mai 2016. Lille : Université Lille 2 Droit et Santé, Faculté de médecine Henri Warenbourg ; 19 mai 2016. [Cité le 14 septembre 2021]. Disponible : https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2016/2016LIL2M111.pdf

(47) Petitcolin H. Citations d'Andrew T. STILL, fondateur de l'ostéopathie. [En ligne]. [Cité le 19 mai 2022]. Disponible : <http://osteo-chatelet.blogspot.com/2014/03/citations-dandrew-t-still-fondateur-de.html>

IX. ANNEXES

1. Tableaux récapitulatifs

Tableau 1.

Connaissances de la MMO chez les médecins généralistes		
Une discipline aux multiples concepts	<p>Agir sur les troubles du corps</p>	<p>« Les crânio-encéphaliques, le rachis, les membres, les articulations, les muscles... » V2</p> <p>« Tout ce qui est problème essentiellement articulaire, rachis ou articulations périphériques »V8</p> <p>« Manipulation pour soulager le dos [...], Cervicales, tout ce qui est lié au rachis »V9</p> <p>« Ostéopathie au niveau des os du crâne, [...] Manipulations abdominales ou des pieds... »V10</p>
	<p>...Par des manipulations</p>	<p>« Exercer au niveau manuel sur le corps des mouvements [...] Des manipulations [...] Ce sont des mouvements qui permettent de décoapter les articulations. Ils sont très lents, très doux. »V2</p> <p>« Une façon de palper qui est un peu différente et plus précise »V4</p> <p>« Manipulations des os [...] Replacer des petites choses qui se sont déplacées que ce soit sur des faux mouvements, des traumatismes [...] Débloquent un dos. »V10</p> <p>« Manipuler les gens quand ils ont des douleurs »V11</p> <p>« Faire un travail avec ses mains sur le corps du patient »V12</p>
	<p>Une stratégie non médicamenteuse...</p>	<p>« une solution différente d'une prescription d'anti-inflammatoires et d'antalgiques »V3</p> <p>« Stratégie non médicamenteuse [...] Moins intrusif, moins d'effets secondaires[...] Presque naturel »V7</p> <p>« Des approches un peu plus comme l'acupuncture. »V10</p> <p>« Approche manuelle »V12</p>
	<p>Soulager les douleurs</p>	<p>« Thérapeutique manuelle qui essaie de prendre en charge les syndromes douloureux dans leur ensemble »V3</p> <p>« Ça permet de soulager les douleurs articulaires »V5</p> <p>« Soulager le patient rapidement »V6</p>

<p align="center">Une discipline exercée avant tout par des médecins</p>	<p>Une expertise médicale ...</p> <p>... Remboursée par la Sécurité Sociale</p>	<p>« Le médecin peut faire un diagnostic, un diagnostic différentiel [...] Ca serait pour m'en servir dans ma pratique de tous les jours aussi bien au niveau du diagnostic (je pense que j'examinerais les gens de façon très très différente car je reverrais mon anatomie)»V2</p> <p>« Examiner les gens.»V4</p> <p>« Un avis médical »V10</p> <p>« Ca peut permettre d'avoir la consultation prise en charge par la sécurité sociale »V3</p> <p>« Si un patient n'avait pas les moyens, je l'enverrais plutôt vers le médecin ostéopathe » V11</p>
	<p>Une possibilité de prescription</p>	<p>« Je prescris de la kiné ou des examens en fonction de l'évaluation que j'ai fait du patient.»V4</p> <p>« Traitements médicamenteux (antalgiques), éventuellement anti-inflammatoires »</p> <p>« Puisse faire des prescriptions »V6</p> <p>« Le médecin a aussi la possibilité de faire une ordonnance »v10</p>
	<p>Une plus grande sécurité pour le patient</p>	<p>« Le diplôme (rire)... Les connaissances médicales qui vont avec... »V1</p> <p>« Il y a quand même un parcours universitaire et une connaissance de base qui me semble plus approfondie »V7</p> <p>« Je serais plus rassurée d'envoyer vers un médecin ostéopathe parce qu'il aura fait des études de médecine et qu'il connaît très bien l'anatomie [...] Officiellement ce n'est pas reconnue l'ostéopathie »V9</p> <p>« Un médecin avec du coup des connaissances de médecine traditionnelle qui vont s'ajouter à des compétences de manipulations [...] Le fait qu'il ait la compétence médicale en plus ça assure une certaine sécurité et une certaine rigueur scientifique. »V10</p> <p>« Une sécurité en plus au niveau anatomie et au niveau prise en charge des patients. »V11</p>
<p align="center">Une discipline complémentaire</p>	<p>Écho favorable chez les médecins généralistes</p>	<p>« Je pense vraiment que c'est un plus ! J'y suis favorable. »V1</p> <p>« J'en pense que du bien. »V2</p> <p>« C'est le médecin qui est-lui-même le traitement du patient »V4</p> <p>« Une bonne chose »V6</p> <p>« Je suis totalement favorable. »V10</p>

Une discipline complémentaire	Écho favorable chez les médecins généralistes	<i>« En quelques séances, un médecin ostéopathe peut régler les problèmes qu'on met parfois longtemps à régler »V11</i>	
	Un supplément utile en cabinet	<u>Fréquence élevée des consultations ostéo-articulaires</u>	<p><i>« La moitié de nos consultations c'est pour des douleurs articulaires, des lombalgies » V4</i></p> <p><i>« Accès sur les pathologies les plus fréquentes rencontrées en médecine générale c'est-à-dire le lumbago, la tendinopathie de la coiffe des rotateurs et puis arthrose, gonalgie. »V6</i></p> <p><i>« Le lumbago c'est, dans tout ce qui est consultation de médecine générale, les problèmes rachidiens, c'est quand même une importante cause de consultation en médecine générale»V8</i></p>
		<u>Limiter les médicaments</u>	<p><i>« Ca serait moins frustrant que de juste prescrire [...] des AINS à chaque douleur »V3</i></p> <p><i>« Ca permettrait potentiellement de limiter les prescriptions d'anti-inflammatoires, d'antalgiques et de médicaments »V6</i></p> <p><i>« Je me dis oui ça peut être très bien puisque ça permettrait de prendre moins de médicaments et peut-</i></p>

Une discipline complémentaire	Un supplément utile en cabinet	<u>Limiter les médicaments</u>	être de limiter l'impact délétère »V9
		<u>Apprendre à examiner les patients</u>	« On apprend à examiner les gens en les manipulant, en les regardant. »V2 « Ca peut aider aussi à examiner les gens »V4

Tableau 2.

<u>Application en pratique sur les pathologies ostéo-articulaires communes en cabinet de médecine générale</u>			
En dehors de l'ostéopathie	Médicaments	<u>Paracétamol (Palier 1)</u>	« Que du doliprane »V2 « Paracétamol, palier 1 »V6 « En première intention je mets du palier 1, du paracétamol »V12
		<u>Palier 2</u>	« Ca peut arriver que je mette palier 2 »V6 « Palier 2 »V8
		<u>AINS</u>	« AINS assez souvent »V1 « Eventuellement anti-inflammatoires »V5 « Je leur mets un peu d'anti-inflammatoires pour soulager »V10
		<u>Myorelaxants</u>	« Éventuellement myorelaxants »V5
	Conseils	« Je donne des conseils de bon sens (pas de port de charges lourdes, éviter de rester immobile au lit mais plutôt de faire un maximum d'activités tolérables). Parfois si je vois qu'ils sont réactifs, je leur fais télécharger activ'dos de l'assurance maladie pour qu'ils aient des exercices pour s'auto-étirer. »V3 « Et après c'est recommander l'activité physique »V5 « La prise en charge c'est des antalgiques et des conseils de marche surtout »V11	

En dehors de l'ostéopathie	Imagerie	<u>Radiographie</u>	« Je fais radio surtout »V9 « Si c'est une personne âgée [...], on va plus aller assez rapidement sur des radios »V11
		<u>IRM</u>	« Si la douleur persiste on va dire au-delà de trois semaines/un mois, un examen de précision (IRM/TDM) »V7 « Chez le jeune après l'examen, souvent je prescris pas de radio en systématique, plutôt dans un second temps je vais à l'IRM »V11
		<u>Echographie</u>	« Parfois échographie aussi si j'ai l'impression qu'il y a une tendinite à l'examen clinique »V9
	Kinésithérapie	« Je vais faire de la rééducation en première intention. J'envoie chez un kiné [...] voir un kiné pour qu'il leur montre les mouvements »V2 « Parfois , du kiné en première intention. »V5 « Antalgie simple (doliprane et anti-inflammatoires en général) et kiné »V9 « Je vais envoyer chez le kiné directement »V10 « En seconde intention le kiné »V11 « Je laisse un peu de temps et puis si ça passe pas kiné »V12	
Ostéopathie	Ostéopathe non-médecin	« Je ne connais que des ostéopathes qui ne sont pas médecins autour de moi »V2 « Il y a un ostéopathe non-médecin qui s'est installé »V3 « J'adresse chez les kiné-ostéopathes »V4 « J'oriente vers un ostéo en particulier parce que je le connais »V6 « J'envoie chez un ostéo pur car je n'ai pas d'ostéo médecin ou en tout cas je n'en connais pas »V10 « On a quand même des ostéopathes sur le secteur qui sont pas médecins »V11 « Je ne connais pas de médecin ostéopathe donc c'est plutôt ostéo. »V12	

Ostéopathie	Médecin manuel ostéopathe	<p>« Je connais un très bon médecin pratiquant la MMO [...] J'oriente tous mes patients vers lui, j'ai confiance en lui. »V1</p> <p>« Plutôt un médecin ostéopathe mais c'est pas le réseau. C'est parce que je connais un médecin qui est ostéopathe. »V5</p> <p>« J'adresse à un médecin ostéopathe »V7</p>
Indications à l'ostéopathie	Rarement en 1 ^{ère} intention	<p>« Une personne qui va pas vouloir prendre de médicaments ou qui va pas être observante sur les traitements et qui va être plutôt dans une approche physique : à ce moment-là je vais orienter rapidement, dès la première consultation. »V5</p> <p>« Les enfants je le fais souvent, les femmes enceintes en post partum »V6</p> <p>« Par exemple chez le nourrisson des coliques du nourrisson [...] Ce que j'envoie assez facilement chez l'ostéo c'est toutes les disjonctions chondro-costales, les petites douleurs pariétales qui sont très très chiantes où les patients se plaignent beaucoup. »V10</p> <p>« Parfois ça m'arrive en première intention sur des lombalgies »V12</p>
	Souvent en 2 ^{ème} /3 ^{ème} intention	<p>« L'ostéopathie je ne la fais pas venir très loin derrière »V1</p> <p>« Pour l'instant l'ostéopathie est une deuxième intention pour moi »V2</p> <p>« En deuxième intention quand les traitements sont peu efficaces ou pas aussi efficaces qu'on ne le voudrait »v5</p> <p>« Si il y a quelque chose qui persiste au-delà d'un mois [...] t'as un diagnostic qui est posé, pour le médecin qui manipule en l'occurrence. »V7</p> <p>« Après les patients qui vont revenir une deuxième voire une troisième fois pour un lumbago en effet en général je parle d'ostéopathie »V10</p> <p>« En deux voire troisième intention après les antalgiques et le kiné. C'est un peu quand je suis coincé... C'est après le kiné. »V11</p>
	Parfois jamais	<p>« Après souvent les patients font la démarche d'eux-mêmes donc moi j'ai rien contre, je les encourage. Donc j'oriente pas spécialement. »V8</p> <p>« Jusqu'à présent j'ai jamais orienté vers un ostéopathe »V9</p> <p>« Après l'ostéo ça se résume plus à moi à tout ce qui est axial, la colonne, que les articulations périphériques. Peut-être parce que tout ce qui est articulations périphériques, je vois moins des éléments de déplacement »V10</p>

Tableau 3.

La formation idéale en MMO		
Caractéristiques	Optionnelle	« Un cours optionnel »V4 « Non peut-être pas le rendre obligatoire »V12
	Obligatoire	« Oui je pense que ça pourrait être obligatoire »V2 « Je pense que ça serait bien que ça soit dans le cursus » V6 « Oui oui je pense que ce serait intéressant ! »V11
Moment du cursus	Externat	« Après l'anatomie (3 ^{ème} année de médecine). »V2 « Durant l'externat, dès le début pour être au courant de ce qui peut se faire » V9
	Internat	« Pendant l'internat » V1 « Pendant l'internat. Une fois qu'on a fait le stage niveau 1 au cabinet »V4 « A l'internat. Puisqu'il faut que ce soit adapté à la pratique de médecine générale »V6 « A la fin de l'internat quoi. Je dirais 2 ^{ème} et 3 ^{ème} année d'internat »V7 « Plutôt vers l'internat. »V10 « Plutôt en fin d'internat »V11
	Post-internat	« Après le diplôme de médecine générale »V8 « En post-internat »V12
	Peu importe	« A n'importe quel moment »V3
Modalités de formation	Pratique	« Sous forme pratique surtout »V2
	Théorique	« Sous forme de modules avec des bases théoriques et puis des spécialisations en fonction de l'intérêt de chacun. »V10
	Pratique + Théorique	« Bah théorique et pratique évidemment, je vois pas comment on peut faire l'un sans l'autre »V6 « Il faut les deux théorique et pratique »V8 « Ca serait bien de faire un peu de cours théoriques et un peu de pratique »V11 « Les deux théorique et pratique » V12
	FMC	« Une FMC serait intéressante chez les médecins généralistes et kiné déjà installés »V11
Établissements	Faculté de médecine	« A la Faculté » V1 « A la Faculté »V2 « La Faculté classique »V9 « Certainement à la fac »V12
	Hôpital	« En milieu hospitalier avec des personnes compétentes qui t'encadrent »V8 « En rééducation par exemple à l'hôpital ça serait pas mal »V11

Établissements	Hôpital + Faculté	« La Faculté pour les cours, et après les terrains de stage en service de rééducation (SSR par exemple). »V6
	Cabinets de ville	« Des cabinets qui auraient fait leur preuve de leur formation auprès des universités. Des cabinets de kiné, d'ostéopathe. En tout cas auprès de praticiens qui sont expérimentés quoi. Plutôt médecine de ville en l'occurrence »V7

2. Mail d'envoi aux médecins généralistes

Mail d'envoi aux médecins généralistes

Bonjour, je m'appelle Matthieu LAGIERE, je suis actuellement interne en médecine générale en 3^{ème} année à la Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes.

En parallèle j'effectue un Diplôme Inter Universitaire de **Médecine Manuelle et Ostéopathie Médicale (MMOM)** pour lequel je suis actuellement en deuxième année.

Depuis mon début dans les études médicales, j'ai toujours été passionné par la traumatologie du sport et la pratique de l'ostéopathie en tant que médecin.

Ayant longtemps pratiqué du sport dans ma jeunesse, il était important pour moi de finir mes études sur un travail mêlant la médecine générale et les problèmes de l'appareil locomoteur.

En effet, les consultations en cabinet de médecine générale pour problèmes ostéo-articulaires sont très fréquentes et pluriquotidiennes.

Tout médecin généraliste a été confronté une fois dans sa carrière à des lombalgies, dorsalgies, scapulalgies, gonalgies...

Je me permets donc de vous contacter à propos de ma thèse dont le sujet est le suivant :

Evaluation auprès des médecins généralistes de leurs connaissances et attentes en matière de formation concernant la médecine manuelle ostéopathique.

En effet, je cherche à mettre en lumière ce diplôme encore peu connu en France et en pleine expansion.

Pour cela, je fais appel aux retours d'expériences des médecins généralistes gardois au moyen d'un guide d'entretien préalablement rédigé.

Ces entretiens auront lieu par appel téléphonique ou de visu selon votre préférence. La participation est totalement LIBRE et ANONYME.

Je vous remercie par avance pour l'attention que vous porterez à mon travail.

Cordialement.

Matthieu LAGIERE

3. Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN DE LA THESE

1) **GENERALITES**

- Auto-présentation
- Présentation du sujet de la thèse et du déroulement de l'entretien
- Information sur anonymat de l'entretien et participation libre non obligatoire
- Remerciement pour la participation

2) **IDENTIFICATION DU MEDECIN GENERALISTE**

- Nom/Prénom/Sexe :

.....

- Lieu d'activité (rural/semi rural/urbain) et type d'exercice (groupe/seul) :

.....

- Ville de l'internat :

.....

- Année soutenance thèse

.....

- Formations complémentaires (DIU, DU, MSU)

.....

3/ CONNAISSANCES DE LA MEDECINE MANUELLE OSTEOPATHIQUE (MMO)

- En quoi consiste pour vous la médecine manuelle ostéopathique ?

.....
.....
.....

- Quelle différence faites-vous entre un ostéopathe et un médecin titulaire du DIU de MMOM ?

.....
.....
.....

- Que pensez-vous de la pratique de la MMO en cabinet de médecine générale ?

.....
.....
.....

4/ APPLICATION EN PRATIQUE

- Quelle est votre prise en charge en première intention sur une douleur liée à une pathologie ostéo-articulaire commune en médecine générale (lombalgies, dorsalgies, gonalgies, scapulalgies, etc.) ?

.....
.....
.....

- A partir de quel moment dans la prise en charge orienteriez-vous votre patient vers un professionnel pratiquant l'ostéopathie ?

.....
.....
.....

- Orientez-vous vers un ostéopathe ou un médecin titulaire du DIU de MMOM ?

.....
.....
.....

- Pour vous, qu'est-ce qu'un Déangement Intervertébral Mineur (DIM) ?

Si oui : *Quelle application en avez-vous au cabinet ?*

.....
.....
.....

Si non : *Que cela vous évoque-t-il ?*

.....
.....
.....

5 / LA FORMATION

- **Pensez-vous qu'une formation aux pratiques médicales ostéopathiques serait nécessaire chez les médecins généralistes ?**

Si oui : *D'après votre expérience, quelle serait pour vous la formation idéale dans le cadre d'une application en cabinet de médecine générale ?*

Obligatoire ?

A quel moment du cursus ?

Sous quel forme (théorique/pratique/FMC) ?

Dans quel type d'établissement ?

.....
.....
.....

Si non : *Pour quelle(s) raison(s) ?*

.....
.....
.....

- **Avez-vous déjà entendu parler du DIU de MMOM ?**

Oui/Non

- **Après avoir répondu à ces questions, seriez-vous intéressé(e) par le DIU de MMOM ?**

Si oui : *Pour quelles applications en pratique ?*

.....
.....
.....

Si non : *Pour quelle(s) raison(s) ?*

.....
.....
.....

4. Entretiens semi-dirigés

Entretien M1

CONNAISSANCES DE LA MEDECINE MANUELLE OSTEOPATHIQUE (MMO)

➤ **En quoi consiste pour vous la médecine manuelle ostéopathique ?**

« Un plus... vraiment un plus complémentaire, parce que je l'utilise avec mes patients. Je ne l'utilise pas moi-même hein, je l'utilise avec des médecins qui le pratiquent. Je trouve que c'est bien. Parce que tu as trop de médecins encore qui sont très obtus ! Qui prennent ça comme de la médecine concurrentielle et pas du tout additionnelle et je trouve ça délétère, trop dommage. »

➤ **Quelle différence faites-vous entre un ostéopathe et un médecin titulaire du DIU de MMOM ?**

« Le diplôme (rire)... Les connaissances médicales qui vont avec... Après tu peux avoir des très bons ostéopathes qui ne sont pas médecins et tu peux avoir de très mauvais ostéopathes quels qu'ils soient. ... »

➤ **Que pensez-vous de la pratique de la MMOM en cabinet de médecine générale ?**

« Je trouve ça super complémentaire ! Je trouve que c'est bien. Mon ressenti c'est que si un médecin veut faire de l'ostéopathie, il faut qu'il en fasse beaucoup pour être performant... C'est comme tout. Si t'en fais qu'une fois par mois euh ... C'est comme pour nous l'homéopathie, c'est comme la gynécologie, c'est comme tout. Et il faut à mon avis suivre, et se former et voilà... Je pense vraiment que c'est un plus ! J'y suis favorable. »

APPLICATION EN PRATIQUE

➤ **Quelle est votre prise en charge en première intention sur une douleur liée à une pathologie ostéo-articulaire commune en médecine générale (lombalgies, dorsalgies, gonalgies, scapulalgies, etc.) ?**

« Après réalisation des examens, je vais calmer la douleur. Probablement antalgiques en premier... AINS assez souvent... Quand même. Moi j'aime que ça aille vite. Euh... Kiné si nécessaire ! Mais je te dis l'ostéopathie je ne la fais pas venir très loin derrière. Cela peut venir en même temps que la prescription d'anti-inflammatoires/antalgiques si par exemple c'est quelqu'un qui récidive... Ou quelqu'un qui s'est fait mal... Ou si ça me paraît euh... Ostéopathique ! Mais ce n'est pas systématique, ça va dépendre des cas.

Il y a certains cas où si je ne suis pas sûre qu'il n'y a pas une discopathie ou une hernie derrière, je ne vais pas le faire manipuler... Je vais faire une radio d'abord. »

- **A partir de quel moment dans la prise en charge orienteriez-vous votre patient vers un professionnel pratiquant l'ostéopathie ?**

« Quand je pense que ça peut être utile, c'est-à-dire quand la radio ne montre pas de choses graves qui ne requièrent pas l'intervention d'un neurochirurgien et que le traitement médical à lui seul ne suffit pas ou qu'il y a des récidives... ou que je pense vraiment que ça peut être un plus. »

- **Orientez-vous vers un ostéopathe ou un médecin titulaire du DIU de MMOM ?**

« Je connais un très bon médecin pratiquant la MMO sur Alès, j'oriente tous mes patients vers lui, j'ai confiance en lui. »

- **Pour vous, qu'est-ce qu'un Dérangement Intervertébral Mineur (DIM) ?**

« Je l'ai déjà vu passer. Je travaille avec un médecin ostéopathe. »

Que cela vous évoque-t-il ?

« J'imagine que c'est quelque chose qui a bougé... qui n'est pas équilibré ? T'en dire plus non. »

LA FORMATION

- **Pensez-vous qu'une formation aux pratiques médicales ostéopathiques serait nécessaire chez les médecins généralistes ?**

Si oui : *D'après votre expérience, quelle serait pour vous la formation idéale dans le cadre d'une application en cabinet de médecine générale ?*

Obligatoire ? *« Je ne dis pas une formation obligatoire. Elle me gêne un peu cette question car c'est comme si tu disais c'est quoi pour toi la formation pour prendre en charge idéalement au cabinet des problèmes gynécologiques. Tu parles pour tous les médecins, hors tous les médecins ne seront pas doués dans toutes les matières. Le minimum, on l'a déjà je pense. Pour faire du plus, c'est ceux qui ont de l'appétence pour ça... Ou qui ont envie... Mais peut être...*

J'entends bien ta question, est-ce qu'il faudrait plus ? Je pense ouvrir plus à ce qui existe « en dehors » mais il n'y a pas que ça... Il y a pleins de choses en médecine. Tu ne peux pas allonger encore et encore les études. Je crois que c'est après à chacun de trouver ses spécialisations. Mais que les médecins aient au moins entendu parler d'hypnose,

d'ostéopathie médicale, de médecine chinoise, d'homéopathie... Après ils se font leur propre opinion... Mais ne tu peux pas te faire une opinion si t'as zéro idée. »

A quel moment du cursus ? *« Je te dis oui pourquoi pas une journée d'ostéopathie comme on avait une journée nous à Saint-Etienne pendant l'internat où on voyait un peu tout mais ce n'était pas que de l'ostéopathie médicale. Le bagage de base, tous les médecins généralistes sont censés l'avoir, après s'ils veulent creuser il y a des DIU, tout ça. »*

Sous quel forme (théorique/pratique/FMC) ? *« Il y a certaines Facultés où on va parler au moins sur une journée de l'homéopathie, de l'ostéopathie... »*

Dans quel type d'établissement ? *« A la Faculté ».*

➤ **Avez-vous déjà entendu parler du DIU de MMOM ?**

« Oui. »

➤ **Après avoir répondu à ces questions, seriez-vous intéressé(e) par le DIU de MMOM ?**

Si non : *Pour quelle(s) raison(s) ?*

« Non, parce que ce n'est pas ma tasse thé ce qui est ostéo-articulaire. Je le fais parce qu'il faut le faire mais ça ne me donne pas envie... Je fais déjà pleins d'autres choses. On ne peut pas tout faire bien. Parce que je justement ce que je te disais, pour être compétent dans un domaine, il faut en faire pas mal... Par contre avoir ça au cabinet... J'étais dans un cabinet en Haute-Loire où on était quatre... Et on avait chacun nos mini-spécialités. Pour moi j'ai commencé dans la meilleure des configurations. Parce qu'on avait tous nos mini-spécialités et donc en avoir un qui fasse plutôt de la médecine du sport et tout ce qui est ostéopathie médicale... C'est franchement bien ! Je trouve que tu te complètes vraiment tout en prenant le patient dans sa globalité. Mais que chaque médecin se disperse comme ça, ce n'est pas très bon. Tu peux pas tout faire, donc après tu fais ce qu'il te plaît. »

CONNAISSANCES DE LA MEDECINE MANUELLE OSTEOPATHIQUE (MMO)➤ **En quoi consiste pour vous la médecine manuelle ostéopathique ?**

« Je ne sais pas trop bien... Cela consisterait en des manipulations qui permettent de faire soit des diagnostics, soit des traitements. Les deux à la fois. C'est-à-dire que pendant que tu peux exercer au niveau manuel sur le corps des mouvements, tu peux en faire soit un diagnostic, soit un traitement, soit les deux à la fois. Pour moi, c'est quelque chose qui dure assez longtemps, normalement ça devrait durer une demi-heure voire trois quarts d'heure. Ce n'est pas quelque chose de rapide. Ce n'est pas forcément pour moi des manipulations (le fait de faire craquer, les os, les trucs comme ça tu vois...). Il y a plusieurs disciplines : les crania-encéphaliques, le rachis, les membres, les articulations, les muscles... Ce que j'aime beaucoup, qui m'a beaucoup attiré, c'est plutôt le TGO (Traitement Généralisé Ostéopathique). Ce sont des mouvements répétitifs rotatoires, répétitifs, circulaires. Ils se font sur les articulations. Ce sont des mouvements qui permettent de faire à la fois un diagnostic, et à la fois qui permettent de décoapter les articulations. Ils sont très lents, très doux. Ce ne sont pas du tout des mouvements brefs, rapides pour faire craquer au niveau des manipulations, du rachis. »

➤ **Quelle différence faites-vous entre un ostéopathe et un médecin titulaire du DIU de MMOM ?**

« J'en vois une, le fait que le médecin peut faire un diagnostic, un diagnostic différentiel. Le médecin a beaucoup plus de connaissances sur les diagnostics différentiels. C'est surtout ça. Eviter de faire des manipulations ou de faire des traitements qui ne seraient pas pertinents dans la mesure où il y aurait peut-être autre chose... Le pire c'est de faire un diagnostic d'une lésion secondaire, faire un diagnostic d'une arthrite, de quelque chose d'inflammatoire tu vois... Plutôt que de quelque chose de tendineux, de traumatique ou arthrosique. Quelqu'un qui a fait sept ou dix années d'études de médecine générale ou de médecine du sport ou de médecine de rééducation, je pense qu'il est beaucoup plus apte à faire un diagnostic. »

➤ **Que pensez-vous de la pratique de la MMO en cabinet de médecine générale ?**

« J'en pense que du bien. Simplement, je ne sais pas du tout quelles sont les cotations, est-ce qu'elles existent ? Je trouve que ça serait très profitable pour la population que l'ostéopathie puisse être reconnue en tant que médecin. Je pense que toi si tu fais un DIU c'est que c'est reconnu. Cela dit je ne saurais pas faire trop de différence pour ce qui est de la pratique entre un ostéopathe qui a fait cinq années d'études avec sa pratique de tous les jours et un médecin manuel ostéopathique. Mais c'est surtout au niveau du traitement

quoi. C'est pour ça que je te disais que c'est important pour moi que les médecins puissent faire un diagnostic. C'est une pratique que je connais peu car elle reconnue depuis peu donc dans ma pratique de tous les jours je n'en ai pas rencontrés [à propos des confrères médecin pratiquant la MMO]. »

APPLICATION EN PRATIQUE

- **Quelle est votre prise en charge en première intention sur une douleur liée à une pathologie ostéo-articulaire commune en médecine générale (lombalgies, dorsalgies, gonalgies, scapulalgies, etc.) ?**

« Je vais faire de la rééducation en première intention. J'envoie chez un kiné. Parce que c'est remboursé hein. Sinon je vais quand même leur proposer de faire du gainage chez eux, de voir un kiné pour qu'il leur montre les mouvements. J'envoie souvent chez le kiné avant d'envoyer chez l'ostéopathe.

Après je peux envoyer directement chez l'ostéopathe si c'est par exemple des lombalgies communes, en première intention. Je le fais quand je suis sûre qu'il n'y a pas dessous quelque chose d'inflammatoires ou voilà...

Au niveau du traitement, je ne donne que du doliprane, des antalgiques de première intention. Je ne donne pas forcément des anti-inflammatoires. Seulement dans certaines circonstances, c'est-à-dire chez des gens qui sont obligés de travailler et qui veulent être couverts toute la journée. En ce moment, j'en donne chez des gens qui sont en train de tailler, qui sont dans le froid dans des positions très statiques. »

- **A partir de quel moment dans la prise en charge orienteriez-vous votre patient vers un professionnel pratiquant l'ostéopathie ?**

« Souvent quand la kinésithérapie n'a rien donnée, essentiellement... Quand ce sont des gens qui ont fait parfois beaucoup de kiné et que tu vois qu'ils ne s'en sortent pas et qu'ils reviennent (par exemple) souvent pour des lombalgies, je leur dis d'aller voir un ostéopathe. Tout en sachant qu'il faut quand même qu'ils fassent des exercices chez eux. Je les avertis qu'un bon ostéopathe doit leur montrer des mouvements à faire chez eux également.

L'ostéopathie ne se résume pas qu'à la séance, ce n'est pas passif. Il faut ensuite qu'ils fassent chez eux des exercices que leur montrent soit l'ostéopathe soit le kiné pour qu'ils puissent se refaire (par exemple) une sangle abdominale ou utiliser ses articulations. Je ne pense pas qu'aller chez le kiné 2x/semaine ou d'aller chez l'ostéopathe 1x/mois ça suffise.

Moi j'envoie chez des ostéopathes mais les patients ne sont pas remboursés. Donc ma démarche est tout à fait différente. Je tiens compte du fait qu'ils ne sont pas remboursés. Il y a des gens qui vont aller voir des ostéopathes alors qu'ils ont peu de moyens, et d'autres

qui vont regarder leurs sous alors qu'ils ont des moyens. Cela n'a rien à voir avec les moyens du patient. C'est moi qui en général leur demande s'ils sont prêts à aller voir un ostéopathe ou pas.

Pour l'instant l'ostéopathie est une deuxième intention pour moi. »

➤ **Orientez-vous vers un ostéopathe ou un médecin titulaire du DIU de MMOM ?**

« Je ne connais que des ostéopathes qui ne sont pas médecins autour de moi... Je ne connais pas de médecins titulaires du DIU de MMOM. J'envoie chez des ostéopathes qui ne sont pas médecins.

Si je connaissais un médecin titulaire du DIU, j'enverrais directement chez un médecin titulaire du DIU. Je préférerais par rapport à un ostéopathe ou même peut être par rapport à un kiné. »

➤ **Pour vous, qu'est-ce qu'un Dérangement Intervertébral Mineur (DIM) ?**

« J'ai déjà entendu ce mot. »

Que cela vous évoque-t-il ?

« Je pense que c'est une contracture musculaire qui est due soit à une arthrose ou quelque chose comme ça hein... Cela m'évoque une contracture, quelque chose qui entraîne des douleurs... soit des intercostales, soit des névralgies. Des choses qui n'entraînent pas de compression importante des nerfs périphériques qui sortent du rachis mais plutôt des nerfs qui sont cutanés. Et là je pense qu'effectivement avec soit des manipulations soit des massages de roulement, on peut peut-être arriver à les soulager. Je ne le fais pas en cabinet. »

LA FORMATION

➤ **Pensez-vous qu'une formation aux pratiques médicales ostéopathiques serait nécessaire chez les médecins généralistes ?**

Si oui : *D'après votre expérience, quelle serait pour vous la formation idéale dans le cadre d'une application en cabinet de médecine générale ?*

L'idéal pour moi ça serait les TGO, c'est celles que j'ai trouvées les plus séduisantes pour moi et les plus intéressantes. Sauf qu'elles sont très longues à pratiquer, ça demande du temps... »

Obligatoire ? *« Oui je pense que ça pourrait être obligatoire car ça permet d'examiner les gens. On apprend à examiner les gens en les manipulant, en les regardant... Oui obligatoire j'aimerais bien. »*

A quel moment du cursus ? « Après l'anatomie (en 3^{ème} année de médecine), ça serait le plus judicieux, on apprend toute l'anatomie musculaire, articulaire. Ça serait bien après de mettre en pratique tout ça. »

Sous quel forme (théorique/pratique/FMC) ? « Sous forme de pratique surtout. Tu as en mémoire toute l'anatomie et c'est très intéressant après de faire de la pratique. Et les diagnostics viendraient par la suite en fait, et ça serait en 5^{ème}/6^{ème} année où tu as des diagnostics différentiels mais bon après ça vient s'ajouter. »

Dans quel type d'établissement ?

« A la Faculté, c'est le plus proche. Qu'on ne soit pas obligé de se déplacer et d'aller très loin pour avoir une formation complémentaire. Ça serait bien que ce soit au sein de la Faculté. »

➤ **Avez-vous déjà entendu parler du DIU de MMOM ?**

« Non. »

➤ **Après avoir répondu à ces questions, seriez-vous intéressé(e) par le DIU de MMOM ?**

« Tout à fait, je serais intéressée ! Mais je ne sais pas si à mon âge je pourrais y accéder... ».

Si oui : Pour quelles applications en pratique ?

« Alors ça serait pour m'en servir dans ma pratique de tous les jours aussi bien au niveau du diagnostic (je pense que j'examinerais les gens de façon très très différente car je reverrais mon anatomie), et puis pour les calmer par exemple pour une contracture musculaire ou quelque chose comme ça... Comme tu dis un DIM, on peut le faire, ça serait intéressant. Je m'en servais dans ma pratique de tous les jours. C'est très important parce qu'on en a énormément de gens. Cet après-midi j'ai dû en voir quatre ou cinq lombalgies communes. C'est très fréquent. Et des jeunes hein. Pas forcément des gens d'un certain âge. Ecoute moi je suis dans un milieu viticole, et là actuellement ils sont assez sollicités au niveau du dos. »

CONNAISSANCES DE LA MEDECINE MANUELLE OSTÉOPATHIQUE (MMO)➤ **En quoi consiste pour vous la médecine manuelle ostéopathique ?**

« Ça m'évoque l'ostéopathe que je vais voir moi-même quand j'ai mal au dos. Pour moi, c'est une thérapeutique manuelle qui essaie de prendre en charge les syndromes douloureux dans leur ensemble. Alors que nous en médecine classique on a plus tendance à dire il y a l'épaule, l'anatomie de l'épaule, le coude, le genou. En MMO, on a plus tendance à voir, peut être euh... l'articulation entre les différents organes, les différentes parties du corps pour essayer de proposer une solution différente d'une prescription d'anti-inflammatoires et d'antalgiques. Je vois ça comme quelque chose d'assez complémentaire. Médecine manuelle ostéopathique c'est quand c'est pratiqué uniquement par les médecins ? (ma réponse : oui oui tout à fait). Bah disons que je vois cela comme un outil en plus dans la consultation pour un médecin, comme une part de discipline supplémentaire. Après c'est vrai qu'en c'est pas forcément hyper connu la médecine manuelle ostéopathique. J'ai une cousine qui fait médecine aux Etats-Unis et là-bas tu peux choisir à ton internat ostéopathie ou médecine classique en fait. C'est un diplôme qui est reconnu de façon équivalente par l'état. D'ailleurs les ostéopathes ont tous la même formation médicale de base. Ensuite ils se spécialisent en ostéopathie ou en médecine autre. Je crois que c'est quasiment 50-50, c'est assez énorme ! C'est vrai que pour moi ici, ça permet d'avoir l'ostéopathie au moins en partie remboursée dans la consultation (rires) je dirais. Et puis tu peux te dire que si c'est un médecin qui le fait, il va sûrement pas passer à côté d'un diagnostic différentiel. »

➤ **Quelle différence faites-vous entre un ostéopathe et un médecin titulaire du DIU de MMOM ?**

« A mon sens les deux peuvent avoir... Enfin... Je ne les opposerais pas forcément. Je dirais que l'avantage du médecin ostéopathe, c'est que ça peut permettre d'avoir la consultation prise en charge par la sécurité sociale même si maintenant il y a de plus en plus de mutuelles qui remboursent l'ostéopathie. La formation d'ostéopathie... Je suis pas hyper calée là-dessus mais... Je suis moins sûre qu'elle soit conventionnée... C'est plus compliqué de savoir quelle est la formation qui a été suivie. Et puis le fait que ce soit un médecin, ça te permet d'utiliser alternativement la médecine classique et la médecine manuelle ostéopathique.

En soit, le fait que ce soit un médecin influera peut-être moins que le fait que je le connaisse en fait et que j'ai du recul dessus ou que j'ai eu des retours de patients ou que j'ai interagis directement avec la personne pour voir quelle était sa formation et ce qu'elle avait fait. Parce que bon les médecins nuls on en connaît tous quoi, et c'est pas parce qu'il est

médecin que ça sera forcément un bon ostéopathe. C'est pas un critère essentiel qu'il soit médecin. »

➤ **Que pensez-vous de la pratique de la MMO en cabinet de médecine générale ?**

« Moi je pense que c'est quelque chose d'hyper intéressant et que régulièrement l'idée m'a traversée l'esprit que ça serait probablement moins frustrant que de juste prescrire des séances de kinés et des AINS à chaque douleur. Mais que par contre, il me semble... Moi j'ai l'impression que c'est quand même... Mais c'est peut-être pas forcément le cas d'ailleurs... Relativement long et une approche un peu différente. Moi-même quand j'ai consulté pour moi des ostéopathes c'était plutôt des consultations qui duraient trois-quarts d'heure à une heure et du coup ... Je me pose toujours la question... Soit ça nécessite d'avoir vraiment deux « activités » distinctes avec des plages de consultations dédiées en parallèle... Soit au contraire de se servir de quelques manipulations rapides et qui peuvent soulager immédiatement en consultation. Mais je connais pas assez pour pouvoir... Voilà. »

APPLICATION EN PRATIQUE

➤ **Quelle est votre prise en charge en première intention sur une douleur liée à une pathologie ostéo-articulaire commune en médecine générale (lombalgies, dorsalgies, gonalgies, scapulalgies, etc.) ?**

« Moi je prescris des antalgiques, des anti-inflammatoires s'il n'y a pas de contre-indications, je donne des conseils de bon sens (pas de port de charges lourdes, éviter de rester immobile au lit mais plutôt de faire un maximum d'activités tolérables). Parfois si je vois qu'ils sont réactifs, je leur fais télécharger Activ'Dos de l'assurance maladie pour qu'ils aient des exercices pour s'auto-étirer. Et après je tâte, je vois... S'ils sont réceptifs, je leur prescris des séances de kinés et sinon je leur dis d'aller voir un ostéo. »

➤ **A partir de quel moment dans la prise en charge orienteriez-vous votre patient vers un professionnel pratiquant l'ostéopathie ?**

« Dans les douleurs ostéo-articulaires communes. Assez facilement j'oriente les gens vers l'ostéopathe en fait. Je leur dis très rapidement qu'en médecine classique on est quand même assez nuls là-dessus et que c'est mieux qu'ils aillent voir un ostéopathe. »

➤ **Orientez-vous vers un ostéopathe ou un médecin titulaire du DIU de MMOM ?**

« Ils se trouvent que là dans le coin je connaissais pas de médecin ostéopathe. Comme ça fait pas très longtemps que je suis là, j'ai pas un réseau très développé. Il y a un ostéopathe non-médecin qui s'est installé à Saint-Jean-du-Gard et j'ai plutôt de bons retours des patients et puis il m'écrit en fait... Ça c'est cool... Des comptes rendus de ce qu'il a fait et ce qu'il a vu, surtout s'il a un doute, etc. Donc j'envoie assez facilement vers lui parce-que c'est lui qui est le plus près. Sinon je sais qu'il y a des médecins ostéopathes sur Alès mais c'est

vrai qu'en fait finalement je dis aux gens d'aller voir un ostéopathe et je crois que comme j'ai pas encore beaucoup de recul je les oriente pas vers quelqu'un en particulier (sauf-celui là). »

➤ **Pour vous, qu'est-ce qu'un Dérangement Intervertébral Mineur (DIM) ?**

« Hum...(réfléchis)... Mouais ... Je dirais que c'est un genre de lumbago quoi non ?(rires)...

Que cela vous évoque-t-il ?

Ça m'évoque un lumbago mais en fait ... Voilà, mouais... Ça me dit quelque chose le dérangement intervertébral mineur mais euh (réfléchis)... Non à part un lumbago ça m'évoque rien. »

LA FORMATION

➤ **Pensez-vous qu'une formation aux pratiques médicales ostéopathiques serait nécessaire chez les médecins généralistes ?**

« Je trouve que ça serait hyper intéressant, dans l'idée j'aimerais bien mais je pense pas que ça puisse être quelque chose que tu fais en formation en deux heures... Euh... Enfin j'ai l'impression que c'est un cursus quand même long qui nécessite de beaucoup manipuler et pratiquer... Sensibiliser à la médecine manuelle ostéopathique oui, à son existence et à comment on pourrait être formé ouais... Mais alors faire un peu une formation « au rabais » pour avoir des gens qui déclenchent des torticolis du feu de dieu en essayant de manipuler euh voilà ... Ça me paraît un peu risqué. »

Si oui : *D'après votre expérience, quelle serait pour vous la formation idéale dans le cadre d'une application en cabinet de médecine générale ?*

Obligatoire ? *« Ça serait compliqué de le rendre obligatoire parce qu'à mon sens c'est vraiment presque comme une spécialité à part entière... moi je le vois comme ça... Comme quelque chose de long et chronophage et qui nécessite des connaissances en anatomie que clairement la majorité des gens n'ont pas. Je pense que ça serait bien d'avoir peut-être un temps de sensibilisation euh... Un peu comme on aurait sur prescription de kiné, on aurait avoir prescription d'ostéopathie pour voir vraiment les indications, à quoi ça sert, quand est-ce qu'on envoie vers un ostéopathe. Et par contre, pour la formation elle-même, pour devenir praticien en médecine manuelle ostéopathique à mon sens il faut au moins un DU quoi... Enfin quelque chose de plus long quoi. »*

A quel moment du cursus ? *« Moi je vois vraiment deux choses. Le fait d'expliquer au médecin classique quelles sont les indications et les rôles de l'ostéopathie et comment ça marche et à quoi ça sert : ça je pense que c'est pas mal d'en parler même pendant l'externat et en tout cas après pendant l'internat parce que c'est là qu'on réoriente. Mais ensuite, un véritable DU pour ceux qui veulent se spécialiser et devenir médecin manuel*

ostéopathe là... A n'importe quel moment... voilà à partir de l'externat ou de l'internat... Ou après en formation médicale continue pour ceux qui ont envie d'enrichir leur pratique.
»

Sous quel forme (théorique/pratique/FMC) ? « *Pour moi la médecine manuelle ostéopathique par définition c'est forcément pratique. Bon il faut des bases théoriques mais... Voilà.* »

Dans quel type d'établissement ?

« *Très bonne question...(soupir)... La partie plus courte (expliquer ce qu'est l'ostéopathie, les indications...) ça il faut que ce soit fait par les départements de médecine générale ou les départements de médecine globale ou à la fac. Mais par contre pour le DU euh... Oh j'en sais rien... Ça pourrait être pertinent d'ailleurs même de se mélanger avec des ostéopathes non-médecins... J'en sais rien, j'ai pas d'idées là.* »

➤ **Avez-vous déjà entendu parler du DIU de MMOM ?**

« *Oui.* »

➤ **Après avoir répondu à ces questions, seriez-vous intéressé(e) par le DIU de MMOM ?**

Si non : *Pour quelle(s) raison(s) ?*

« *Ça fait trois ans que je me pose la question et en fait à chaque fois euh... Dans l'idée j'adorerais savoir le faire et être formée en médecine manuelle ostéopathique... Et en fait à l'idée de de devoir repotasser les cours d'anatomie euh... Ouais c'est pas pour tout de suite quoi... Je vais d'abord approfondir les autres champs et puis quand vraiment j'aurai l'impression de me faire chier dans mon métier et d'avoir fait le tour... Là j'ai pas encore le courage. Surtout, le fait de devoir réapprendre l'anatomie... Même apprendre d'ailleurs tout court... J'aimerais bien connaître mais j'ai grave la flemme de me relancer (rires).* »

CONNAISSANCES DE LA MEDECINE MANUELLE OSTEOPATHIQUE (MMO)➤ **En quoi consiste pour vous la médecine manuelle ostéopathique ?**

« Euh... Bonne question, c'est quelque chose qui reste assez flou. Après avoir été chez l'ostéopathe, il m'a expliqué que c'était en manipulant le tissu interstitiel qu'ils arrivaient à reproduire après l'inflammation pour aider dans certaines douleurs. Pour moi c'est souvent c'est un médecin généraliste ou médecin du sport qui pratique de l'ostéopathie, qui a des compétences d'ostéopathie qu'il utilise dans sa pratique de tous les jours... Je sais que ça peut aider aussi à examiner les gens... Y'a une façon de palper qui est un peu différente et plus précise et ça fait des manœuvres ostéopathiques classiques. »

➤ **Quelle différence faites-vous entre un ostéopathe et un médecin titulaire du DIU de MMOM ?**

« (Rire)... Il y a les compétences médicales en plus. Après, à part ça... Non... Dans les deux cas c'est de l'ostéopathie sauf que dans le cadre du médecin ostéopathe c'est qu'il a des compétences et des connaissances médicales qui apportent un plus à sa pratique, à l'ostéopathie. »

➤ **Que pensez-vous de la pratique de la MMO en cabinet de médecine générale ?**

« Je pense que ça peut être un plus parce que la moitié de nos consultations c'est pour des douleurs articulaires, des lombalgies etc. Le fait d'avoir une compétence en ostéopathie peut permettre de régler ou de temporiser certaines situations et de soulager rapidement le patient. C'est le médecin qui est lui-même le traitement du patient. Moi ça m'intéresse pas plus parce que je sais que c'est un DU qui est très compliqué, c'est trois ans, mémoire, etc. Mais oui dans une pratique de médecine générale ça a tout à fait sa place je pense. »

APPLICATION EN PRATIQUE➤ **Quelle est votre prise en charge en première intention sur une douleur liée à une pathologie ostéo-articulaire commune en médecine générale (lombalgies, dorsalgies, gonalgies, scapulalgies, etc.) ?**

« En première intention c'est un traitement médicamenteux : paracétamol, AINS. Et après... Bon bien sur ça dépend de l'intensité des douleurs... Mais en général c'est ça en première intention et si ça passe pas au bout de quelques jours les patients reviennent et à ce moment là je prescris de la kiné ou des examens en fonction de l'évaluation que j'ai fait du patient. »

- **A partir de quel moment dans la prise en charge orienteriez-vous votre patient vers un professionnel pratiquant l'ostéopathie ?**

« Alors moi je le fais pas parce que y'a les kinés de mon cabinet qui en font donc à la limite je les adresse à eux. Mais pas tout le temps. C'est toujours un peu compliqué... C'est beaucoup au feeling... J'adresse chez les kiné-ostéopathes surtout quand c'est des lombalgies, plus facilement quand c'est des lombalgies, de survenue aigue. C'est vrai que c'est surtout pour les lombalgies, lombo-sciatiques. Pour toutes les autres douleurs articulaires, j'informe les patients que les kinés du cabinet font de l'ostéopathie mais sans les orienter vers ces praticiens là. Souvent maintenant les patients ils viennent en disant « bah j'ai pris rendez-vous chez l'ostéopathe » ou « j'ai vu l'ostéopathe avant de vous voir ». »

- **Orientez-vous vers un ostéopathe ou un médecin titulaire du DIU de MMOM ?**

« Les médecins ostéopathes j'en connais pas donc c'est kiné-ostéopathe, praticien paramédical ostéopathe, pas ostéopathe pur. »

- **Pour vous, qu'est-ce qu'un Dérangement Intervertébral Mineur (DIM) ?**

Que cela vous évoque-t-il ?

« Je connais pas ce mot, aucune idée (rires)... Souvent quand on va chez l'ostéopathe il parle de replacer les vertèbres ou les articulations. Donc je pense que ça doit être un déséquilibre musculaire qui fait qu'une vertèbre est mal positionnée par rapport à sa position de d'habitude, par rapport à une contracture... voilà. »

LA FORMATION

- **Pensez-vous qu'une formation aux pratiques médicales ostéopathiques serait nécessaire chez les médecins généralistes ?**

Si oui : *D'après votre expérience, quelle serait pour vous la formation idéale dans le cadre d'une application en cabinet de médecine générale ?*

Obligatoire ? *« Euh... Bon optionnelle/nécessaire je sais pas parce qu'après l'ostéopathie ça reste... Euh... On a tous une vision de l'ostéopathie et je suis pas sûr que ça intéresse tout le monde. Mais de façon optionnelle oui ça pourrait être intéressant de faire une présentation pour qu'on sache plus précisément en quoi ça consiste et que ce que peut apporter de plus un médecin ostéopathe dans la prise en charge d'un patient qui présente une douleur. »*

A quel moment du cursus ? *« Je pense un cours optionnel pendant l'internat. Pendant l'externat c'est trop compliqué, c'est plus les connaissances théoriques. Mais pendant*

l'internat, à un moment ou un autre en parler, une fois qu'on a fait le stage niveau 1 au cabinet. »

Sous quel forme (théorique/pratique/FMC) ? « *Un cours théorico-pratique avec une présentation sur ceux que c'est après y'a des médecins ostéopathes ou des ostéopathes qui peuvent donner quelques exemples avec soit des étudiants volontaires ou avec des mannequins ou des choses comme ça. »*

Dans quel type d'établissement ?

« Faculté ou FMC ».

➤ **Avez-vous déjà entendu parler du DIU de MMOM ?**

« Oui. »

➤ **Après avoir répondu à ces questions, seriez-vous intéressé(e) par le DIU de MMOM ?**

Si non : *Pour quelle(s) raison(s) ?*

« (rires) Je ne veux plus avoir à passer d'examens ou de mémoires. »

CONNAISSANCES DE LA MEDECINE MANUELLE OSTÉOPATHIQUE (MMO)

➤ **En quoi consiste pour vous la médecine manuelle ostéopathique ?**

« Ça m'évoque la prise en charge des pathologies ostéo-articulaires. En manipulant...Euh... C'est un contact physique. Ça permet de soulager des douleurs articulaires... voilà. »

➤ **Quelle différence faites-vous entre un ostéopathe et un médecin titulaire du DIU de MMOM ?**

« Alors, un médecin c'est un médecin qui a fait une formation complémentaire type DIU d'ostéopathie. Un ostéopathe, c'est une personne qui a fait une école d'ostéopathie mais qui n'est pas de profession médicale. Pour moi, c'est le diplôme qui les différencie. »

➤ **Que pensez-vous de la pratique de la MMO en cabinet de médecine générale ?**

« Je pense que ça peut être un bon complément pour soulager rapidement les patients. Après c'est quelque chose qui doit plaire à celui qui le pratique puisque ... Euh... Ça vient en complément. C'est une compétence qui vient en complémentarité de ce qui peut être fait et surtout ça peut aussi être une réponse non médicamenteuse. »

APPLICATION EN PRATIQUE

➤ **Quelle est votre prise en charge en première intention sur une douleur liée à une pathologie ostéo-articulaire commune en médecine générale (lombalgies, dorsalgies, gonalgies, scapulalgies, etc.) ?**

« Euh... Donc ça va être traitements médicamenteux (antalgiques), éventuellement anti-inflammatoires. Éventuellement aussi myorelaxant. Ça va dépendre en fait du tableau clinique et de la douleur. Après ça va être, parfois, du kiné en première intention. Et après c'est recommander l'activité physique. »

➤ **A partir de quel moment dans la prise en charge orienteriez-vous votre patient vers un professionnel pratiquant l'ostéopathie ?**

« Ça va dépendre de la personne que j'ai en face. Soit ça va être dès le départ parce que je sais que c'est une personne qui va pas vouloir prendre de médicaments ou qui va pas être observante sur les traitements et qui va être plutôt dans une approche physique : à ce moment-là je vais orienter rapidement, dès la première consultation. Sinon ça va être plutôt en deuxième intention quand les traitements sont peu efficaces ou pas aussi efficaces qu'on ne le voudrait. »

➤ **Orientez-vous vers un ostéopathe ou un médecin titulaire du DIU de MMOM ?**

« Plutôt un médecin ostéopathe, mais c'est par le réseau. C'est parce que je connais un médecin qui est ostéopathe. Je connais pas encore d'ostéopathe seulement ostéopathe. »

➤ **Pour vous, qu'est-ce qu'un Dérangement Intervertébral Mineur (DIM) ?**

Que cela vous évoque-t-il ?

« Je connais pas du tout (rire). Euh... Ça m'évoque une pathologie au niveau des vertèbres, une mauvaise axiation entre deux vertèbres, comme communément ce que les gens appellent un déplacement de vertèbres. »

LA FORMATION

➤ **Pensez-vous qu'une formation aux pratiques médicales ostéopathiques serait nécessaire chez les médecins généralistes ?**

Si non : *Pour quelle(s) raison(s) ?*

« Nécessaire non ! Utile oui ! Comme je disais au début, c'est plus une question de feeling, si t'as envie de faire ça c'est bien de le faire. Mais si t'es pas trop intéressé, le rendre nécessaire... Pour moi non ! »

➤ **Avez-vous déjà entendu parler du DIU de MMOM ?**

« Oui j'en avais déjà entendu parler, je savais que ça existait. »

➤ **Après avoir répondu à ces questions, seriez-vous intéressé(e) par le DIU de MMOM ?**

Si non : *Pour quelle(s) raison(s) ?*

« Moi non ça ne m'intéresse pas parce que c'est pas quelque chose que je ferais dans ma pratique. Je trouve que c'est intéressant d'avoir des personnes qui le font mais moi c'est pas quelque chose qui me branche. »

CONNAISSANCES DE LA MEDECINE MANUELLE OSTEOPATHIQUE (MMO)

➤ **En quoi consiste pour vous la médecine manuelle ostéopathique ?**

« (rire)... Ça sert à faire des séances d'ostéo dans le cadre d'une consultation médicale...L'important c'est de soulager le patient rapidement ! »

➤ **Quelle différence faites-vous entre un ostéopathe et un médecin titulaire du DIU de MMOM ?**

« Et bah ... Le fait que le deuxième soit médecin et puisse faire des prescriptions alors que l'ostéo pur peut pas faire de prescription complémentaire, médicaments, examens complémentaires. Enfin, selon moi, après je sais pas, peut-être que les ostéo peuvent prescrire des imageries, je crois pas... La différence c'est ça quoi, y'a un autre regard du coup y'a une double formation... C'est quand même avantageux pour le patient je pense.

En terme de compétences, il y a forcément une différence, il y en a un qui est médecin et l'autre qui ne l'est pas (rire) ! Par contre la question qui peut se poser forcément c'est au niveau de prise en charge globale du patient, le fait d'être médecin c'est un avantage, mais après est-ce que le médecin ostéo est autant formé qu'un ostéopathe pur, parce que je crois que la formation c'est cinq ans, ça je sais pas... Au niveau de l'ostéopathie et de la connaissance du corps et de l'anatomie, est ce que ça s'est équivalent je ne sais pas car comme je ne connais pas le contenu des formations des ostéo... Voilà. »

➤ **Que pensez-vous de la pratique de la MMO en cabinet de médecine générale ?**

« Et bah je pense que c'est une bonne chose et que ça permettrait potentiellement de limiter les prescriptions d'anti-inflammatoires, d'antalgiques et de médicaments type anti-dépresseur comme le Lyrica... Ça permettrait de réduire la consommation médicamenteuse. »

APPLICATION EN PRATIQUE

➤ **Quelle est votre prise en charge en première intention sur une douleur liée à une pathologie ostéo-articulaire commune en médecine générale (lombalgies, dorsalgies, gonalgies, scapulalgies, etc. ?**

« Traitement de la douleur donc antalgiques. Je mets paracétamol, palier 1. Ça peut arriver que je mette un palier 2 mais je commence toujours pas un palier 1, la plupart du temps ! Sauf évidemment les lombalgies où ils sont bloqués et là je vais mettre directement palier 2 tu vois (rire).

Je mets pas systématiquement d'anti-inflammatoires. Je vais te dire, l'anti-inflammatoire c'est souvent que je le mets pour la lombalgie. Mais quelqu'un qui vient avec une gonalgie je lui mettrai pas d'anti-inflammatoires la plupart du temps. C'est vraiment les gens qui arrivent, qui ont le dos bloqué. Là je vais mettre anti-inflammatoires. Et peut-être un autre où je vais en mettre c'est tendinite, tendinopathie. Sinon quasiment toutes les autres douleurs articulaires, j'en mets pas. »

➤ **A partir de quel moment dans la prise en charge orienteriez-vous votre patient vers un professionnel pratiquant l'ostéopathie ?**

« Alors déjà les enfants je le fais souvent, les femmes enceintes en post-partum... Euh... Après suite à des accidents de la voie publique, ce genre de chose je vais orienter rapidement, plus tôt. Donc ça c'est pour l'orientation rapide. La femme enceinte on a pas trop d'options au niveau thérapeutique. Et qu'avec la grossesse on sait qu'il y a des changements donc c'est vrai que ça marche bien quoi.

Et après, l'orientation vraiment « de dernier recours » c'est voilà les douleurs chroniques... Mais bon c'est le dernier espoir, la deuxième intention. »

➤ **Orientez-vous vers un ostéopathe ou un médecin titulaire du DIU de MMOM ?**

« Ça dépend, c'est toujours pareil, c'est comme pour les spés... Ça dépend des retours que j'ai, des retours des patients, de mon propre retour personnel si je le connais, voilà si je sais quel type de pratique il a. Donc, il y a pas forcément... Après il y a ça qui rentre en jeu, donc la compétence en fait et après le deuxième critère aussi c'est le coût parce que l'ostéo classique ça revient cher et puis toutes les mutuelles... Il y a un nombre de séances limitées, s'ils ont la CMU... Alors que je me dis si c'est un médecin ostéo, peut être que lui il pourra passer la consultations sur des tarifs de remboursement plus classiques et sera peut-être plus accessible niveau coût pour le patient. Ici j'oriente vers un ostéo en particulier parce que je le connais. Après je connais un médecin ostéo sur Alès chez qui certains patients vont, mais je sais pas exactement ce qu'il fait. Après ça dépend de la proximité. On a eu quelques temps un médecin ostéo qui est venu remplacer dans la MSP, et je sais que j'adressais vers lui directement. »

➤ **Pour vous, qu'est-ce qu'un Dérangement Intervertébral Mineur (DIM) ?**

Que cela vous évoque-t-il ?

« Ohhhh...Blocage ? Lombalgie ? Ligaments jaunes ? Contractures ? (rire)... Voilà c'est tout ce que je dirais. C'est rigolo (rire). »

LA FORMATION

- **Pensez-vous qu'une formation aux pratiques médicales ostéopathiques serait nécessaire chez les médecins généralistes ?**

« Ah ouais franchement ouais, un petit truc express pas mal là. Ouais je trouve que ça serait intéressant ouais. »

Si oui : *D'après votre expérience, quelle serait pour vous la formation idéale dans le cadre d'une application en cabinet de médecine générale ?*

Obligatoire ? *« Ouais d'un côté je dis oui, je pense que ça serait bien que ça soit dans le cursus parce qu'une fois qu'on a commencé, et bah c'est difficile de se poser et puis c'est pas forcément quelque chose qu'on... Moi par exemple tout ce qui est rhumato et tout ça voilà ça me gave un peu. Donc spontanément parfois quand je vois les formations professionnelles, je les vois ces thèmes là mais... (soupir)... Ça me gave en fait de devoir y aller... Je sais que j'en aurais besoin potentiellement parce que j'ai beaucoup de patients qui ont ce genre de pathologies mais comme ça m'intéresse pas des masses, et bah du coup j'y vais pas. Alors que si ça faisait partie de mon cursus, ça me permettrait de mieux prendre en charge mes patients sans pour autant en faire ma spécialité tu vois ce que je veux dire. »*

A quel moment du cursus ? *« A l'internat. Puisqu'il faut que ce soit adapté à la pratique de médecine générale. »*

Sous quel forme (théorique/pratique/FMC) ? *« Bah théorique et pratique évidemment, je vois pas comment on peut faire l'un sans l'autre. Mais accès sur les pathologies les plus fréquentes rencontrées en médecine générale c'est-à-dire le lumbago, la tendinopathie de la coiffe des rotateurs et puis arthrose, gonalgie. Des trucs pas improbables quoi. Par exemple femme enceinte, pour moi ça serait trop spécialisé. »*

Dans quel type d'établissement ?

« La Faculté pour les cours, et après les terrains de stage en service de rééducation (SSR par exemple). Il faudrait que ça soit quand même une formation universitaire. »

- **Avez-vous déjà entendu parler du DIU de MMOM ?**

« Oui plus ou moins mais j'y ai pas fait attention comme je m'y intéresse pas. »

- **Après avoir répondu à ces questions, seriez-vous intéressé(e) par le DIU de MMOM ?**

Si non : *Pour quelle(s) raison(s) ?*

« Non (rire)... »

CONNAISSANCES DE LA MEDECINE MANUELLE OSTEOPATHIQUE (MMO)

➤ **En quoi consiste pour vous la médecine manuelle ostéopathique ?**

« Euh... Je me dis plutôt que c'est justement stratégie non médicamenteuse, ça m'évoque quelque chose de plutôt moins intrusif, moins effets secondaires, des trucs qui sont plutôt l'émergence actuelle de tout ce qui est presque naturel quoi. »

➤ **Quelle différence faites-vous entre un ostéopathe et un médecin titulaire du DIU de MMOM ?**

« Alors à mon esprit, la différence elle est surtout sur la qualité de la formation. Alors après pareil j'ai pas d'appui, de vrais arguments... Mais généralement quand je conseille aux patients, je leur dit que ça peut être toujours bien que ce soit un médecin soit un kiné ostéopathe parce qu'il y a quand même un parcours universitaire et une connaissance de base qui me semble plus approfondie que l'ostéo où il y a à mon esprit toujours la possibilité de... Pas de charlatans mais de personnes qui sont peut-être moins compétentes quoi. »

➤ **Que pensez-vous de la pratique de la MMO en cabinet de médecine générale ?**

« Bah je pense que c'est le genre de trucs où on devrait être de plus en plus. Alors on devrait être formé de base parce que le problème c'est que moi j'y connais que dalle, j'y connais rien du tout. Et je me dis que y'a pleins de choses où ça permettrait avant d'envisager toujours pareil l'attitude réflexe qui est le recours médicamenteux... Bah d'avoir des attitudes qui sont des fois... Pareil... Moins médicamenteuses. »

APPLICATION EN PRATIQUE

➤ **Quelle est votre prise en charge en première intention sur une douleur liée à une pathologie ostéo-articulaire commune en médecine générale (lombalgies, dorsalgies, gonalgies, scapulalgies, etc.) ?**

« 9 fois sur 10 ça finit en traitement antalgique, anti-inflammatoires. Et si la douleur persiste on va dire au-delà de trois semaines/un mois, un examen de précision (IRM/TDM). Je fais très peu de radio ou d'échographie. Toujours l'examen par contre j'essaye d'être le plus rigoureux possible. »

➤ **A partir de quel moment dans la prise en charge orienteriez-vous votre patient vers un professionnel pratiquant l'ostéopathie ?**

« Un mois. Parce que je me dis que s'il y a quelque chose d'aigu au bout d'un mois on peut commencer à parler de quelque chose de chronique. Alors je sais que dans la littérature

c'est plutôt 3 mois ou quelque chose comme ça. Et du coup, ça évite le genre de trucs comme on s'est retrouvé la fois dernière où c'est une hernie, c'est aigu... Si il y a quelque chose qui persiste au-delà d'un mois...Bon... Bien sur ça peut toujours être la hernie qui persiste mais tu as eu le temps de l'éliminer, d'avoir une imagerie et en l'occurrence si t'as autre chose sur lequel tu peux intervenir, tu intervies plus en confiance quoi...T'as un diagnostic qui est posé, pour le médecin qui manipule en l'occurrence. »

➤ **Orientez-vous vers un ostéopathe ou un médecin titulaire du DIU de MMOM ?**

« Si moi j'adresse, j'adresse à un médecin ostéopathe. J'en connais qu'un seul en fait. Les patients m'en disent que du bien. Et sinon il y a un kiné-ostéopathe je crois au Collet-de-Dèze et pareil je le connais, je connais pas sa compétence mais on m'en dit que du bien. »

➤ **Pour vous, qu'est-ce qu'un Dérangement Intervertébral Mineur (DIM) ?**

Que cela vous évoque-t-il ?

« Pour moi ça veut rien dire. »

LA FORMATION

➤ **Pensez-vous qu'une formation aux pratiques médicales ostéopathiques serait nécessaire chez les médecins généralistes ?**

« Ouais. »

Si oui : *D'après votre expérience, quelle serait pour vous la formation idéale dans le cadre d'une application en cabinet de médecine générale ?*

Obligatoire ? *« Pas forcément obligatoire. C'est toujours pareil, plus tu vas rendre quelque chose obligatoire, moins tu vas avoir de gens pour y adhérer. Par contre ça serait bien, et d'ailleurs pas qu'en médecine ostéopathique, que tu aies des possibilités de mini-spécialisations avant même la fin de ton cursus. Parce que là par exemple, toi tu es branché dessus comme moi je m'étais branché en gériatrie avant même la fin de ton cursus. Mais c'est une initiative personnelle, t'es pas encouragé là-dedans. Si on te disait avant la fin de ton cursus, choisis une discipline, celle qui te plaît et tu seras diplômé là-dedans, tu seras reconnu officiellement comme étant ostéopathe ou euh ... Gériatre ou autre... Bah du coup, ça encouragerait les gens à choisir une discipline et parmi ces disciplines, il me semble que effectivement, l'ostéopathie pourrait tout à fait... Surtout que l'ostéopathie comme tant d'autres de stratégies de soins un peu émergentes maintenant dont on parlait pas avant... Euh... Et où on prenait ça de haut... Alors que finalement on voit que c'est assez intéressant... Il y a l'hypnose, la sophrologie, la psychologie, tout un tas de trucs comme ça... Et probablement d'autres trucs aussi plus manuels ou plus interventionnistes mais là c'est ce qui me vient à l'esprit quoi. »*

A quel moment du cursus ? « A la fin, à l'internat quoi. Je dirais 2 et 3^{ème} année d'internat. »

Sous quel forme (théorique/pratique/FMC) ? « *Théorique et pratique. Mais pratique quoi ! Clairement... Toute manière c'est le but de l'internat. La théorie t'en as fait tout ton externat c'est pas ça qui fait de toi un super bon médecin quoi.* »

Dans quel type d'établissement ?

« *Des cabinets qui auraient fait leur preuve de leur formation auprès des Universités. Des cabinets de kiné, des cabinets d'ostéopathe. En tout cas auprès de praticiens qui sont expérimentés quoi. Plutôt médecine de ville en l'occurrence.* »

➤ **Avez-vous déjà entendu parler du DIU de MMOM ?**

« *Je l'ai déjà vu parce qu'en fait je regarde régulièrement tous les listings des DU, j'ai vu le nom mais je me suis jamais intéressé plus que ça.* »

➤ **Après avoir répondu à ces questions, seriez-vous intéressé(e) par le DIU de MMOM ?**

Si non : *Pour quelle(s) raison(s) ?*

« *Alors moi personnellement non parce que mon plaisir c'est plutôt la gériatrie et les soins palliatifs mais après je suis très intéressé par les personnes qui en font* ».

CONNAISSANCES DE LA MEDECINE MANUELLE OSTEOPATHIQUE (MMO)

➤ **En quoi consiste pour vous la médecine manuelle ostéopathique ?**

« Bah c'est euh...(soupire)... Tout ce qui est problème essentiellement articulaire, rachis ou articulations périphériques. Le médecin qualifié en ostéopathie qui a fait une formation spécifique. Par rapport aux non-médecins. »

➤ **Quelle différence faites-vous entre un ostéopathe et un médecin titulaire du DIU de MMOM ?**

« Le cursus, la formation n'est pas la même. »

➤ **Que pensez-vous de la pratique de la MMO en cabinet de médecine générale ?**

➤ *« Oui je pense qu'il doit y avoir de la demande ! Vu l'incidence des pathologies rachidiennes... Je crois que le lumbago c'est, dans tout ce qui est consultation de médecine générale, les problèmes rachidiens, c'est quand même une importante cause de consultation en médecine générale. Moi je trouve ça bien, bien sûr. »*

APPLICATION EN PRATIQUE

➤ **Quelle est votre prise en charge en première intention sur une douleur liée à une pathologie ostéo-articulaire commune en médecine générale (lombalgies, dorsalgies, gonalgies, scapulalgies, etc.) ?**

« Après examen clinique, sur le plan thérapeutique je fais traitement médicamenteux. L'antalgique ayant le meilleur rapport bénéfice/risque, ça reste le paracétamol. Après quand c'est pas suffisant, plutôt AINS chez une personnes jeune. Chez une personne âgée, corticoïdes. Voire palier 2. Pas de myorelaxant ! J'y crois pas, en plus ça a été déremboursé avec une balance bénéfice/risque défavorable. Souvent les patients ont essayé d'eux-mêmes les antalgiques, ils ont pris au moins du paracétamol déjà. Donc soit AINS chez les jeunes, soit palier 2 ou corticoïdes chez les personnes âgées quand les AINS sont contre-indiqués. »

➤ **A partir de quel moment dans la prise en charge orienteriez-vous votre patient vers un professionnel pratiquant l'ostéopathie ?**

« Après souvent les patients font la démarche d'eux-mêmes donc moi j'ai rien contre, je les encourage. Donc j'oriente pas spécialement. »

➤ **Orientez-vous vers un ostéopathe ou un médecin titulaire du DIU de MMOM ?**

« Moi j'ai pas de réseau de médecin ostéo à part un copain sur Alès qui est pas mal surchargé. Ou alors au CHU quoi, mais bon les délais c'est plusieurs mois je crois. A Nîmes quand j'avais fait mon stage en rééducation fonctionnelle, il y avait des médecins ostéo qui faisaient des manipulations tout ça. Mais pour avoir des rendez-vous... »

➤ **Pour vous, qu'est-ce qu'un Dérangement Intervertébral Mineur (DIM) ?**

Que cela vous évoque-t-il ?

« (Réfléchit)... Problèmes musculaires... Réflexes... Contractures musculaires réflexes... Faux mouvements ou mauvaises positions. C'est ça ou pas (rire)... ? »

LA FORMATION

➤ **Pensez-vous qu'une formation aux pratiques médicales ostéopathiques serait nécessaire chez les médecins généralistes ?**

***Si oui :** D'après votre expérience, quelle serait pour vous la formation idéale dans le cadre d'une application en cabinet de médecine générale ?*

Obligatoire ? « Nécessaire, nécessaire euh... (soupir) ... Pour ceux qui en ressentent le besoin... Nécessaire je pense pas mais après pour ceux qui ont du temps à y consacrer, qui sont un petit peu en difficulté pour orienter les patients parce qu'ils connaissent pas de professionnels compétents... Oui... Mais sinon non. Si je connais quelqu'un qui fait ça, qui aime ça, autant l'adresser (rire). »

A quel moment du cursus ? « Après la sixième année. Pendant l'internat ou après le diplôme de médecine générale. »

Sous quel forme (théorique/pratique/FMC) ? « Il faut les deux théorique et pratique. »

Dans quel type d'établissement ?

« En milieu hospitalier avec des personnes compétentes qui t'encadrent. L'établissement peu importe mais que ce soit bien encadré. »

➤ **Avez-vous déjà entendu parler du DIU de MMOM ?**

« Ouais mon collègue l'a fait à Marseille. »

➤ **Après avoir répondu à ces questions, seriez-vous intéressé(e) par le DIU de MMOM ?**

***Si non :** Pour quelle(s) raison(s) ?*

« Bah euh... Non parce que c'est un investissement quand même (rire). Une fois que t'es installé, c'est pas évident, il faut avoir du temps à y consacrer. »

Entretien M9

CONNAISSANCES DE LA MEDECINE MANUELLE OSTEOPATHIQUE (MMO)

➤ **En quoi consiste pour vous la médecine manuelle ostéopathique ?**

« Euh... (rire)... Surtout ça m'évoque tout ce qui va être manipulation pour soulager le dos, douleurs du dos surtout je dirais... Cervicales tout ce qui est lié au rachis... Euh... Ouais souvent j'ai entendu parler, enfin c'est souvent les patients qui m'en parle « j'ai vu un ostéopathe il m'a déplacé une vertèbre » ou « il m'a replacé le bassin » ... Voilà des choses comme ça... Sans doute soulager des maux de certains patients sans forcément utiliser les techniques traditionnelles type anti-inflammatoires ou autres... Après Médecine manuelle, ça m'évoque kiné... (pause, réfléchit) ... Ouais j'aurais dit plutôt kiné. »

➤ **Quelle différence faites-vous entre un ostéopathe et un médecin titulaire du DIU de MMOM ?**

« Alors un médecin a fait des études de médecine et si c'est en plus une formation ostéopathique, c'est qu'il a fait une formation en plus du parcours médical pour se former à la médecine manuelle ostéopathique. Moi je serais plus rassurée d'envoyer vers un médecin ostéopathe parce qu'il aura fait des études de médecine et qu'il connaît très bien l'anatomie. Peut-être une base scientifique plus solide aussi.

Une formation d'ostéopathe, je ne sais pas quel est le cursus de formation. Officiellement ce n'est pas reconnue l'ostéopathie.»

➤ **Que pensez-vous de la pratique de la MMO en cabinet de médecine générale ?**

« Euh... Moi je pense que ça peut être une bonne chose, un bon complément, ça peut être bien. Je n'y vois pas d'inconvénients en tout cas. »

APPLICATION EN PRATIQUE

➤ **Quelle est votre prise en charge en première intention sur une douleur liée à une pathologie ostéo-articulaire commune en médecine générale (lombalgies, dorsalgies, gonalgies, scapulalgies, etc.) ?**

« Antalgie simple (doliprane et anti-inflammatoires en général) et kiné. Et je fais des examens d'imagerie aussi, éventuellement radio pour vérifier si y'a pas de problèmes derrière. Je fais radio surtout, parfois échographie aussi si j'ai l'impression qu'il y a une tendinite à l'examen clinique. Donc radio +/- échographie. »

- **A partir de quel moment dans la prise en charge orienteriez-vous votre patient vers un professionnel pratiquant l'ostéopathie ?**

« Si je suis sûre que cliniquement il n'y a pas de lésions organiques et la kiné n'a rien soulagé... Voilà. En général j'oriente pas vers l'ostéopathie. En général souvent c'est les patients qui ont déjà vu un ostéopathe qui viennent en second recours. C'est surtout le cas le plus fréquent. Jusqu'à présent j'ai jamais orienté vers un ostéopathe. J'orienterais si vraiment cliniquement c'est sûr qu'il n'y a rien de plus à faire et que la prise en charge médicale + kiné ne suffit pas. C'est une troisième intention, car en première intention je fais antalgique, deuxième intention kiné et troisième intention ostéo. »

- **Orientez-vous vers un ostéopathe ou un médecin titulaire du DIU de MMOM ?**

« Plutôt médecin ostéopathe si j'en connaissais. »

- **Pour vous, qu'est-ce qu'un Déplacement Intervertébral Mineur (DIM) ?**

Que cela vous évoque-t-il ?

« (rire)... Euh... Alors peut-être soit un micro-déplacement de vertèbres, soit peut être une contracture musculaire qui fait que ça comprime un petit peu un nerf entre les vertèbres... Voilà ça m'évoque plutôt ça. »

LA FORMATION

- **Pensez-vous qu'une formation aux pratiques médicales ostéopathiques serait nécessaire chez les médecins généralistes ?**

« Tout dépend des bénéfices que ça peut permettre d'apporter. Si ça peut permettre de soulager le patient rien qu'en le touchant, en lui montrant des petits exercices à faire ou des choses comme ça je me dis oui ça peut être très bien puisque ça permettrait de prendre moins de médicaments et peut-être de limiter l'impact délétère. En fait je manque de formation dessus »

Si oui : *D'après votre expérience, quelle serait pour vous la formation idéale dans le cadre d'une application en cabinet de médecine générale ?*

Obligatoire ? *« Nécessaire je ne sais pas mais en tout cas on pourrait nous en parler. Mais pas obligatoire ! »*

A quel moment du cursus ? « *Durant l'externat, dès le début pour être au courant de ce qui peut se faire.* »

Sous quel forme (théorique/pratique/FMC) ? « *Les trois. Je pense qu'il faut un petit peu de pratique, la théorie et FMC pourquoi pas.* »

Dans quel type d'établissement ?

« *La Faculté classique. Peut-être aussi sinon dans les cabinets de kiné où il y a beaucoup de patients comme ça je pense aussi.* »

➤ **Avez-vous déjà entendu parler du DIU de MMOM ?**

« *Non absolument pas (rire).* »

➤ **Après avoir répondu à ces questions, seriez-vous intéressé(e) par le DIU de MMOM ?**

Si non : *Pour quelle(s) raison(s) ?*

« *Euh... Bah pourquoi pas. Pour l'instant j'y connais pas grand-chose... Si tu m'en parles et que tu me donnes tous les avantages que ça peut apporter en plus de la formation classique de médecine générale bah... Ça pourra m'intéresser effectivement parce que là je ne sais pas en fait ce que ça peut apporter. C'est par manque de savoir et si je sais que ça permet de soulager des patients tout ça, ça peut être intéressant effectivement.* »

CONNAISSANCES DE LA MEDECINE MANUELLE OSTEOPATHIQUE (MMO)➤ **En quoi consiste pour vous la médecine manuelle ostéopathique ?**

« Euh... La manipulation des os. Donc bah replacer des petites choses qui se sont déplacées que ce soit sur des faux mouvements, des traumatismes. Y'a cette partie-là. Et puis je sais qu'il y a aussi l'ostéopathie au niveau des os du crâne qui permet parfois de toucher à pas mal de choses et puis pas mal aussi de manipulations abdominales ou des pieds etc. Qui peuvent avoir des approches un petit peu plus comme l'acupuncture... Euh... Je vais utiliser le terme d'humeur mais c'est plus euh... Le bon vieux Hippocrate qui en parlait mais tu peux te permettre de modifier certains troubles par exemple chez le nourrisson des coliques du nourrisson des choses comme ça... Euh après ça j'ai un peu plus de mal à comprendre. Après sur le côté très terre à terre os/squelettiques ça ça m'intéresse vraiment et je pense qu'il y a réellement un intérêt parce qu'on a beau connaître un petit peu les os on oublie tout et euh... Les kinés de toute façon ne font pas de manipulations particulières donc ça apporte pas mal !

Le terme de médecine qui se rajoute c'est qu'il y a un avis médical avec un médecin avec du coup des connaissances de la médecine traditionnelle qui vont s'ajouter à des compétences de manipulations. Donc honnêtement j'aurais beaucoup plus confiance en un médecin ostéopathe qu'en un ostéopathe strict sans la moindre hésitation. S'il y en avait dans mon secteur je pense que j'enverrais quasi systématiquement vers eux. C'est vrai que je trouve que l'ostéopathie pour un sens c'est pas plus que ça reconnue par la société/les instances... C'est pas remboursée ou un petit peu par les mutuelles maintenant mais pas tant que ça. On voit bien quand même que ça a du mal à venir et du coup je trouve que le fait qu'il ait la compétence médicale en plus ça assure une certaine sécurité et une certaine rigueur scientifique. »

➤ **Quelle différence faites-vous entre un ostéopathe et un médecin titulaire du DIU de MMOM ?**

« Les compétences du médecin s'ajoute à celles de l'ostéopathe. Après je suis bien conscient que les ostéopathes non-médecins c'est quand même 5 ou 6 ans je sais plus. Il y a quand même des formations maintenant qui sont bien cadrées, bien reconnues. Il y a deux courants de pensées en ostéopathie, des choses qui me semblent parfois un peu plus... Voilà j'ai un peu plus de mal à comprendre mais c'est pas parce que j'ai vécu avec connaissances traditionnelles. J'aime bien l'idée du médecin qui apporte en plus ses compétences d'une médecine qu'on connaît, qu'on comprend. Qui fait un lien entre les deux.

Le médecin a aussi la possibilité de faire une ordonnance ! C'est un truc qui m'agace énormément c'est quand les patients débarquent me voir « bonjour docteur bon alors je

suis allé chez le podologue parce que l'ostéopathe m'a dit qu'il fallait que j'y aille et du coup bah il faut que vous me fassiez une ordonnance. Ah et oui il m'avait qu'il faudrait que j'aille chez l'orthoptiste donc faites-moi une ordonnance parce que j'y vais demain ». Ils me prennent 15 minutes de rendez-vous et 25 euros à la société pour une prescription qu'aurait dû faire l'ostéopathe et en plus ils me coupent l'herbe sous le pied parce que j'ai même pas eu mon mot à dire parce qu'ils sont déjà allés chez le podologue. C'est le genre de choses qui me mettent très en fureur. Au bout d'un moment c'est aussi moi qui décide. Donc l'avantage peut-être du médecin ostéopathe c'est que s'il pense vraiment qu'il faut faire une radio, il va examiner le patient et avec ses connaissances s'il juge que c'est pertinent de faire un examen complémentaire, il peut faire l'ordonnance. Parce que ça aussi c'est souvent le cas « docteur l'ostéopathe m'a dit qu'il fallait que je fasse une IRM ». Donc là l'avantage c'est qu'au moins on évitera un peu ça parce qu'il est médecin, au moins on peut faire l'ordonnance. Il jugera si oui ou non d'un point de vue financier par rapport à la sécurité sociale, d'un point de vue purement anatomique il y a une vraie raison à faire une radio, une IRM, aller chez le podologue etc. Ça c'est un point positif en plus. »

➤ **Que pensez-vous de la pratique de la MMO en cabinet de médecine générale ?**

« Que si j'avais beaucoup plus de temps je pense que je le ferais. Je suis totalement favorable. Je pense en effet que c'est intéressant et avoir quelques compétences d'ostéopathie et pouvoir replacer certains petits trucs, débloquer un dos sur une petite vertèbres qui a un peu bougé des trucs comme ça c'est je pense très intéressant. Et c'est libérateur parce que le patient quasi instantanément n'a plus mal et je pense que c'est intéressant. Moi je fais beaucoup de pédiatrie, peut-être qu'il y a des petits trucs en pédiatrie qui si j'avais les compétences permettraient de soulager l'enfant qui a des coliques ou qui est un peu coincé au niveau des cervicales après l'accouchement... Tous ces petits trucs là ça m'intéresserait. Peut-être dans une cinquième ou sixième vie on verra (rire). »

APPLICATION EN PRATIQUE

➤ **Quelle est votre prise en charge en première intention sur une douleur liée à une pathologie ostéo-articulaire commune en médecine générale (lombalgies, dorsalgies, gonalgies, scapulalgies, etc.) ?**

« Euh tu m'as donné beaucoup de trucs différents alors ça dépend parce que je fais pas forcément la même chose. J'ai du mal à répondre parce que j'examine mon patient et en fonction de ce que je suspecte comme diagnostic je vais pas faire la même chose. Il y en a à qui je vais faire de l'imagerie, il y en a à qui je vais juste dire de bouger et de marcher/faire des étirements, il y en a à qui en effet je vais les envoyer chez l'ostéopathe parce que ça me paraît être pas grand-chose mais peut-être un petit truc à débloquer enfin voilà... Il y en a que je vais envoyer chez le kiné directement. J'avoue que j'ai du mal à pouvoir répondre, c'est en fonction de l'examen clinique, de l'interrogatoire, de mon boulot de

médecin

quoi.

Sur une lombalgie commune, je l'envoie pas chez l'ostéopathe, pas en première intention. Si le patient me demande est-ce qu'il doit aller chez l'ostéopathe, parfois d'ailleurs ils y vont même avant de venir me voir et dans ce cas-là ils viennent quand l'ostéopathe est pas bon et qu'il a pas réussi à le faire. Enfin pas bon c'est eux qui le disent moi je veux pas critiquer. Souvent sur des lombalgies, un lumbago simple, je leur mets un peu d'anti-inflammatoires pour soulager donc plutôt de l'antalgie et je leur dis d'aller marcher, de s'étirer et de refaire un point en leur donnant les fameux drapeaux et tout ce que tu veux. Après les patients qui vont revenir une deuxième voire une troisième fois pour un lumbago en effet en général je parle d'ostéopathie. Toujours sous forme de conseil, je force jamais les patients d'autant que c'est pas remboursée. Donc je leur dis que peut-être que l'ostéopathe serait intéressant pour vous. Moi je suis dans un secteur où on a énormément d'ostéopathe et du coup les patients ont assez facilement le réflexe donc souvent j'ai pas besoin de leur en parler que c'est déjà prévu.

En termes de thérapeutiques, AINS, corticoïdes en fonction des antécédents des ulcères, des maladies du rein et ainsi de suite. Après des antalgiques palier 1- palier 2. Bon après ça permet de réduire les douleurs, après il faut les faire bouger. Après si c'est un genou et qu'on suspecte un ménisque bah oui il faudra aller faire une IRM. C'est pareil avec la chirurgie s'il faut aller enlever un bout de ménisque ou un rhumato. Après ça c'est les orientations ... ».

- **A partir de quel moment dans la prise en charge orienteriez-vous votre patient vers un professionnel pratiquant l'ostéopathie ?**

« Ce que j'envoie assez facilement chez l'ostéo c'est toutes les disjonctions chondro-costales, les petites douleurs pariétales qui sont très très chiantes où les patients se plaignent beaucoup. Ça j'envoie assez facilement chez l'ostéopathe parce que là on est vraiment très en difficulté parce-que chez certains ça passe tout seul et chez d'autres ça traînent et ils se plaignent vraiment. Donc j'envoie assez facilement voire même à la première consultation. Les lumbago/lombosciatique je te l'ai déjà dit, plutôt quand ils reviennent.

Les genoux, j'envoie pas tant que ça chez l'ostéo. Peut-être par manque de connaissances sur ce qu'ils pourraient potentiellement faire.

Les petits, j'envoie chez l'ostéopathe quand il y a des mouvements de tête un peu limités au niveau des cervicales quand on les examine à un mois, par exemple quand ils mettent pas du tout la tête d'un côté ou de l'autre. Souvent je fais des ordos de kiné pour les entraîner puis je leur dis pourquoi pas passer chez un ostéo. Bon ça c'est pareil en règle générale y'a la sage-femme à l'accouchement qui est déjà passée par là et qui a déjà dit qu'il fallait qu'ils aillent chez l'ostéo (rire). Donc une fois sur trois ou sur deux ils y sont déjà

allés et l'ostéo avait fait son boulot... Ou pas ! Et puis les autres du coup bah en général ils y vont.

Qu'est-ce que j'envoie d'autres chez l'ostéopathe ? Une fois j'ai envoyé un patient chez l'ostéopathe pour une histoire d'un gars qui débarque dans la salle d'attente en urgence, en plein sur du rendez-vous, très insistant parce qu'il a une très très grosse douleur du poignet avec en effet visuellement une déformation du poignet assez importante... Et du coup bah dans mon couloir je fais une ordonnance de radio parce qu'il était très douloureux et puis c'est un agriculteur donc il fallait absolument pas qu'il s'arrête, bref. Il va faire sa radio et il revient deux ou trois jours après avec la radio sur laquelle il n'y a rien mais la douleur toujours présente. J'étais embêté donc j'ai passé un coup de fil à l'ostéopathe, on a longuement échangé dessus. Il a accepté de le prendre en plus sur sa journée pour le voir. Mais je suis pas sûr que ça ait changé grand-chose. Et j'en ai plus jamais entendu parler.

Après l'ostéo ça se résume plus à moi à tout ce qui est axial, la colonne, que les articulations périphériques. Peut-être parce que tout ce qui est articulations périphériques, je vois moins des éléments de déplacement, mais après c'est probablement un manque de connaissances en terme de ce que peut apporter l'ostéopathie en fonction des articulations et les indications en fin de compte à l'ostéopathie. Je tiens quand même à rappeler qu'à aucun moment dans notre formation de médecins on nous parle d'ostéopathie ! »

➤ **Orientez-vous vers un ostéopathe ou un médecin titulaire du DIU de MMOM ?**

« J'envoie chez un ostéo pur car je n'ai pas d'ostéo médecin ou en tout cas je n'en connais pas. Je n'ai jamais entendu parler d'un ostéo médecin sur mon secteur en tout cas. »

➤ **Pour vous, qu'est-ce qu'un Dérangement Intervertébral Mineur (DIM) ?**

Que cela vous évoque-t-il ?

« (rire)... C'est joli comme tournure (rire). C'est des trucs d'ostéopathie ? peut-être ce que je décrivais ces espèces de micro-déplacements intervertébraux... Que l'ostéopathie peut permettre de replacer un petit peu donc soulager des douleurs. Mais voilà je me permettrais pas d'aller beaucoup plus loin dans mon raisonnement. L'échange que j'avais eu avec l'ostéo pour cette histoire de poignet, c'était qu'il m'avait expliqué qu'en ostéopathie l'idée c'était jamais de forcer violemment sur une articulation mais que c'était de voir en fait le potentiel d'une articulation, comment l'articulation se lançait et voir ce qui pouvait bloquer dans ce lancement pour essayer d'améliorer mais que de toute façon une articulation complètement coincée il n'y touchait pas et qu'il n'y avait rien à faire pour lui en tout cas. »

LA FORMATION

- **Pensez-vous qu'une formation aux pratiques médicales ostéopathiques serait nécessaire chez les médecins généralistes ?**

« Euh... J'aime bien l'idée que toutes les thèses posent toujours une question sur l'idée qu'il faudrait former les médecins (rire). Parce que grosso modo à toutes les thèses il y a toujours ces questions (rire). Comment vous dire que les journées ne font que 24 heures avec au moins 10 heures de sommeil pour moi (rire). Donc je ne peux pas me former à tout. Alors d'accord on est médecins généralistes mais au bout d'un moment il faut faire des choix.

Après évidemment qu'une formation serait intéressant mais après quand est-ce qu'on la fait ? »

Si oui : *D'après votre expérience, quelle serait pour vous la formation idéale dans le cadre d'une application en cabinet de médecine générale ?*

Obligatoire ? *« Non. Je ne pense pas parce que tant que ce n'est pas reconnu de manière plus officielle alors sauf si je me trompe parce que c'est sûr que ça s'officialise de plus en plus mais pour l'instant j'ai pas la notion que ça soit complètement accepté partout. Je ne pense pas qu'on puisse faire un truc comme l'homéopathie par exemple... Alors là on est plutôt en phase inverse c'était relativement reconnue et ça l'est de moins en moins et de plus en plus décriée... Mais euh... Ça paraît quand même... C'est comme s'il y a 10 ans on forçait tous les médecins à être formés en homéopathie tu vois. C'est vraiment pas sûr que ça soit logique et puis peut-être qu'il y a des médecins qui vont préférer faire de l'ostéo, d'autres de l'acupuncture parce qu'il y a aussi des choses très intéressantes en acupuncture. Peut-être d'autres auront envie de faire de la médecine chinoise ou homéopathie etc. Donc je pense qu'il faut plutôt laisser le libre choix. Après je me demande quand même si déjà dans notre formation initiale dans les bouquins de rhumato ou d'orthopédie il y avait systématiquement une petite notion d'ostéopathie avec des indications qui pourraient être intéressantes. Alors il faudrait que ça soit reconnue pour ça hein, pour que ça rentre dans les bouquins de médecine, il faudrait que les grands pontes de médecine, les grands professeurs soit d'accord avec ça, c'est peut être pas gagné (rires). Mais je me dis que ça pourrait être pas mal parce que c'est quand même à ce moment-là qu'on acquière une quantité de connaissances mais au moins avoir les notions de bases. C'est quand même le gros inconvénient de notre métier c'est qu'il y a pleins de choses qu'on découvre à l'internat ou après... La podologie, l'orthoptie, l'orthophonie tout ça... On sait que ça existe mais après on sait absolument pas faire d'ordonnances, on sait absolument pas ce qu'ils font réellement et si on va pas s'y intéresser on est jamais complètement au courant quoi. Ça c'est mon premier point de vue.*

Après proposer des formations d'ostéopathie pendant l'internat et en post-internat je pense que c'est très intéressant mais je pense qu'il faut pas nous forcer parce que y'a déjà

beaucoup de choses à faire et faut laisser du libre choix à chacun de faire ce qui l'intéresse... C'est la grande richesse de notre métier de médecins généralistes c'est qu'on a 10000 façons d'exercer la médecine, d'orienter notre patientèle pour faire plus un truc ou un autre et du coup il faut se laisser la possibilité de se former en fonction de ses choix. »

A quel moment du cursus ? « *Plutôt vers l'internat. »*

Sous quel forme (théorique/pratique/FMC) ? « *Sûrement pas des trucs le soir parce-que moi j'en peux plus de faire des trucs le soir... Plutôt en semaine sur une journée ou deux journées... Les trucs le week-ends c'est pareil on a une vie de famille on a envie de faire autre chose de notre vie. Moi j'ai des enfants j'essaie de m'en occuper le soir un peu. Moi c'est vrai qu'à un moment j'allais à des FMC le soir de 20h à 22h mais bon tu te couchais du coup à 23h30 et puis le lendemain tu retournais au boulot et en fin de compte t'étais plus là à enregistrer des infos et puis voilà en journée on est quand même un peu plus alerte.*

Après tout dépend des objectifs pédagogiques qu'ils veulent nous faire intégrer dans ces formations je dirais (rire). Tout dépend des connaissances à acquérir... Après ça peut être sous forme de modules avec des bases théoriques et puis des spécialisations en fonction de l'intérêt de chacun. Peut-être que déjà moi si j'avais une première formation d'une petite journée avec les grandes indications de l'ostéopathie ça me semblerait déjà intéressant et puis les grandes bases de l'ostéopathie etc. Déjà je pense que ça permettrait de débloquer certaines orientations que je ne fais pas actuellement... Et puis dans un second temps si ça m'intéresse que j'ai envie de faire plus etc. Bah là m'inscrire à des modules des trucs qui me permettent de pourquoi pas aussi en faire derrière. »

Dans quel type d'établissement ? « *Je connais pas d'établissement spécifiquement qui font de l'ostéopathie... Ca va être difficile mais euh... De toute façon il faut que ça soit des ostéopathes qui le fassent... Euh... Après je reviens sur l'idée qu'en effet le médecin ostéopathe on a plus confiance donc peut-être que si c'est un confrère c'est peut-être plus simple... Après pas forcément, tant que je comprends quelque chose ça va... Je sais pas. »*

➤ **Avez-vous déjà entendu parler du DIU de MMOM ?**

« *Oui. J'ai déjà vu quelque part ce DIU. Je me suis pas renseigné plus que ça mais je savais qu'il existait oui. Je sais pas du tout comment il est fait par contre. »*

➤ **Après avoir répondu à ces questions, seriez-vous intéressé(e) par le DIU de MMOM ?**

Si non : *Pour quelle(s) raison(s) ?*

« *Honnêtement je pense que ça fait réellement partie des formations qui m'intéresseraient mais bon y'a énormément de choses qui m'intéresseraient alors c'est compliqué pour moi*

de choisir... Et puis on est dans une zone où y'a peu de médecins donc de toute façon quitter le cabinet ne serait-ce qu'un jour bah c'est l'enfer (rire).

Dans un monde de bisounours, oui peut-être qu'un jour ça m'intéresserait de me poser, et de faire des choses différentes... Et ça pourrait être dans les choses envisageables. Et puis même si c'est trois ans, si c'est deux jours par mois c'est pas le bout du monde hein.

Si tu as le dossier d'inscription à côté de toi pour me le faire signer c'est hors de question MAINTENANT (rire). Je suis un week-end d'astreinte par mois, j'ai des enfants de bas âge... Je vais pas en plus disparaître deux jours par semaine ou le week-end pour faire des formations en plus de déjà les suivis de thèses, mon exercice professionnel et tous les autres trucs que je fais quoi... Je suis plutôt en moment en mode il faut que je fasse moins de choses plutôt que j'en fasse plus (rire). Mais bon je pense qu'on est tous pareils.

Après ça m'intéresse oui. »

CONNAISSANCES DE LA MEDECINE MANUELLE OSTEOPATHIQUE (MMO)

➤ **En quoi consiste pour vous la médecine manuelle ostéopathique ?**

« Ben euh... Ça m'évoque de manipuler les gens quand ils ont des douleurs, par exemple des douleurs dans le dos surtout, pour essayer de soigner, de guérir les gens en les manipulant, en les remettant en place un petit peu... Ça apporte en plus cette sécurité au niveau anatomie et au niveau prise en charge des patients. Je pense qu'un médecin (ou un kiné hein) a des connaissances plus poussées en anatomie qu'un ostéopathe classique. C'est plus de sécurité pour le patient. »

➤ **Quelle différence faites-vous entre un ostéopathe et un médecin titulaire du DIU de MMOM ?**

« L'avantage que ça soit un médecin qui le fasse c'est qu'il a des connaissances en anatomie puisque du coup y'a quand même des ostéopathes qui ont pas vraiment de connaissances donc euh... Quand c'est un kiné ou un médecin à mon sens c'est plus sûr pour le patient de se faire manipuler par un médecin ostéopathe ou un kiné ostéopathe. Les connaissances du médecin permettent de prendre en charge le patient avec plus de sécurité. »

➤ **Que pensez-vous de la pratique de la MMO en cabinet de médecine générale ?**

« Je pense que c'est une bonne chose, une bonne idée. Parce que je pense qu'en quelques séances, un médecin ostéopathe peut régler les problèmes qu'on met parfois longtemps à régler. La difficulté c'est que la formation est un peu longue... C'est trois ans c'est ça ? Et on a déjà beaucoup de travail en milieu rural donc aujourd'hui je vois pas comment on pourrait caler... Euh... Parce que j'imagine que c'est quand même plus long qu'une consultation classique... Je vois pas comment aujourd'hui je pourrais avoir le temps ET de faire la formation ET derrière la formation il faut l'utiliser vu qu'on est en milieu rural bien occupé quoi... Il faut avoir le temps de le faire donc ça veut dire prendre moins de patients en charge soit s'organiser différemment mais en tout cas je pense que c'est intéressant. »

APPLICATION EN PRATIQUE

➤ **Quelle est votre prise en charge en première intention sur une douleur liée à une pathologie ostéo-articulaire commune en médecine générale (lombalgies, dorsalgies, gonalgies, scapalgies, etc.) ?**

« Euh (hésite)... On va dire pour la lombalgie, la prise en charge c'est des antalgiques et des conseils de marche surtout... Doliprane et anti-inflammatoires selon les patients en

fonction de leur pathologie. Pour les douleurs au genou, ça dépend de la personne. Si c'est une personne âgée, en fonction de l'examen et de l'horaire de la douleur, on va plus aller assez rapidement sur des radios. Chez le jeune après l'examen, souvent je prescris pas de radio en systématique, plutôt dans un second temps je vais à l'IRM. Chez le jeune souvent c'est plus des pathologies que ce soit les ligaments ou les ménisques donc la radio m'apporte pas trop d'éléments. Et après y'a du kiné souvent quand même, assez rapidement je viens prescrire du kiné oui. En seconde intention le kiné... Pour plusieurs raisons. Déjà parce qu'on a une pénurie de kiné encore une fois en milieu rural donc j'essaie de préserver le kiné pour quand c'est vraiment nécessaire. Et effectivement là du coup un médecin ostéopathe pourrait je pense éviter de passer par la case kiné avec ses connaissances. Alors nous on a un médecin qui fait de l'ostéopathie. On est 6 médecins, y'en a un qui en fait . Mais je crois qu'il en fait de moins en moins avec la surcharge de travail qu'on a par ailleurs. Je connais quelqu'un d'autre aussi qui a fait le DU d'ostéopathie. »

- **A partir de quel moment dans la prise en charge orienteriez-vous votre patient vers un professionnel pratiquant l'ostéopathie ?**

« Euh... Actuellement j'envoie chez l'ostéopathe puisqu'on a quand même des ostéopathes sur le secteur qui sont pas médecins. Celui qui est médecin je sais qu'il en fait quasiment plus. Souvent c'est quand même en deux voire troisième intention après les antalgiques et le kiné. C'est un peu quand je suis coincé... C'est après le kiné. »

- **Orientez-vous vers un ostéopathe ou un médecin titulaire du DIU de MMOM ?**

« J'oriente vers un ostéopathe du secteur car le médecin dans le cabinet qui fait de l'ostéopathie n'en fait quasiment plus. Alors soit kiné ostéopathe soit ostéopathe non kiné. Après si j'en connaissais un (médecin ostéopathe) ... Bah ça dépend des gens je pense parce que y'a des gens qui n'ont pas forcément les moyens de payer un ostéopathe puisque l'ostéopathie n'est pas remboursée. Si un patient n'avait pas les moyens, je l'enverrais plutôt vers un médecin ostéopathe. Je pense de manière générale si j'avais un médecin ostéopathe, je l'enverrais plutôt vers le médecin ostéopathe que le kiné ostéopathe ou l'ostéopathe. Encore une fois pour la sécurité du patient. Mais il faudrait qu'il y ait un médecin qui soit vraiment étiqueté médecin ostéopathe. Le plus simple ça serait qu'il y en ait un qui en fasse beaucoup dans la maison de santé quoi. Il faudrait qu'il y en ait un qui se donne une ou deux journées dans la semaine pour en faire et qui soit fléché comme ça et du coup c'est sûr que pour nous ça serait je pense bien. »

- **Pour vous, qu'est-ce qu'un Dérangement Intervertébral Mineur (DIM) ?**

Que cela vous évoque-t-il ?

« Alors euh... C'est un terme que je connais pas. Euh... (réfléchit)... Franchement je sais pas. J'imagine que c'est des douleurs lombaires... Mais sur le plan anatomique je saurais pas dire à quoi ça correspond cliniquement. »

LA FORMATION

- **Pensez-vous qu'une formation aux pratiques médicales ostéopathiques serait nécessaire chez les médecins généralistes ?**

« Je pense que ça serait bien d'avoir quelques bases au niveau de la formation initiale. Ne serait-ce que pour donner envie à certains de le faire mais aussi... Euh... Je pense qu'en moins de trois ans on pourrait apprendre quelques éléments qui pourraient être intéressants sur les pathologies les plus classiques... Je pense surtout au dos car c'est quand même le mal qu'on rencontre le plus souvent quoi. »

Si oui : *D'après votre expérience, quelle serait pour vous la formation idéale dans le cadre d'une application en cabinet de médecine générale ?*

Obligatoire ? *« Oui oui je pense que ce serait intéressant ! »*

A quel moment du cursus ? *« Plutôt en fin d'internat... Du coup les étudiants se seraient déjà confrontés aux pathologies qu'on rencontre en médecine générale lors de leurs stages d'internes. Donc Je pense que ça leur permettrait en tout cas de mieux voir... Ça peut leur apporter quelque chose. Si on le fait assez tôt peut être qu'ils ne verraient pas l'intérêt de le faire. A la fin de l'internat je pense que ça serait bien. »*

Sous quel forme (théorique/pratique/FMC) ? *« Une FMC serait intéressante chez les médecins généralistes et kiné déjà installés. Sinon c'est sûr que ça serait bien de faire un peu de cours théoriques et un peu de pratique parce que je pense que quand on est interne c'est toujours mieux d'avoir de la pratique que du théorique quand même. »*

Dans quel type d'établissement ?

« En rééducation par exemple à l'hôpital ça serait pas mal. »

- **Avez-vous déjà entendu parler du DIU de MMOM ?**

« Oui car j'ai un copain qui l'a fait. »

- **Après avoir répondu à ces questions, seriez-vous intéressé(e) par le DIU de MMOM ?**

Si non : *Pour quelle(s) raison(s) ?*

« Par sa longueur... NON. Trois ans c'est long... Moi je pense que si on commence pendant l'internat, qu'on s'accroche pour finir quand on est « installé » c'est bien. Une fois qu'on

est installé, trois ans c'est trop long. Ça veut dire que pendant trois ans du coup quasiment on peut faire que ça quoi. On peut par faire d'autres DU... Les formations... (souponne)... C'est une fois par mois je crois. Après y'a un stage pratique... Donc ça fait beaucoup d'heures à consacrer à ça pendant trois ans et du coup bah le cabinet il tourne... Une fois qu'on est installé ça me paraît compliqué... Je vois pas comment c'est possible. En temps que remplaçant c'est plus possible. D'où l'intérêt de le présenter au moins aux étudiants pendant l'internat. »

Entretien M12

CONNAISSANCES DE LA MEDECINE MANUELLE OSTEOPATHIQUE (MMO)

➤ **En quoi consiste pour vous la médecine manuelle ostéopathique ?**

« Euh... Du coup moi ça me fait penser à des techniques manuelles c'est-à-dire répondre à des besoins, des demandes des patients par une approche manuelle comme le font les ostéopathes c'est-à-dire avec des manipulations... Euh... Bah du coup cibler les zones du corps qui vont être douloureuses ou à travailler et faire un travail avec ses mains sur le corps du patient (rire). Et du coup pour moi c'est une formation qui s'adresse aux médecins généralistes ou rééducateurs ou tous les médecins ça peut être assez ouvert... Et qui peut s'exercer en complément d'une pratique de médecine conventionnelle ou de façon exclusive je pense. »

➤ **Quelle différence faites-vous entre un ostéopathe et un médecin titulaire du DIU de MMOM ?**

« Disons le cursus. Je crois qu'ostéopathe c'est cinq ans et que la formation complémentaire pour les médecins c'est trois ans en plus du diplôme de médecin. Donc déjà sur la formation... Et après j'imagine qu'en cours l'abord n'est pas tout à fait le même... Peut-être que c'est vraiment plus approfondi pour les ostéopathes que pour les médecins qui vont faire cette formation complémentaire... »

➤ **Que pensez-vous de la pratique de la MMO en cabinet de médecine générale ?**

« Bah je pense que ça peut être un bon complément parce-que c'est vrai que parfois ça m'arrive d'adresser les patients chez l'ostéopathe pour des problèmes précis du coup je me dis que le médecin qui a cette compétence là il peut lui-même travailler directement avec et sur son patient. Du coup il peut voir le résultat par lui-même et du coup apporter un service qui peut intéresser et être complémentaire de la pratique habituelle. Je ne suis pas contre en tout cas. »

APPLICATION EN PRATIQUE

- **Quelle est votre prise en charge en première intention sur une douleur liée à une pathologie ostéo-articulaire commune en médecine générale (lombalgies, dorsalgies, gonalgies, scapulalgies, etc.) ?**

« En général je laisse un petit peu de temps et puis si ça passe pas kiné ou ostéo selon... Pour les lombalgies enfin tout ce qui touche au rachis dès fois j'envoie direct à l'ostéo quand j'ai l'impression qu'il y a des blocages... Et puis après euh... Quand ça passe pas euh... Examens complémentaires. Enfin ça dépend ça peut être avant ça, et puis traitements médicamenteux ou après orthèse ou avis chirurgical... Selon le problème. En première intention, on va dire que je mets du palier 1 du paracétamol et selon l'horaire de la douleur parfois des anti-inflammatoires. »

- **A partir de quel moment dans la prise en charge orienteriez-vous votre patient vers un professionnel pratiquant l'ostéopathie ?**

« Plutôt en deuxième intention. Parfois ça m'arrive en première intention sur des lombalgies. Ça peut m'arriver de dire bah la pour le lumbago peut-être que de faire une séance d'ostéo ça vous ferez du bien et si ça va pas mieux vous revenez et puis on avisera. »

- **Orientez-vous vers un ostéopathe ou un médecin titulaire du DIU de MMOM ?**

« Euh... Je connais pas de médecin ostéopathe donc c'est plutôt ostéo. »

- **Pour vous, qu'est-ce qu'un Déangement Intervertébral Mineur (DIM) ?**

Que cela vous évoque-t-il ?

« (rire)... Euh... Je sais pas plutôt quelque chose de musculaire au niveau des muscles intervertébraux... Je sais pas euh... Ou un lumbago ou un truc qui a pas l'air trop grave... Je sais pas exactement. »

LA FORMATION

- **Pensez-vous qu'une formation aux pratiques médicales ostéopathiques serait nécessaire chez les médecins généralistes ?**

« Dans le cursus commun à l'internat ? Euh... Je trouve qu'une formation complémentaire en formation continue comme un DU, une capacité... Je pense que pour le coup il y a trois ans pour la formation donc il faut ce temps là... Donc ça me paraît difficile de le réduire... En fait ça dépend quel est le but, est-ce qu'on veut qu'à la fin la personne soit formée ou est-ce que c'est pour donner le goût aux médecins généralistes de s'orienter vers cette

pratique... Du coup euh je répondrais différemment. Si c'est pour donner le goût bah je pense que ça peut être bien de faire une initiation pendant l'internat par exemple comme il y a d'autres initiations parfois d'autres techniques mais euh... Si c'est vraiment pour avoir la compétence je pense qu'il faut que ça soit en formation continue que les médecins intéressés puissent s'inscrire spontanément. »

Si oui : *D'après votre expérience, quelle serait pour vous la formation idéale dans le cadre d'une application en cabinet de médecine générale ?*

Obligatoire ? *« Non peut-être pas le rendre obligatoire. »*

A quel moment du cursus ? *« Plutôt en post-internat. »*

Sous quel forme (théorique/pratique/FMC) ? *« Les deux théorique et pratique. »*

Dans quel type d'établissement ? *« Certainement à la fac. »*

➤ **Avez-vous déjà entendu parler du DIU de MMOM ?**

« Oui enfin un petit peu quoi... Enfin j'ai pas de grandes connaissances. »

➤ **Après avoir répondu à ces questions, seriez-vous intéressé(e) par le DIU de MMOM ?**

Si non : *Pour quelle(s) raison(s) ?*

« En vrai oui. Mais après là les trois ans de formation je m'en sens pas aujourd'hui capable... Oui pour ce qui est de l'intérêt complètement ouais. »

5. Serment d'Hippocrate

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

7. Résumé et mots clés

Résumé

Les consultations de médecine générale pour douleurs liées à des pathologies musculo-squelettiques communes ne cessent d'augmenter en France. De ce fait, l'ostéopathie a connu un essor considérable sur les quinze dernières années. Le diplôme inter-universitaire de « Médecine Manuelle et Ostéopathie Médicale » a permis à des médecins de se former à l'ostéopathie au travers d'un parcours universitaire codifié et reconnu par l'Ordre des médecins. Cette alternative à l'ostéopathie pure, telle qu'exercée par des ostéopathes exclusifs, assure une qualité de prise en charge et une sécurité accrue pour les patients à travers des diagnostics et des traitements manuels réalisés par des docteurs en médecine.

Une étude qualitative a été menée à travers des entretiens semi-dirigés auprès de 12 médecins généralistes du Gard entre février et juin 2021, afin d'évaluer leurs connaissances de la médecine manuelle ostéopathique, sa place dans l'algorithme décisionnel de prise en charge des pathologies musculo-squelettiques communes et leurs attentes en matière de formation.

L'étude démontre l'existence d'une méconnaissance globale de la médecine manuelle ostéopathique et de ses concepts par les médecins généralistes. Ils résument cette discipline à de l'ostéopathie structurelle exercée par des médecins, via des techniques manipulatives avant tout sur le rachis, mais également sur les articulations périphériques. Pour eux, l'ostéopathie (qu'elle soit médicale ou non) reste globalement une seconde intention dans la prise en charge d'une douleur liée à une pathologie commune de l'appareil locomoteur. La formation idéale, elle, se rapprocherait d'une formation universitaire théorique-pratique à démarrer pendant l'internat, sur la base du volontariat.

Ce travail de thèse a permis de mettre en lumière que la MMO trouve un écho favorable chez les médecins généralistes et qu'elle possède un avenir radieux dans la prise en charge ostéopathique des patients. En l'intégrant au cursus médical dès l'internat, elle permettrait de sensibiliser un plus grand nombre de médecins aux thérapies manuelles et ses applications, afin d'assurer un complément dans la pratique des futurs médecins généralistes volontaires qui souhaitent diminuer leurs prescriptions d'antalgiques et d'imageries.

Mots clés : Médecine manuelle ostéopathique, Médecine générale, Déangement intervertébral Mineur, Ostéopathie, Formation médicale.