

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2013

N° 021

**THESE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**DES de médecine générale**

par

Pauline Chouvet - Thumerel

*née le 6 Décembre 1984 au Puy-en-Velay*

---

Présentée et soutenue publiquement le 27 Juin 2013

---

**QUELLE PLACE LES MEDECINS OSTEOPATHES PENSENT-ILS OCCUPER  
DANS LE SYSTEME DE SOINS ?**

**Enquête par entretiens semi-dirigés auprès de médecins ostéopathes**

---

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Paul Nguyen

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Dominique Remy

Membres du jury : Monsieur le Professeur Yves Maugars

Monsieur le Professeur Lionel Goronflot

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

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

## REMERCIEMENTS

Je remercie respectueusement,

Monsieur le Professeur Nguyen, de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse, du temps que vous m'avez consacré, d'avoir accepté de juger mon travail.

Monsieur le Professeur Maugars, de votre présence et de votre intérêt pour ce travail, de m'avoir fait l'honneur de votre jugement.

Monsieur le Professeur Goronflot, de m'avoir accompagnée à travers les différentes étapes de mon internat, en m'apprenant à questionner ma pratique de médecin ; merci d'avoir accepté de juger cette thèse.

Monsieur le Docteur Remy, de vos conseils éclairés et de votre expérience apportée pour construire ce travail, merci de votre soutien tout au long de cette thèse.

Je remercie chaleureusement,

Tous les médecins qui ont répondu avec beaucoup d'intérêt à mon enquête, de leur accueil et d'avoir accepté de me transmettre leur expérience et leur réflexion sur leur pratique.

Mes maîtres de stage, de m'avoir transmis, à travers leur expérience et leurs connaissances, leur passion de la médecine. Je pense tout particulièrement à Pascal, pour avoir partagé ses nombreuses réflexions et son attachement à la médecine générale, Armelle, Christian et au Dr Lagrue. Mes pensées s'adressent aussi à toutes les équipes médicales et paramédicales qui m'ont accueillie et accompagnée au cours de mes différents stages.

## **ABREVIATIONS UTILISEES**

AREDOE : Association de Recherche et d'Etude pour le Développement de l'Ostéopathie en Europe

AES : Attestation d'Etudes Supérieures

AINS : Anti-inflammatoire Non Stéroïdien

AIT : Accident Ischémique Transitoire

AOA : Australian Osteopathic Association

ANM : Académie Nationale de Médecine

APHP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DIM : Déangement Intervertébral Mineur

DIU : Diplôme Interuniversitaire

DO : Doctor of Osteopathy

EBM : Evidence Based Medicine

EPU : Enseignement Postuniversitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

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

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MAC : Médecine Alternative et Complémentaire

MEP : Médecine à Exercice Particulier

MG : Médecin Généraliste

MMO : Médecine Manuelle et Ostéopathique

MO : Médecin Ostéopathe

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ROF : Registre des Ostéopathes de France

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

# TABLE DES MATIERES

---

<b>PREAMBULE .....</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>11</b>
1. DEFINITION .....	11
1.1. Selon Still .....	11
1.2. Définition actuelle .....	11
1.3. Spécificité de la médecine manuelle ostéopathe .....	12
2. HISTORIQUE .....	13
2.1. Naissance aux Etats-Unis.....	13
2.2. En France .....	13
2.3. Statut de la profession d'ostéopathe .....	15
3. PLACE DES MEDECINES ALTERNATIVES ET COMPLEMENTAIRES DANS LE SYSTEME DE SOINS, A PARTIR D'UNE REVUE DE LA LITTERATURE .....	19
3.1. Un recours important et en croissance.....	19
3.2. Evolution des motivations de consultation.....	20
3.3. Une utilisation majoritairement complémentaire mais paradoxale.....	20
3.4. Les échanges limités entre praticiens .....	21
3.5. Place de la recherche .....	21
<b>MATERIELS ET METHODES .....</b>	<b>24</b>
1. OBJECTIF.....	24
2. CHOIX DE LA METHODE .....	24
3. CONSTITUTION DU CORPUS .....	25
3.1. Population d'étude.....	25
3.2. Mode de constitution de l'échantillon.....	25
3.3. Taille de l'échantillon .....	26
4. REALISATION DES ENTRETIENS.....	27
4.1. Lieu et contexte.....	27

4.2. Modalités.....	27
4.3. Le guide d'entretien .....	27
5. METHODE D'ANALYSE DES ENTRETIENS.....	28
<b>RESULTATS .....</b>	<b>29</b>
1. CARTES HEURISTIQUES .....	29
2. POPULATION ETUDIEE.....	30
2.1. Comparaison des populations suivant le sexe .....	30
2.2. Taux de réponse .....	30
2.3. Population interrogée .....	31
3. RAPPORT AVEC L'OSTEOPATHIE .....	33
3.1. Découverte de l'ostéopathie.....	33
3.2. Déterminants du choix de l'exercice de l'ostéopathie.....	35
3.3. La formation .....	36
3.4. Concepts rattachés à l'ostéopathie par les médecins ostéopathes.....	37
3.5. Le statut de « médecin » .....	41
3.6. Satisfaction dans la pratique .....	42
4. MEDECINS OSTEOPATHES ET PATIENTS.....	43
4.1. Caractéristique de la population.....	43
4.2. Recrutement des patients.....	43
4.3. Attentes des patients .....	44
4.4. Concordance des pathologies de recours .....	45
4.5. Différents modes de recours au médecin ostéopathe.....	46
4.6. Stratégie de prescription.....	47
4.7. La relation de soin ostéopathique.....	49
5. PERCEPTION PAR LE MEDECIN OSTEOPATHE DE SA RELATION AVEC LE MEDECIN TRAITANT.....	49
5.1. Connaissance du médecin ostéopathe .....	49
5.2. Attentes des médecins généralistes perçues par les médecins ostéopathes.....	50
5.3. Perception de la compréhension de l'ostéopathie des médecins généralistes par les médecins ostéopathes.....	51
5.4. La participation à la formation .....	53
5.5. Les échanges et interactions .....	54

5.6. Le langage ostéopathique .....	56
<b>6. RESENTI DU MEDECIN OSTEOPATHE QUANT A SA PLACE DANS LE SYSTEME DE SOINS.....</b>	<b>57</b>
6.1. Place dans le système de soins .....	57
6.2. Les moyens d'améliorer cette reconnaissance .....	59
6.3. Inquiétude pour l'avenir.....	60
6.4. Possibilité future pour l'ostéopathie.....	61
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>62</b>
1. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE.....	62
1.1. Biais de sélection.....	62
1.2. Biais d'interprétation .....	62
1.3. Représentativité de l'échantillon .....	62
2. ANALYSE DES ENTRETIENS .....	64
2.1. Le statut du médecin ostéopathe bien identifié.....	64
2.2. Le médecin ostéopathe, un médecin de premier recours.....	66
2.3. Une reconnaissance avérée .....	67
2.4. Les voies d'intégration dans un parcours de soins mieux défini .....	72
2.5. La recherche, un élément de développement contesté.....	73
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>75</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>76</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>81</b>

# TABLE DES ILLUSTRATIONS

---

FIGURE 1 : DEMOGRAPHIE DES OSTEOPATHES SUIVANT LEUR FORMATION (SOURCE ROF).....	18
FIGURE 2 : MODE DE CONSTITUTION DU CORPUS .....	26
FIGURE 3 : MODELE CARTE HEURISTIQUE .....	29
FIGURE 4 : TAUX DE REPONSE ET MOTIF DES REFUS.....	30
FIGURE 5 : REPARTITION SUIVANT LA FORMATION INITIALE .....	31
FIGURE 6: SPECIFICITES DE LA PRATIQUE SUIVANT LA FORMATION INITIALE .....	32
FIGURE 7 : PART DE L'ACTIVITE DE MEDECINE GENERALE .....	32
FIGURE 8 : REPARTITION DES ACTIVITES ASSOCIEES A L'OSTEOPATHIE .....	33
FIGURE 9 : FACTEURS INFLUENÇANT LA RECONNAISSANCE DE L'OSTEOPATHIE.....	70

# PREAMBULE

---

L'offre de soins dans le monde est en constante évolution, aussi bien à travers les progrès thérapeutiques que par l'émergence des médecines alternatives et complémentaires (MAC) (1). Que ce soit aux Etats-Unis ou en Europe, le nombre de ces médecines et la fréquence de recours ont augmenté (2). Parmi elles, l'ostéopathie propose une approche particulière, réputée centrée sur le patient et plus humaine. Elle connaît un succès durable auprès des patients de nombreux pays.

Au cours de ma pratique, des questions de mon entourage et des demandes régulières des patients m'ont amenée à m'interroger à propos de l'ostéopathie. Ces questions répétées m'ont confirmé un engouement majeur pour cette discipline, favorisé par l'accès direct des patients à ce type de soins depuis les décrets d'application du 25 mars 2007 (3). Du fait de ces décrets, l'ostéopathe bénéficie d'une autonomie complète dans la prise en charge d'une pathologie et pour définir son caractère organique ou fonctionnel.

Sous une même dénomination d'ostéopathe, cohabitent en France différentes typologies de praticiens issus de formations différentes. Le médecin ostéopathe (MO) semble avoir un statut bien défini mais il est beaucoup moins représenté par rapport aux kinésithérapeutes ostéopathes et aux ostéopathes non professionnels de santé (4). Cette diversité est mal connue des patients qui ne savent pas toujours entre les mains de quel ostéopathe ils se confient. Dans ce contexte, je me suis interrogée sur le statut particulier des médecins ostéopathes à travers ce qu'ils pensent de leur place dans le système de soins et, par les principales caractéristiques de leur pratique, sur les moyens dont ils disposent pour une prise en charge de premier recours.

En regard du succès de l'ostéopathie, j'ai pu constater dans la littérature scientifique une faible recherche scientifique en France (5) et une méconnaissance de l'ostéopathie par le corps médical. Les difficultés d'échanges entre les médecins et les ostéopathes sont une des raisons évoquées pour expliquer cet isolement de l'ostéopathie (6). Par leur formation commune avec les médecins généralistes, les médecins ostéopathes semblent être les plus à

même d'améliorer l'intégration de cette discipline. Nous avons cherché à décrire leurs démarches pour être acteurs du développement de ces échanges et de la reconnaissance de l'ostéopathie.

L'objectif principal de notre travail est de décrire comment les MO conçoivent leur place dans le système de soins. Les objectifs secondaires, à travers les caractéristiques de leur pratique, sont d'exposer les moyens mis en œuvre pour des soins de premiers recours et leurs stratégies pour la reconnaissance de l'ostéopathie.

# INTRODUCTION

---

## 1. DEFINITION

### 1.1. Selon Still

Still est le fondateur de l'ostéopathie aux Etats-Unis. La première définition qu'il donne de l'ostéopathie est extrêmement sommaire : « L'ostéopathie est la loi de l'Esprit, de la Matière et du Mouvement » (7) et laisse la place à de nombreuses interprétations. Il développe par la suite ses principes fondateurs :

- Unité de corps qui constitue une unité fonctionnelle indissociable
- Interrelation de la structure et de la fonction
- Capacité d'auto-guérison du corps

Cette définition a été écrite dans un contexte où les connaissances médicales étaient très succinctes. Il n'y a donc initialement aucune base scientifique à l'ostéopathie en dehors de certaines notions d'anatomie. Ses ouvrages sont d'ailleurs surtout des traités de philosophie et de la pensée ostéopathique ; il n'existe que peu de descriptions de ses manipulations. A partir de ces concepts de base, l'ostéopathie a évolué et s'est enrichie avec l'évolution des connaissances médicales qui ont apporté un socle plus scientifique à l'empirisme initial.

### 1.2. Définition actuelle

La définition du registre des ostéopathes de France (ROF) est la suivante : "L'ostéopathie consiste, dans une compréhension globale du patient, à prévenir, diagnostiquer et traiter manuellement les dysfonctions de la mobilité des tissus du corps humain susceptibles d'en altérer l'état de santé" (8).

Cela rejoint les propos de l’OMS : « L’ostéopathie se fonde sur le contact manuel pour le diagnostic et le traitement. Elle respecte la relation entre le corps, la pensée et l’esprit [...]. Elle met l’accent sur l’intégrité structurelle et fonctionnelle du corps et sur la tendance intrinsèque du corps à l’auto-guérison » (OMS 2010) (9). Cette définition renforce la notion de santé par l’OMS où elle ne consiste « pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité ».

Il existe trois techniques d’application de l’ostéopathie :

- **Ostéo-articulaire.** Elle s’intéresse aux pathologies osseuses et articulaires et elle est la plus largement utilisée par les médecins ostéopathes avec des techniques d’ostéopathie structurelle ou fonctionnelle.
- **Viscérale.** Elle concerne les organes internes digestifs ou thoraciques. L’objectif est de retrouver un bon fonctionnement global de l’organisme et elle s’adresse entre autres aux troubles fonctionnels digestifs.
- **Crânienne.** Elle est basée sur la théorie du mécanisme respiratoire primaire (qui serait « un mouvement rythmique involontaire perceptible au niveau des os du crâne ») et sur la persistance d’une certaine « mobilité » de ces os.

### 1.3. Spécificité de la médecine manuelle ostéopathique

Une autre définition offre un aspect plus restrictif de l’ostéopathie, en recentrant cette pratique sur l’aspect structurel de la lésion, sans exclure pour autant les tissus mous. « La médecine manuelle-ostéopathie (MMO) se définit comme une pratique exclusivement manuelle visant à diagnostiquer et traiter une dysfonction au sens large du terme, un dérangement bénin, mécanique et/ou réflexe, d’une structure articulaire, vertébrale ou périphérique ainsi que des tissus mous, de même que les douleurs projetées qui en résultent » (10). Lorsque cette pratique s’applique à la colonne vertébrale notamment à travers le dérangement intervertébral mineur (DIM), elle est appelée vertébrothérapie.

Ces définitions de l’ostéopathie donnent des modes d’exercice pluriels qui vont s’inscrire différemment dans les systèmes de soins des pays.

## 2. HISTORIQUE

### 2.1. Naissance aux Etats-Unis

Comme dit précédemment, A.T. Still est le fondateur de l'ostéopathie. Né au XIX<sup>ème</sup> siècle, il est le fils d'un pasteur méthodiste et médecin. Formé à la médecine essentiellement au côté de son père, il reste sceptique quant à l'efficacité de la médecine orthodoxe notamment suite au décès de trois de ses enfants au cours d'une épidémie de méningite. La déception qu'il ressent alors et l'impuissance de la médecine de son époque vont être les moteurs de sa recherche d'une médecine différente à travers les thérapies manuelles. Il fonde en 1892 le premier collège d'ostéopathie, *The American School of Osteopathy*, à Kirksville.

Du vivant de Still, un autre courant de l'ostéopathie est créé par William Sutherland, anciennement journaliste et disciple de Still, qui élabore le concept de l'ostéopathie crânienne.

Un autre disciple, John-Martin Littlejohn cherche à rattacher les concepts mécaniques de l'ostéopathie de Still à une approche plus physiologique du milieu, en lien avec les progrès scientifiques de l'époque. Littlejohn est à l'origine de l'expansion de l'ostéopathie en Europe avec la création de la *British School of Osteopathy* ouverte à Londres en 1917.

### 2.2. En France

L'ostéopathie est introduite et développée en France par le Dr Lavezarri, lui-même formé par un disciple de Still au début du XX<sup>ème</sup> siècle. Il fonde en 1932 le centre Hanneman, qui existe encore aujourd'hui, pour transmettre ses connaissances de l'ostéopathie sous forme de compagnonnage. Ce n'est qu'en 1950 que celui-ci fonde la Société Française d'Ostéopathie, ouverte exclusivement aux médecins (11).

De façon concomitante, en 1952, le kinésithérapeute Paul Geny et l'ostéopathe anglais Thomas Dummer créent la 1<sup>ère</sup> école d'ostéopathie française. Cette école offre une formation privée aux kinésithérapeutes et médecins, enseignée par des non-médecins. Devant le durcissement de la législation française en 1962 (un arrêté préfectoral rend illégale la

réalisation d'actes de manipulations par les non-médecins) (12), cette école est fermée et transférée en Angleterre où de nombreux ostéopathes français vont se former.

La médecine manuelle en France est aussi issue d'une longue tradition de thérapies manuelles. Complètement exclue de la médecine dès le Moyen Age, en même temps que la chirurgie lorsque la médecine s'intellectualise, les thérapies manuelles tombent aux mains des « rebouteux » (11). Ces derniers, aussi appelés les « toucheux », sont considérés comme ayant un don, qui se transmet de père en fils. Ils conservent le contact avec le corps alors que la médecine officielle s'en éloigne tant d'un point de vue diagnostic que thérapeutique en privilégiant la stratégie médicamenteuse. Ce n'est que tardivement que les médecins vont s'intéresser à nouveau aux manipulations vertébrales et chercher à les réintégrer dans un cadre médical.

Le Dr Robert Maigne, rhumatologue introduit les thérapies manuelles à l'université en apportant une approche structurale avec le concept du DIM. Il propose une méthode d'examen standardisée permettant d'établir un diagnostic de niveau lésionnel. Il établit dans un deuxième temps des manipulations thérapeutiques respectant la règle de la non douleur, et s'appliquant à ce niveau lésionnel (13). La particularité de cette technique est la recherche de la reproductibilité inter-opérateurs de l'examen et de la standardisation des manipulations. Sous son impulsion, le 1<sup>er</sup> enseignement universitaire de médecine manuelle ostéopathique et orthopédique débute en 1969 sous le nom d'attestation d'études supérieures (AES), plus tard transformé en diplôme interuniversitaire (DIU).

Par la suite, en 1982, le doyen Cornillot introduit à l'université de Bobigny un enseignement de l'ostéopathie qui garde la notion de dysfonction ostéopathique et l'apprentissage des techniques d'ostéopathie viscérale et crânienne. L'objectif du traitement ostéopathique qui y est enseigné est de rétablir le mouvement et la mobilité entre les tissus, elle-même altérée par une dysfonction.

C'est l'enseignement universitaire sous cette forme un peu plus large qui s'est davantage développé et que l'on retrouve dans treize autres universités françaises, sous la direction du Pr Vautravers.

Le dernier élément majeur concernant l'ostéopathie en France a été sa reconnaissance légale par la loi sur le droit des malades du 4 Mars 2002 (14) et par conséquent l'autorisation de son exercice par les ostéopathes non professionnels de santé.

Dès son implantation en France, l'ostéopathie est marquée par différents courants directement liés au statut de professionnel de santé ou non du praticien.

## 2.3. Statut de la profession d'ostéopathe

### 2.3.1. Dans le monde

#### 2.3.1.1. Aux Etats-Unis

Après sa fondation par Still, l'ostéopathie connaît un rapide essor jusqu'en 1910, date à laquelle le rapport Flexner met un frein à cette évolution en marginalisant les pratiques peu scientifiques. C'est sous la présidence de Roosevelt, lui-même traité par un ostéopathe, que la formation ostéopathique devient équivalente à la formation médicale conventionnelle. La pratique de l'ostéopathie est reconnue dans tous les états en 1974. Les *DO's* (Doctors of Osteopathy) sont formés dans l'un des 25 *College of Osteopathic Medicine* au sein desquels ils choisissent l'une des 60 spécialités existantes (15). Ils ont les mêmes prérogatives médicales que les *Medical Doctors* mais les études récentes montrent qu'ils réalisent de moins en moins de manipulations, et exercent davantage une médecine orthodoxe. Réputées être plus faciles, les études d'ostéopathie ont attiré beaucoup d'étudiants qui voulaient avant tout être médecin, et non pas ostéopathe. Sur les 55 000 DO ils ne sont qu'environ 2000 à être spécialisés en ostéopathie exclusive.

#### 2.3.1.2. En Australie

L'ostéopathie est reconnue depuis 1991 à travers l'AOA (Australian Osteopathic Association) fondée en 1955. La loi exige que les ostéopathes soient formés au cours d'un cursus

universitaire de 5 ans. Le gouvernement prévoit le remboursement de certains actes lorsque le patient est adressé par le médecin généraliste. Il y a environ 1500 DO pour 22 millions d'habitants (16).

### 2.3.1.3. Chez nos voisins européens

Au Royaume-Uni, la profession des ostéopathes est réglementée depuis 1993. Ils ont un statut de professionnels indépendants et consultants de premier rang comme les médecins généralistes et dentistes. C'est le *General Osteopathic Council* qui réglemente la profession et impose notamment une formation continue minimale à tous les ostéopathes. Il existe environ 4500 ostéopathes au Royaume-Uni.

En Allemagne, l'ostéopathie est essentiellement pratiquée par les *Heilpraktiker* qui sont des praticiens de santé qui bénéficient d'une autorisation d'exercer après passage devant une commission fédérale. Il n'existe pas à ce jour de statut ni de réglementation spécifique pour l'ostéopathe (17).

## **2.3.2. En France**

### 2.3.2.1. Aspect législatif

Après avoir été rendue illégale pour les non médecins en 1962, puis reconnue en 2002, la pratique de l'ostéopathie est aujourd'hui définie par les décrets d'applications du 25 Mars 2007 (3). L'usage du titre d'ostéopathe est réservé à des praticiens justifiant d'une formation spécifique. Ils ne peuvent réaliser de manipulations que « *dans le seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain* » (3), ce qui exclut toutes les pathologies organiques pour lesquelles l'ostéopathe se doit d'adresser le patient à un médecin. L'ostéopathe dispose donc, du fait de l'accès direct dont il bénéficie, d'une autonomie totale pour définir le caractère organique ou fonctionnel d'une pathologie.

Il existe d'autres limitations à cette pratique (toujours pour l'ostéopathe non médecin) :

- La contre-indication à la pratique des touchers pelviens.

- La nécessité d'un certificat de non contre-indication établi par un médecin pour les manipulations des nourrissons de moins de 6 mois, et les manipulations du rachis cervical. Dans une thèse réalisée en 2010 portant sur 506 médecins généralistes et 111 internes, respectivement 79% et 81% ne connaissaient pas l'existence de ce certificat (18). En cas de prescription, ils ignorent endosser l'entière responsabilité des conséquences de l'acte exécuté par l'ostéopathe non médecin.

Ce décret précise également que toutes les manipulations doivent être réalisées suivant les recommandations de l'HAS. Mais cette dernière a publié un avis dès 2007 précisant que l'état des lieux de la recherche actuelle concernant l'ostéopathie ne lui permettait pas d'établir ces recommandations (19).

#### 2.3.2.2. La formation

Il est essentiel de distinguer les différents praticiens amenés à pratiquer l'ostéopathie : les professionnels de santé (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, sages-femmes) des non-professionnels de santé.

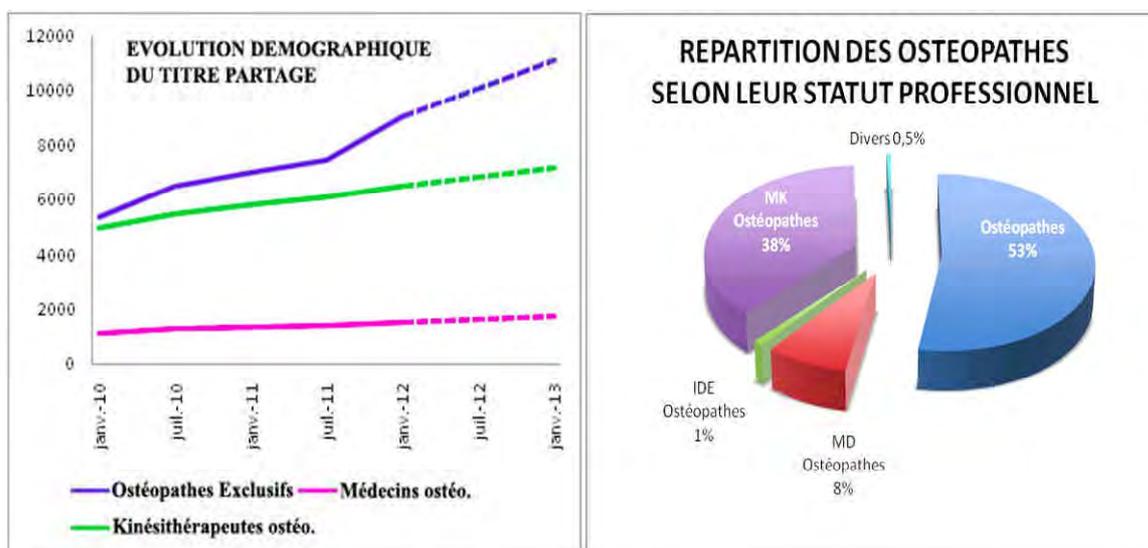
Tous doivent détenir un diplôme justifiant une formation spécialisée dans un établissement accrédité par le ministère de la santé. Pour les non professionnels de santé cette formation, suite à l'ordonnance dans le cadre de la loi HPST de Juillet 2009, doit passer de 2660 heures de formation minimale à 3520 heures. En 2005, l'OMS a publié des recommandations pour la formation des ostéopathes n'ayant pas d'expérience clinique, estimant à 4200 heures la formation initiale.

Il existe à l'heure actuelle en France 27 écoles accréditées offrant des formations initiales allant de 3 ans à 5 ans, ainsi que 21 écoles réservées aux professionnels de santé. Le rapport de l'Igas paru en Avril 2010 est très critique sur les conditions accréditations de ces écoles et sur l'absence d'homogénéité de ces formations (20). En prenant en compte l'ensemble des établissements de formations universitaires et non universitaires, le ROF porte à 77 le nombre d'établissements de formation en Janvier 2013 (4).

### 2.3.2.3. La démographie

La démographie ostéopathique en France est très préoccupante avec un nombre d'ostéopathes formés en constante augmentation. On constate en effet, tout ostéopathes confondus, de janvier 2010 à janvier 2013 une augmentation de 11608 à 19369 ostéopathes dont plus de 50% d'ostéopathes non professionnels de santé et un tiers de masseurs kinésithérapeutes (MK). Les médecins ostéopathes représentent 8% de l'ensemble des ostéopathes. Le territoire français est déjà quasiment à saturation avec le taux de 1 ostéopathe pour 3300 habitants ; l'ensemble des syndicats et instances d'ostéopathes s'accordent sur l'urgence de régulariser le nombre d'ostéopathes formés.

Voici une figure illustrant la démographie actuelle :



**Figure 1 : Démographie des ostéopathes suivant leur formation (source ROF)**

MK : Masseur kinésithérapeute IDE : Infirmier Diplômé d'Etat MD : Médecin Diplômé

Cet aperçu rapide de la situation de l'ostéopathie en France montre à quel point la population des ostéopathes est disparate avec cependant une grande autonomie donnée à ces praticiens d'accès direct. Une harmonisation du statut de l'ostéopathe semble essentielle mais aucune proposition actuelle ne semble en mesure de rassembler les différentes parties concernées.

### **3. PLACE DES MEDECINES ALTERNATIVES ET COMPLEMENTAIRES DANS LE SYSTEME DE SOINS, A PARTIR D'UNE REVUE DE LA LITTERATURE**

Le modèle médical actuel s'est développé à partir de la 2<sup>ème</sup> moitié du XXème siècle autour des thérapeutiques médicamenteuses qui ont complètement bouleversé et largement amélioré l'efficacité de la médecine. Chaque classe médicamenteuse a permis de répondre à une pathologie spécifique : les antibiotiques répondent aux pathologies infectieuses, les chimiothérapies aux développements de tumeurs, les anti-inflammatoires aux maladies inflammatoires rhumatologiques et les antalgiques purs à la traumatologie classique. Mais qu'en est-il des symptômes douloureux fonctionnels ? Là où la médecine a pendant longtemps apporté une réponse non adaptée, les manipulations sont une réponse spécifique et trouvent leur place dans cette indication.

Nous avons cherché à déterminer d'une façon plus globale la place de l'ostéopathie dans le système de soins. Cette place, et celle des thérapies manuelle, ont souvent été étudiées au sein des médecines dites « alternatives et complémentaires » que nous appellerons MAC. Elles incluent l'acupuncture, l'homéopathie, les thérapies manuelles (le plus souvent ostéopathie et chiropraxie) et la phytothérapie. Ce terme assez vague ne prend pas en compte les spécificités de chaque pratique mais permet d'intégrer différentes thérapies en dehors du principal courant de la médecine, et d'illustrer leur utilisation par la population. Nous avons cherché à mettre en évidence dans la littérature les principales caractéristiques communes de ces MAC.

#### **3.1. Un recours important et en croissance**

Dès les années 1990, une revue de la littérature montre l'importance de la prévalence de l'utilisation de ces médecines. Selon différents pays européens, entre 20 et 50% de la population a déjà utilisé une MAC (1). Cette tendance est confirmée par une étude évaluant l'évolution de l'utilisation des MAC : 33,1% de la population en 1990 et 42,1% en 1997 ont utilisés une MAC dans l'année précédente (2). Il existe donc une augmentation du nombre de

consultants, concernant toutes les tranches de la population, plus que du nombre de consultations par patient.

Deux profils de consultants se dégagent : certains s'orientent vers plusieurs MAC différentes pour un problème donné, alors que d'autres cherchent une thérapie spécifique répondant à une indication définie. Ce dernier profil de consultant s'intéresse de plus en plus au MAC et participe à l'augmentation de la consommation de ces soins ; cela confirme l'intérêt porté à ces médecines d'une part plus large de la population.

### 3.2. Evolution des motivations de consultation

Les motivations qui amènent un patient à se tourner vers les MAC évoluent : les deux principales reconnues en 1997 étaient le sentiment que les MAC permettent au patient de jouer un rôle plus actif dans la prise en charge de leur pathologie (51,8%) et le manque d'efficacité de la médecine traditionnelle (41,6%). En 2005, les patients viennent consulter pour une prise en charge globale (78,3%) et ont toujours le souhait d'avoir un rôle actif dans leur prise en charge (76,5%) (21). Ces résultats montrent une évolution vers une vision plus positive des MAC par les patients, choisies davantage pour leurs qualités plutôt que par échec ou crainte des effets secondaires de la médecine conventionnelle. A travers l'augmentation des consultations à visée préventive (21), les patients cherchent aussi une prise en charge holistique.

### 3.3. Une utilisation majoritairement complémentaire mais paradoxale

L'accès aux MAC est très majoritairement un accès direct et dès 1988, il apparaît que les patients utilisent les MAC de façon complémentaire à une prise en charge médicale traditionnelle, sans pour autant en informer leur médecin (22). Un peu moins de 20 ans après ce paradoxe est confirmé (23). En interrogeant ce profil de patients, Eisenberg explore les freins ressentis face au médecin (dans cette étude, 72% n'ont pas communiqué leur démarche à leur médecin). Les patients ont majoritairement le sentiment qu'il ne s'agit pas d'une

information importante pour leur médecin (61%), d'autant plus que le sujet n'a pas été abordé en consultation. Et 51% des patients pensent que leur médecin ne comprendrait pas ; ils l'imaginent peu ouvert par rapport à ces thérapies (24).

Il y a là un paradoxe entre l'usage que les patients font des MAC, complémentaire de la prise en charge médicale initiale, et la quasi absence de communication à ce propos à leur médecin.

### 3.4. Les échanges limités entre praticiens

Les échanges entre médecins généralistes et thérapeutes apparaissent assez limités. Une étude réalisée en Norvège évalue le ressenti des médecins généralistes de leurs échanges avec des chiropracteurs. Un tiers ne reçoit aucun courrier, alors que celui-ci est obligatoire en Norvège (25). Ils sont 75% à souhaiter un courrier de retour plus détaillé pour améliorer la prise en charge des patients. Cependant cette étude ne précise pas si les médecins généralistes ont l'habitude d'adresser un courrier aux chiropracteurs. Une étude réalisée aux Etats-Unis, où le statut de l'ostéopathe français se rapproche plus de celui du chiropracteur, montre le peu de courrier adressés aux chiropracteurs par les médecins généralistes alors qu'ils ont l'habitude d'échanger sous cette forme avec leurs confrères médecins (26).

Au final, les échanges entre le médecin, le patient et le thérapeute de MAC apparaissent limités et peu fréquents.

### 3.5. Place de la recherche

#### 3.5.1. Une faible productivité dans la littérature scientifique

Une des limites à l'intégration des MAC est le manque de preuves scientifiques selon les critères reconnus et actuellement validant de l'Evidence Based Medicine (EBM). Il est difficile de trouver dans la littérature des études prouvant la sécurité et l'efficacité de ces traitements par rapport à un traitement médical conventionnel. Et ceci particulièrement concernant l'ostéopathie.

Les premières études cliniques concernant l'ostéopathie ont été publiées il y a une trentaine d'années. En 1999, l'A.R.E.D.O.E. (Association de Recherche et d'Etude pour le Développement de l'Ostéopathie en Europe) (27) réalise une expertise de la littérature ostéopathique. Peu d'études sont interprétables, à cause de la faiblesse méthodologique et d'effectifs insuffisants. Les revues de la littérature réalisées plus récemment montrent quand même une efficacité à court terme pour les lombalgies et cervicalgies aiguës ou subaiguës. Mais le bénéfice s'estompe dans le temps puisque à six mois les résultats de la médecine conventionnelle rejoignent ceux de l'ostéopathie (28).

Depuis 1999, la recherche a évolué et s'est accélérée mais reste faible. Un énorme décalage persiste entre la production scientifique et l'explosion de la consommation de ces soins. Une étude bibliométrique recense entre 2000 et 2009 261 articles en double aveugle sur l'ostéopathie dont seulement cinq sont publiés en France (5).

### **3.5.2. Les biais les plus souvent mis en évidence**

Les résultats publiés dans la littérature sont souvent difficilement interprétables et parfois, malgré des études qui semblent bien conduites, les conclusions sont discordantes. Les difficultés méthodologiques propres à l'ostéopathie expliquent en partie certains biais. Principaux biais retrouvés :

- Biais de comparaison : les différentes études comparent les manipulations ostéopathiques versus des manipulations factices, des exercices de mobilisation, ou un traitement médicamenteux traditionnel. Ils ne permettent pas une comparaison en double aveugle comme le préconise le gold standard.
- Biais de publication : 64,4% des articles recensés sont publiés dans une même revue the Journal Of The American Osteopathic Association (5), et une très faible proportion dans des revues plus généralistes.

Ces biais pourtant bien identifiés rendent la recherche en ostéopathie difficile ; elle reste peu validée par les critères scientifiques habituels, ce qui est un frein à sa reconnaissance.

D'autres arguments sont mis en avant, notamment le manque d'intérêt des praticiens et le manque de moyens financiers.

Ces premiers éléments nous permettent de mieux comprendre l'historique de l'ostéopathie et d'identifier les difficultés de sa validation par les critères scientifiques actuels et son acceptation dans le système de santé.

# MATERIELS ET METHODES

---

## 1. OBJECTIF

L'objectif de notre travail est de définir ce que pensent les médecins ostéopathes de leur place dans le système de soins. Secondairement, nous décrirons les moyens qu'ils estiment mettre en œuvre pour une prise en charge de premier recours et pour faire reconnaître l'ostéopathie. Nous avons choisi de définir cette place à travers trois thèmes que nous reprendrons dans notre enquête. C'est à travers les rapports du médecin ostéopathe avec l'ostéopathie ainsi que dans ses rapports avec les patients et les médecins généralistes que nous allons explorer le ressenti du MO de sa place dans le système de soins.

## 2. CHOIX DE LA METHODE

Nous avons choisi une méthode qualitative pour explorer ces différents champs. Ces éléments ne sont pas accessibles à une approche quantitative car ils explorent des données subjectives qui vont être liées au parcours des interviewés, à leur ressenti et à leur croyance.

Ces méthodes sont en effet reconnues et permettent d'obtenir des informations fiables et reproductibles, en répondant à des critères explicites et systématiques. Elles sont aussi reconnues « *pour apporter une riche description de phénomènes complexes* » (29).

L'entretien semi-dirigé nous a semblé être la méthode la plus adaptée entre les différentes techniques d'entretiens qualitatifs possibles. La structure de cet entretien permet de mettre en évidence l'interaction entre différents éléments (30).

### 3. CONSTITUTION DU CORPUS

#### 3.1. Population d'étude

La population étudiée inclut tous les médecins ostéopathes exerçant à Paris. Sont définis comme médecins ostéopathes les praticiens ayant suivi des études médicales ainsi qu'une formation en ostéopathie, qu'elle soit universitaire (DIU) ou une formation privée. Comme notre étude s'intéresse au système de soins primaire, nous avons exclu de cette population les médecins ostéopathes ayant une formation initiale dans une autre spécialité que la médecine générale (essentiellement rhumatologie, médecine physique et réadaptation, orthopédie).

#### 3.2. Mode de constitution de l'échantillon

L'objectif, pour la constitution de l'échantillon, est d'avoir une population diversifiée, dont les différentes caractéristiques individuelles expriment l'ensemble des caractéristiques de la population (30). Nous avons constitué l'échantillon en prenant en compte les variables pouvant influencer la pratique des médecins ostéopathes : diversité d'âge, de lieu d'installation, de formation initiale.

La liste des médecins interrogés a été obtenue à partir de trois sources :

- La liste des médecins inscrits comme médecins de médecine manuelle et ostéopathique au tableau de l'ordre des médecins, à Paris, disponible sur le site internet du Conseil National de l'Ordre de Médecins (au total 57 praticiens).
- La liste des médecins inscrits à l'un des deux syndicats de médecins : le syndicat « Ostéo de France » ; liste disponible sur le site [www.osteos.net](http://www.osteos.net); ainsi que sur le site de la SOFMMOO (Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathique) [www.sofmmoo.com](http://www.sofmmoo.com) (respectivement 30 et 18 praticiens).
- Sur les pages jaunes, avec comme critères de recherche « médecin ostéopathe » et « Paris » (soit 66 praticiens).

Ces différentes sources nous ont assuré une grande diversité dans la formation initiale des praticiens. Seule la liste produite par le conseil de l'ordre et sur le site de la SOFMMOO

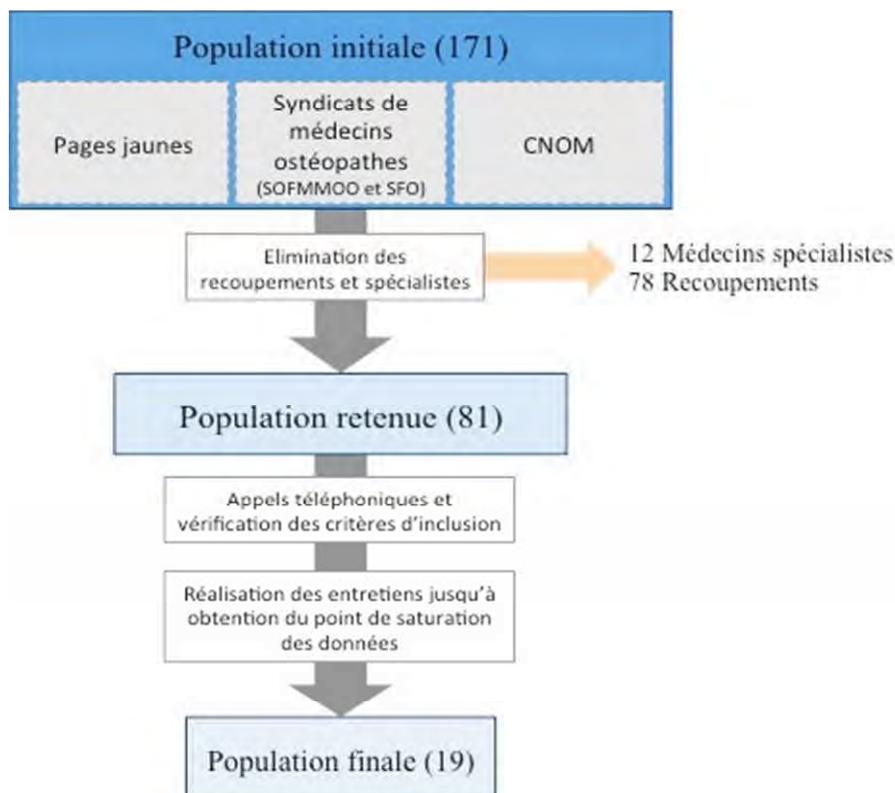
permettait d'exclure d'emblée les médecins spécialistes. Après élimination des différents recoupements et médecins spécialistes, la liste définitive était de 81 praticiens.

Afin d'obtenir l'accord des enquêtés pour un éventuel entretien, nous les avons contactés individuellement par téléphone pour fixer un rendez-vous. Ce contact nous permettait de corriger une éventuelle erreur d'inclusion.

### 3.3. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon n'était pas définie au début des entretiens ; elle est définie par la redondance des informations, appelée le point de saturation. Pour notre enquête, nous avons estimé qu'il était atteint après 19 entretiens. En effet, les informations recueillies au cours des entretiens ne sont pas validées par la probabilité d'occurrence comme pour une enquête quantitative, mais par leur contexte (30).

Figure illustrant le mode de constitution du corpus :



**Figure 2 : Mode de constitution du corpus**

## **4. REALISATION DES ENTRETIENS**

### **4.1. Lieu et contexte**

Les résultats de notre enquête reposent sur le discours de l'enquêté. Afin de favoriser ce discours, nous avons reproduit les conditions habituelles d'exercice du sujet (31). Les entretiens se sont donc déroulés dans leur intégralité au cabinet du médecin ostéopathe, pendant les horaires de consultation, sur une durée de 20 à 30 minutes.

### **4.2. Modalités**

Pour permettre de bonnes conditions de dialogue et d'échange, l'entretien débutait par un temps de présentation pendant lequel je précisais que je ne suivais aucune formation d'ostéopathie, afin de rester dans une position extérieure et neutre.

Pour faciliter la récupération des informations recueillies, les entretiens étaient enregistrés après accord des interviewés ; un seul médecin a refusé l'enregistrement.

Les entretiens ont été effectués en suivant la trame définie dans le guide d'entretien (Annexe I) du 10 décembre 2012 au 07 février 2013.

### **4.3. Le guide d'entretien**

L'élaboration de l'entretien repose sur la traduction des hypothèses en indicateurs concrets qui permettent de définir les thèmes des domaines explorés. La question de recherche principale à laquelle doivent répondre ces entretiens est : « Que pense le médecin ostéopathe de sa place dans notre système de soins ? ».

Les éléments de réponses reposent sur les rapports du médecin ostéopathe avec les patients, les médecins généralistes et l'ostéopathie en tant que discipline. Nous avons interrogé le praticien sur ces différents thèmes afin de lui permettre d'exprimer des critères qualitatifs reposant sur son expérience (comportements habituels), ses opinions, croyances et ses connaissances.

Voici ces éléments reformulés sous forme de question pour le guide d'entretien :

- Quels ont été les déterminants du choix de la pratique de l'ostéopathie et quelle conception le praticien a-t-il de l'ostéopathie ?
- Quelles sont les caractéristiques de la prise en charge du patient par le médecin ostéopathe (suivant le moment d'intervention, le motif de consultation et la stratégie de prise en charge) ?
- Comment interagit-il avec le médecin généraliste ?
- Quelle perception le médecin ostéopathe a-t-il de sa place dans le système de soins ?

Ces questions définissent la structure de l'entretien qui peut être plus ou moins rigide suivant les différentes relances au cours de l'échange.

## **5. METHODE D'ANALYSE DES ENTRETIENS**

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot après écoute des enregistrements, à l'exception d'un entretien non enregistré.

Un entretien ne parle pas de lui-même. Il s'agit de l'analyser suivant deux axes (30):

- L'analyse linguistique qui compare des éléments de langage
- L'analyse du contenu, c'est-à-dire du sens du discours

L'analyse linguistique, ou analyse par entretien, amène à reprendre des éléments du discours et de mettre en évidence les concepts exprimés et les relations qui les lient. Cette interprétation a été faite sous forme de cartes conceptuelles ou cartes heuristiques.

L'analyse du contenu apporte une analyse thématique inter-entretien ou transversale et s'intéresse aux thèmes développés ; nous avons soumis l'ensemble des entretiens à un découpage transversal pour mettre en évidence la cohérence thématique inter-entretien. Cette analyse des thèmes du rapport du MO avec l'ostéopathie, les patients et les médecins généralistes nous permet de répondre à la question transversale de notre sujet.

Par souci de clarté et afin de préserver l'anonymat, nous nommons dans notre analyse chaque médecin par un numéro allant de 1 à 19 sous la forme M1 à M19.

# 1. CARTES HEURISTIQUES

Une première analyse des entretiens a été réalisée sous forme de carte heuristique. Il permet une analyse intra-entretien, avec les mêmes thèmes explorés par la suite par la méthode d'analyse transversale. Les cartes heuristiques de chaque entretien sont en annexe II.

Voici le modèle suivant lequel les entretiens ont été analysés :

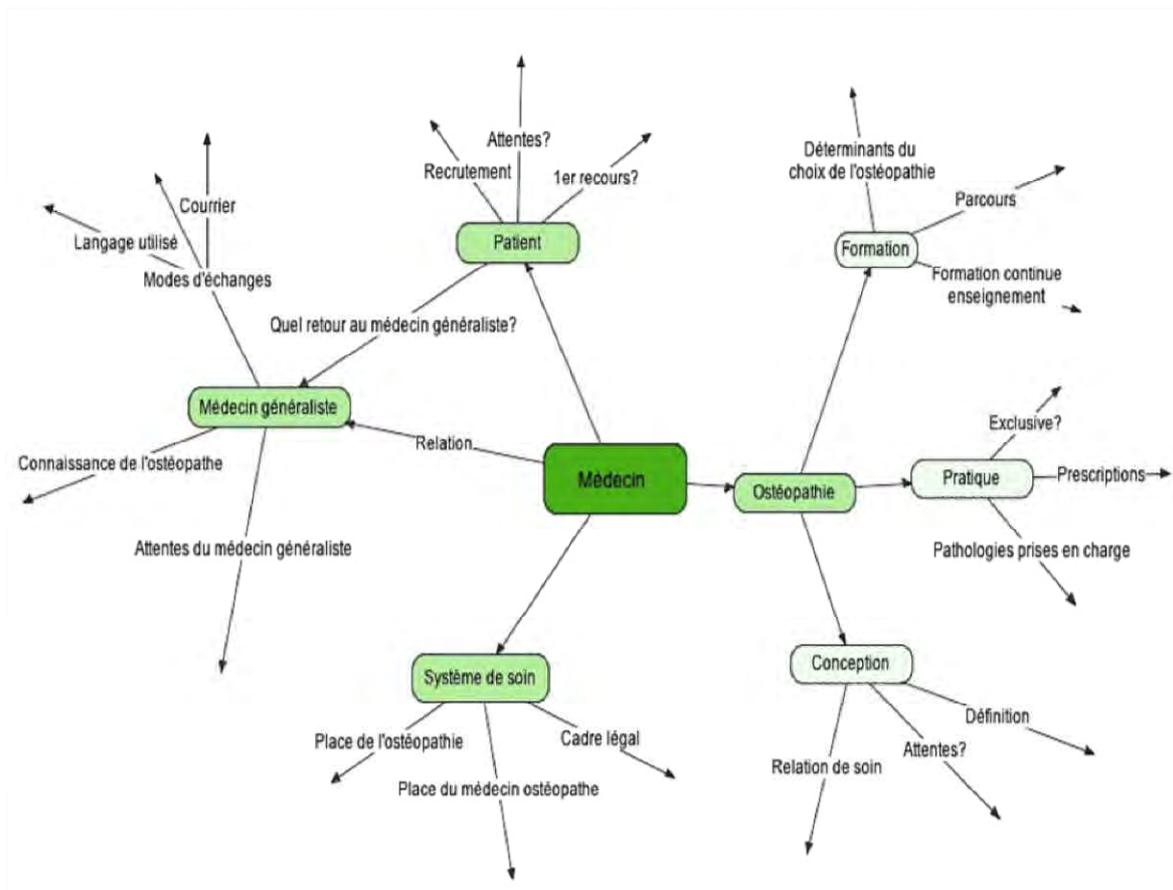


Figure 3 : Modèle carte heuristique

## 2. POPULATION ETUDIEE

### 2.1. Comparaison des populations suivant le sexe

La population retenue est composée de 85% d'hommes et 15% de femmes et est comparable à notre population finale (84% - 16%).

### 2.2. Taux de réponse

Sur les 64 médecins contactés, environ un tiers ont donné leur accord pour un entretien, un tiers ont refusé et un tiers ont été considérés comme sans suite après deux tentatives de contact (message laissé ou médecin indisponible).

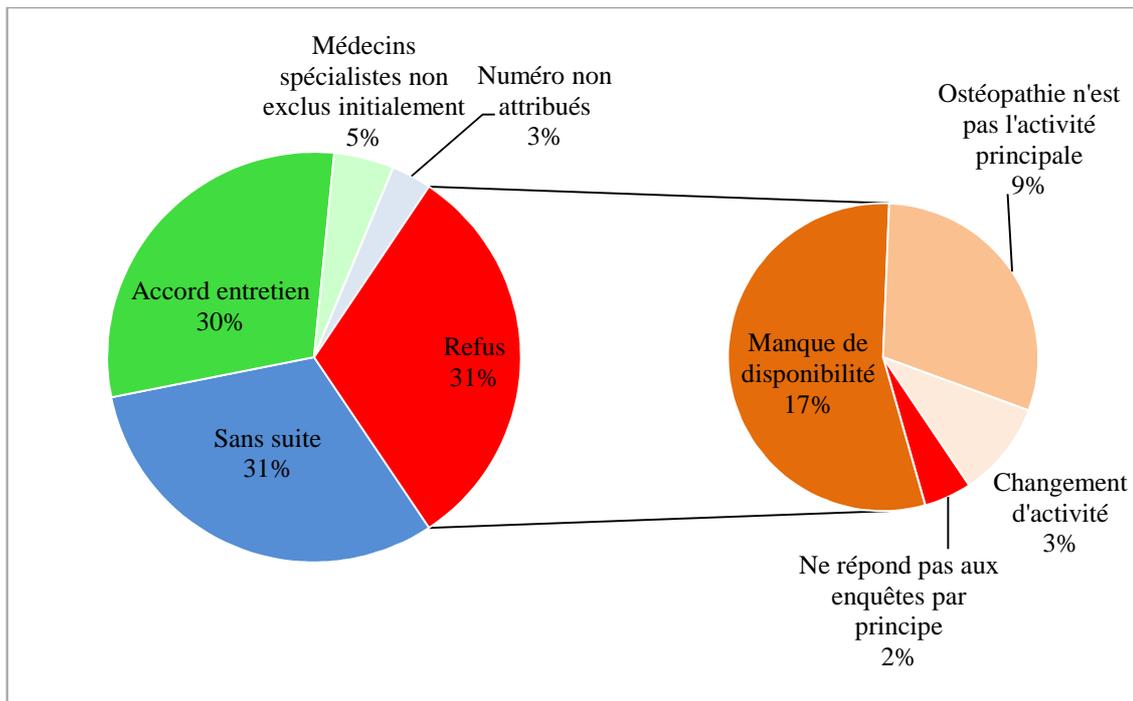


Figure 4 : Taux de réponse et motif des refus

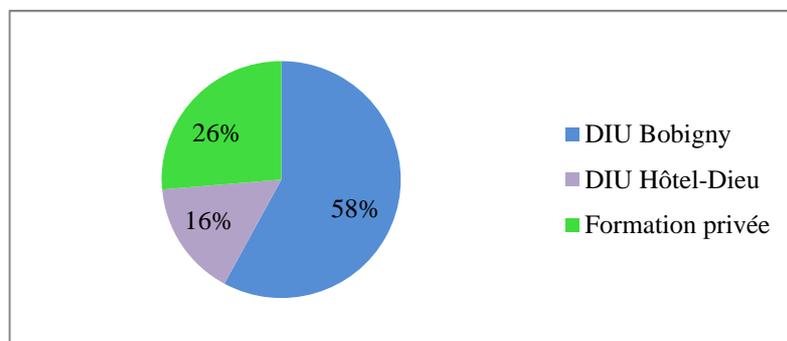
## 2.3. Population interrogée

### 2.3.1. Répartition suivant l'âge

Les âges extrêmes relevés dans cet échantillon sont de 37 ans pour l'âge minimal et de 63 ans pour l'âge maximal. L'âge moyen de notre échantillon est de 49,9 ans.

### 2.3.2. Répartition suivant la formation ostéopathique initiale

La majorité (74%) des praticiens ont une formation universitaire (DIU Bobigny ou Hôtel-Dieu).

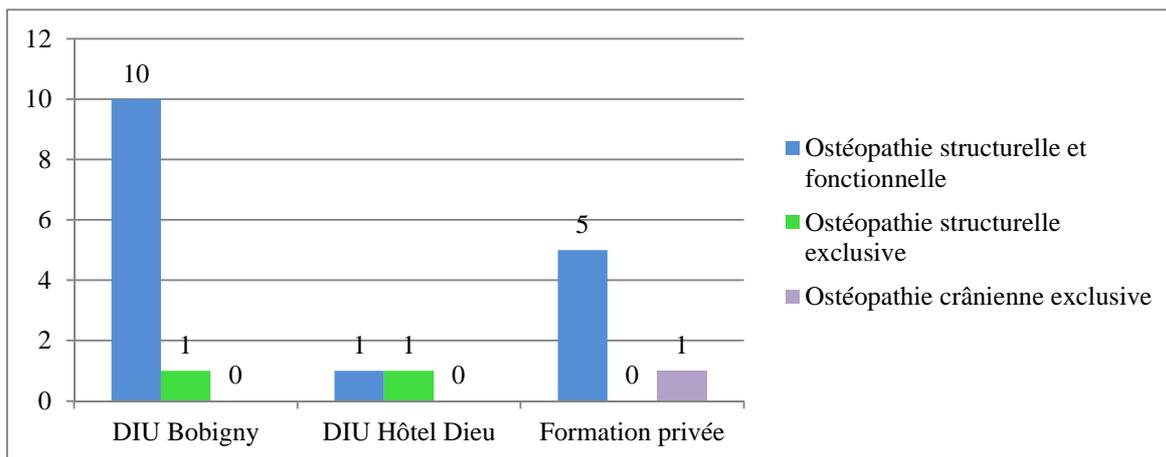


**Figure 5 : Répartition suivant la formation initiale**

Les praticiens ayant eu une formation universitaire initiale ont tous également fait une formation complémentaire, universitaire pour 21% d'entre eux et dans des institutions privées pour les 53% restants.

### 2.3.3. Pratique de l'ostéopathie suivant la formation initiale

La majorité des praticiens utilise des techniques d'ostéopathie structurale et fonctionnelle mais certains ont un exercice exclusif d'une technique ostéopathique, quelle que soit leur formation.



**Figure 6: Spécificités de la pratique suivant la formation initiale**

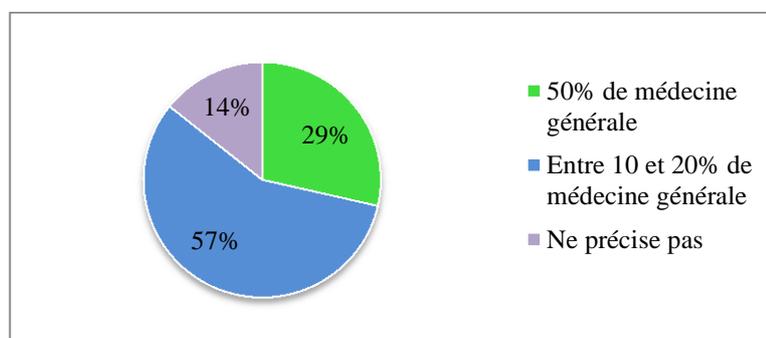
### 2.3.4. Répartition suivant le secteur de convention

La majorité des praticiens est installée en secteur 2 (79%) et une partie en secteur 3 (16%). Seul un médecin est conventionné en secteur 1, mais il établit une cotation hors nomenclature pour l'acte d'ostéopathie.

### 2.3.5. Association à d'autres pratiques

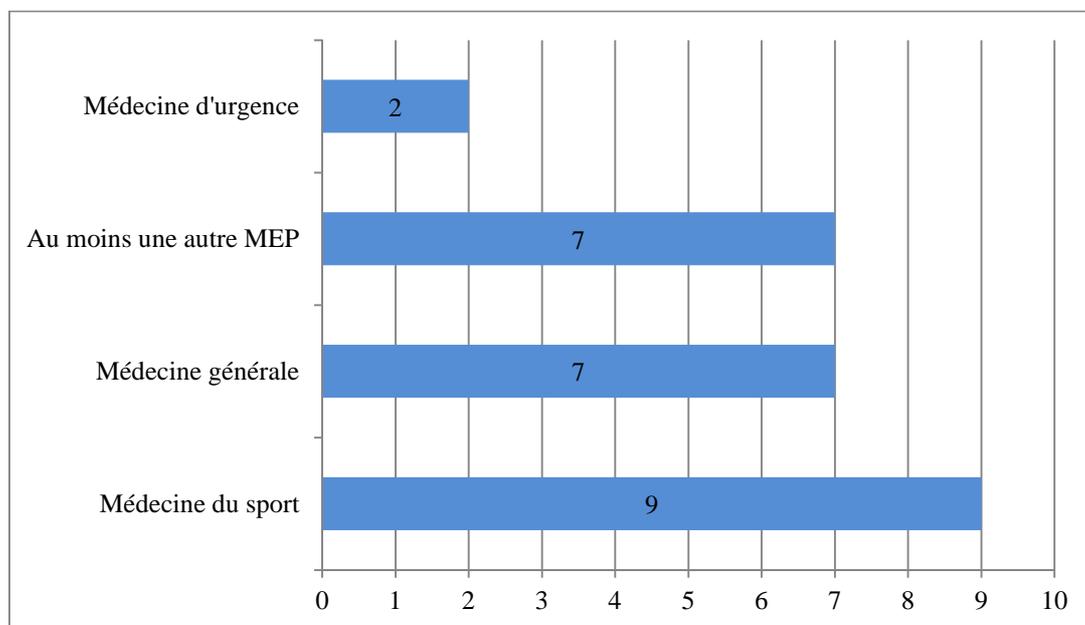
La répartition des médecins ayant conservé une activité de médecine générale est de 37% contre 63% des praticiens qui exercent exclusivement l'ostéopathie.

Pour les 37% de praticiens qui conservent une activité de médecine générale, la part de leur activité de généraliste se répartit comme suit :



**Figure 7 : Part de l'activité de médecine générale**

La plupart des médecins conservent une activité annexe à celle de l'ostéopathie, autre que la médecine générale. Certains médecins exercent plusieurs de ces activités. Le terme de MEP est habituellement utilisé pour désigner les médecines à exercices particuliers, dont l'homéopathie, l'ostéopathie et l'acupuncture.



**Figure 8 : Répartition des activités associées à l'ostéopathie**

Les principales caractéristiques des médecins de la population étudiée sont résumées dans un tableau en Annexe III.

### **3. RAPPORT AVEC L'OSTEOPATHIE**

#### **3.1. Découverte de l'ostéopathie**

Les modes de découverte de l'ostéopathie sont assez variés. Ils sont souvent le fruit d'une rencontre et seuls trois praticiens racontent une expérience personnelle d'un traitement ostéopathique comme un élément déterminant.

### **Une expérience de l'entourage personnel**

D'abord par l'entourage familial proche pour quatre praticiens (« *mon grand-père racontait tout le temps comment les gens venaient le voir des quatre coins de France* » (M5)), c'est aussi à travers une activité annexe en rapport avec le corps que quatre médecins découvrent la pratique ostéopathique : le sport (M14 et M12), la danse (M4) et le théâtre (M15).

### **Une expérience dans l'entourage médical**

C'est de façon fortuite, au cours de leur formation médicale, que trois médecins ont connu l'ostéopathie ; pour M13 et M16 par l'intermédiaire de rhumatologues qui exerçaient l'ostéopathie aux urgences ou en consultation. M16 s'est interrogé : « *pourquoi les gens venaient là alors qu'il y avait à côté des rhumato, gastro...toutes les spécialités disponibles ?* ».

### **Une curiosité personnelle puis volontaire**

Deux médecins ont découvert l'ostéopathie par curiosité personnelle avec la recherche « *d'un art un peu global* », « *avec un soulagement rapide* » (M12) et ont rapidement choisi de l'exercer, notamment à travers la médecine du sport.

### **Une rencontre liée au hasard**

Deux praticiens, déjà en recherche d'une autre démarche thérapeutique en se formant à l'homéopathie, découvrent l'ostéopathie par hasard au cours d'une de ces formations (M9, M17). Un médecin a été sensibilisé au cours de sa pratique par retour de ses patients. Il exerçait alors déjà l'homéopathie et la mésothérapie.

### **Le choix d'être ostéopathe avant d'être médecin**

Quatre médecins ont d'abord fait le choix d'exercer l'ostéopathie. Pour M2, les études médicales ont été le premier moyen d'y parvenir mais trois d'entre eux ont eu des formations initiales de kinésithérapeute ou de podologue (et posturologie) avant leur formation d'ostéopathe, puis de médecin. Un sixième des médecins de cette enquête a eu une formation médicale secondaire à un exercice de l'ostéopathie sous un autre statut.

Ces témoignages sont parfois le fruit d'une expérience hospitalière, mais aucun médecin ne décrit un enseignement ou une évocation de l'ostéopathie au cours de la formation universitaire. Cette découverte est souvent associée à une mise en échec des pratiques médicales ou le constat, le plus souvent par hasard, de l'efficacité de l'ostéopathie (« *je m'occupais des sportifs en général, ils avaient des plaintes fonctionnelles, on faisait des radios, des IRM et on voyait rien, ils étaient pas fous, et une fois une vient me voir en me disant : « j'ai été voir mon ostéopathe et je n'ai plus de plainte fonctionnelle »* (M14)).

## 3.2. Déterminants du choix de l'exercice de l'ostéopathie

### 3.2.1. Par choix positifs

#### **La globalité et l'efficacité**

Les éléments évoqués spontanément par les médecins pour exprimer les choix positifs de l'ostéopathie sont nombreux :

- Une approche globale avec la notion d'une médecine centrée sur le patient (« *c'est la première fois que je voyais un médecin s'intéresser à un patient et pas à une maladie, un syndrome* » (M9), « *je voulais pratiquer une médecine globale et ne pas être un réparateur d'organes simplement* » (M17)) et l'écoute est citée par trois médecins (M1, M4, M18)
- L'efficacité et le soulagement rapide pour cinq médecins (« *une thérapie qui apportait de grands bienfaits [...] et surtout une efficacité et une rapidité dans l'action* » (M11)) et M3 décrit « *un service rendu irremplaçable* ».

#### **« Le toucher »**

L'examen et le soin en ostéopathie instaurent un rapport différent entre le thérapeute et le patient, qui se sent « pris en main ». Cela ressort des entretiens de dix médecins à travers les termes de « *intérêt du toucher* », « *anatomie palpatoire* », « *connaissance du corps* ».

### 3.2.2. Une réponse inadaptée de la médecine

#### Echec de la réponse thérapeutique

Le premier reproche qui est fait à la médecine conventionnelle est son incapacité à répondre aux troubles fonctionnels. Son désintérêt est souligné par M1 « *celui [le patient] qui n'a rien* » ou « *celui pour qui on a trouvé des trucs mais pour qui c'est foutu* ». L'inutilité de la prise en charge médicamenteuse dans ces indications est exprimée par sept médecins par les termes « *inefficacité* », « *excès de médicaments* » « *abus de chimie* » et cinq d'entre eux citent spécifiquement les AINS et myorelaxants.

#### Une médecine trop technique

A travers la proximité physique de l'approche ostéopathique, c'est aussi la critique d'une médecine distante et très technique que l'on retrouve dans différents discours, où la médecine est décrite comme : « *technique* », « *hyperspécialisée* » et « *trop dépendante de l'imagerie* ». M14 exprime cette distance en disant qu' « *aujourd'hui, on ne touche les patients qu'avec des aiguilles ...* ».

Un médecin s'interroge sur le vide laissé par la médecine moderne : « *on a des médecins ultra-techniciens qui font des diagnostics, mais quand il n'y en a pas, qui soigne le reste ?* » Cette part oubliée par la médecine moderne mais revendiquée par la médecine générale dans son enseignement actuel, trouve aussi une réponse dans l'ostéopathie.

## 3.3. La formation

### 3.3.1. Formation initiale

#### Le DIU Hôtel Dieu

Le DIU de l'Hôtel Dieu, le plus ancien, a été choisi pour son approche scientifique « *j'étais trop scientifique pour faire Bobigny* » M10, et pour la formation à la pratique de la MMO. Rappelons que ce DIU nécessitait initialement une formation de spécialiste, ce qui a été un frein pour un des médecins interrogés, qui est allé à Bobigny.

### **Le DIU de Bobigny**

Le DIU de Bobigny est cité comme étant la référence de la formation en ostéopathie par deux praticiens. La formation à Bobigny, initialement faite par des non médecins, a ensuite été reprise en partie par les médecins ostéopathes.

### **Autres formations**

Le centre Hahnemann est cité par les médecins 5, 6 et 9 comme lieu de formation pratique, il permet à des praticiens d'exercer avec l'aide de praticiens expérimentés mais ne permet pas d'obtenir un diplôme officiel de MMO.

Trois autres praticiens sont issus de formations privées, deux avec des enseignements par des non-médecins et un réalisé par un médecin. Ce dernier enseignement s'intéressait à l'usage exclusif de l'ostéopathie crânienne.

Pour quatre médecins qui ont eu une formation initiale privée, l'examen du DIU de l'Hôtel Dieu ou de Bobigny n'a été qu'un moyen d'être inscrit en tant qu'ostéopathe sur le tableau de l'ordre des médecins.

### **3.3.2. Formation complémentaire**

Tous ont poursuivi des formations complémentaires, jugeant l'acquisition de connaissances et d'expériences pratiques comme indispensables. Ces formations (principalement le post-DIU à Bobigny ou un enseignement privé) étaient souvent complémentaires de l'approche structurale initialement enseignée, avec un apprentissage de l'ostéopathie viscérale, crânienne ou sacrée.

## **3.4. Concepts rattachés à l'ostéopathie par les médecins ostéopathes**

### 3.4.1. Les concepts reconnus

Ces entretiens proposent une définition de l'ostéopathie à travers différents concepts :

- Les trois concepts fondateurs de Still : jugés d'actualité seulement pour M4, ils sont rappelés par M10, 15 et 16 par la notion d'auto-guérison ou « salutogénie ».
- Comme outil technique. Cet abord de l'ostéopathie est mis en avant avec les termes de « *médecins aux mains nues* », « *efficace par lui-même* » (M1), « *réparer avec ses mains* » (M15) et par l'évocation par M3 et M12 d'une équivalence avec la petite chirurgie.
- Comme outil diagnostique. Le concept ostéopathique a son intérêt propre même pour un médecin qui ne manipule pas, comme deux médecins le soulignent (M13, M1).

### 3.4.2. Les attentes de l'ostéopathie

#### 3.4.2.1. Les indications

#### **Les pathologies rachidiennes et périphériques**

Les pathologies rachidiennes sont les premières évoquées par neuf médecins, en association aux pathologies ostéo-articulaires périphériques d'ordre structurelles ou fonctionnelles. Les pathologies citées sont « *les lombalgies, dorsalgies communes* », « *les NCB, sciatiques* », « *troubles musculo-squelettiques* », « *entorses* », « *traumatismes liés à la médecine du sport* », « *tout ce qui est osseux est une indication* ». Ces pathologies peuvent aussi bien être aiguës que chroniques ou récurrentes. La prise en charge en urgence est contestée, deux médecins indiquent qu'ils préfèrent ne pas manipuler, un autre le fait.

M14 insiste sur la justesse de l'examen clinique pour préciser l'indication : « *il faut que ces techniques soient appliquées à des dysfonctions ostéopathiques, si on a une lésion anatomique, ça ne fonctionne pas* ».

#### **Les autres motifs fréquents**

Les migraines et céphalées sont les deuxièmes pathologies les plus citées, puis vient le motif des consultations préventives. Elles s'adressent aux adultes (quatre médecins) et aux

nourrissons avec la prise en charge de plagiocéphalie, régurgitations, et coliques (quatre médecins).

M7 s'intéresse à la prise en charge des vertiges, pour lesquels il est « spécialisé ». Cette indication est aussi citée par M19.

### **Comme traitement adjuvant**

M7 utilise l'ostéopathie comme traitement adjuvant de certaines pathologies chroniques comme la polyarthrite rhumatoïde ou la spondylarthrite ankylosante, ou l'objectif n'est pas de traiter mais où « *l'ostéopathie n'a plus qu'un rôle d'accompagnement et d'antalgique* ».

### **Evolution de la pratique**

Trois médecins décrivent clairement une évolution de leur pratique passée d'une prise en charge limitée aux troubles musculo-squelettiques et pathologies rachidiennes à un élargissement lié à leur expérience (« *mon activité a évolué en trois décennies...et avec l'expérience, j'ai commencé à m'occuper de plus en plus de pathologies* » (M3), « *je ne pensais pas au début voir des pathologies aussi variées ...* » (M4)).

### **Biais de sélection**

Un médecin déclare également de façon assez juste un biais de sélection des pathologies ; un certain nombre de pathologies prises en charge en ostéopathie sont bien connues du grand public et créent une demande assez forte : « *on pourrait prendre beaucoup plus de choses en charge que le public ne le connaît* » estime ainsi M13.

#### **3.4.2.2. Des objectifs multiples**

Les niveaux d'attentes de l'ostéopathie sont assez variables, et sont liés aux concepts et à l'approche ostéopathique qu'ont les médecins. Cependant, le premier objectif est toujours de soulager, « *de bien fonctionner* » (M2), « *de retrouver une vie normale active et indolore* » (M7) avec en corollaire la limitation de la consommation médicamenteuse.

Parfois, et surtout lors d'une consultation à visée préventive, l'objectif va au-delà de la « non-douleur » avec la recherche d'un bien être plus global (« *d'une tranquillité physique* » (M8), « *éliminer un blocage de l'élan vital* » (M16)).

### 3.4.3. Les limites de l'ostéopathie

#### 3.4.3.1. Contre-indications et accidents liés à l'ostéopathie

##### **Contre-indications**

Le terme de contre-indication est prononcé par trois médecins au cours des entretiens, pour justifier la prescription d'examens d'imagerie, mais il n'y avait aucune question spécifique à ce sujet. Leur recherche est évoquée pour justifier la prescription d'examens complémentaires ou lors de l'examen clinique.

##### **Accidents et craintes**

Deux médecins évoquent le risque liés aux manipulations, mais qui apparaît comme un risque totalement maîtrisé. Selon M16 « *les manip en ostéo, quand elles sont bien faites il y a pas de problème* » et il rejoint en cela M11 « *mes manipulations je les contrôle, je sais que je vais rien disséquer ou fracturer* ».

#### 3.4.3.2. Limites liées à la pratique

##### **Limites liées aux indications**

Les limites de l'ostéopathie se situent là où débutent les pathologies organiques, comme insistent la plupart des médecins : « *on ne peut pas tout soigner* » (M14). Un médecin souligne le caractère « physique » de certaines manipulations ostéopathiques qui peut faire peur aux patients : « *c'est agressant l'ostéopathie quand même, il y a des personnes qui supportent pas* » (M9).

##### **Limites liées à la subjectivité de la pratique**

Plusieurs MO insistent sur la spécificité de la relation et sur la pratique de l'ostéopathe qui s'adapte à chaque patient : « *il y a une ostéopathie par patient* » (M4). M1 décrit le manque « *de concordance entre des signes, des plaintes, un diagnostic et un traitement* » qui introduit un flou supplémentaire dans la prise en charge ostéopathique.

### **Connaître ces limites**

Les praticiens sont globalement tous conscients des limites de l'ostéopathie et expriment la nécessité de faire preuve « d'humilité » pour reconnaître quand ça ne fonctionne pas « *l'intérêt de l'ostéopathie c'est que ça répond soit tout de suite soit non* » (M18). Quatre médecins fixent cette limite à trois consultations.

Ils évoquent les recours possibles en cas d'échec:

- Les infiltrations et interventions chirurgicales (M10, M5).
- M6 n'hésite pas à adresser ses patients à un rhumatologue en cas d'échec.
- La plupart contactent le médecin traitant

## **3.5. Le statut de « médecin »**

### **3.5.1. Réassurance pour le patient**

#### **Un statut qui donne un cadre initial au patient**

Le statut de médecin est un élément rassurant évident pour cinq praticiens, même s'il est peu connu des patients en général, du fait essentiellement de leur faible proportion, « *il y a des personnes qui viennent aussi me voir parce que je suis médecin ostéopathe, c'est clair et net qu'ils ont plus confiance* » (M6). Ce statut a une importance initiale mais par la suite, ce critère est le plus souvent effacé par l'expérience vécue par le patient (« *franchement la plupart se souviennent plus que je suis médecin* » (M4)).

#### **Une compétence technique discutée**

De l'opinion de trois médecins (M12, M6, M16), le statut de médecin n'est pas la garantie d'une meilleure technique ostéopathique. Elle est avant tout acquise avec l'expérience d'une pratique régulière (« *c'est certain que quand on apprend quelques techniques, ce n'est pas en un an, deux ans que vous pouvez être vraiment médecin ostéopathe même si vous en avez le diplôme* » (M16)). Une formation complémentaire paraît nécessaire, ce qui est concordant avec le nombre de médecins qui ont effectué d'autres formations. Sept MO reconnaissent les compétences techniques des autres ostéopathes.

Deux médecins précisent l'importance de pouvoir prescrire des examens complémentaires.

### 3.5.2. Importance des compétences médicales

#### La consultation médicale dans la consultation ostéopathique

Treize médecins soulignent l'importance de la consultation médicale au cœur de la consultation ostéopathique. Ils insistent à la fois sur la nécessité de l'interrogatoire avec le recensement des antécédents (M7) et surtout sur l'examen clinique complet à la recherche d'un diagnostic médical (dix médecins) notamment à travers des tests orthopédiques ou de médecine du sport (M14 et M11).

#### Un argument pour refuser une manipulation

Ce statut est un argument pour quatre médecins pour ne pas manipuler le patient si ce n'est pas indiqué. Lorsque le patient vient consulter spécifiquement dans cette attente, le médecin peut proposer une alternative pour le soulager : *« c'est important de pouvoir dire à un patient, « je ne vous manipule pas ». Un médecin peut le faire, il prescrit des antalgiques, des AINS et le revoit dans 10 jours... alors qu'un ostéopathe non médecin quelque part il se sent obligé de manipuler parce que les gens viennent vraiment pour ça »* estime M6.

C'est bien la capacité diagnostic, d'un diagnostic médical et ostéopathique, qui est soulignée par les médecins ostéopathes.

### 3.6. Satisfaction dans la pratique

Huit praticiens expriment dans leur discours une réelle satisfaction dans la pratique de l'ostéopathie. Elle est surtout associée à l'efficacité de l'action du médecin sans avoir besoin d'autres substituts. M14 raconte son expérience : *« c'est à dire qu'ils rentrent dans le cabinet, je leur fais ces techniques, ils descendent de la table et disent « je n'ai plus mal ! » ». Cette satisfaction est traduite par les termes de « valorisant », « agréable », d'une action « payante », « performance écrasante », « grand bienfait ».*

Cette efficacité rejoint l'essence première du médecin (*« c'est pour ça qu'on a fait médecine »* (M14)). Le bénéfice ressenti par le patient est également satisfaisant pour le praticien.

## 4. MEDECINS OSTEOPATHES ET PATIENTS

### 4.1. Caractéristique de la population

La population suivie en ostéopathie est extrêmement variée. Elle est décrite « *de - 9 mois à 99 ans* » par M17. Un médecin prend en charge essentiellement des sportifs de haut niveau et a donc une patientèle jeune. Seul M9 décrit une limitation liée à l'âge « *les personnes âgées sont plus arthrosiques, donc il y a moins de mobilité possible et sont plus fragile* », et le bénéfice est plus limité et moins durable.

### 4.2. Recrutement des patients

#### **Bouche à oreille**

Les MO décrivent entre 50 et 98% de leurs patients qui consultent en accès direct et le bouche à oreille est le premier moyen de recrutement. Les patients viennent consulter et choisissent l'ostéopathe sur les conseils de leur entourage. Parfois, ces patients ont déjà vu leurs médecins traitants pour un symptôme donné mais consultent de leur propre chef (M1).

Dans cette population certains se sont renseignés sur internet pour choisir un ostéopathe (« *de plus en plus il y a des gens qui regardent sur internet* » (M16)) ou par les pages jaunes qui sont citées par trois médecins comme moyen de recrutement fréquent.

De façon un peu plus surprenante, quatre praticiens évoquent l'importance des pharmacies dans l'orientation vers un ostéopathe (« *ils ont un très très gros rôle de conseil. Et quand les patients sont contents ils reviennent voir leur pharmacien* » (M11)).

M2 reçoit également des enfants dont les parents ont été conseillés par les professionnels d'une crèche à proximité.

#### **Par un médecin généraliste**

La part de patients adressés par un médecin généraliste varie entre 1 et 50%, selon les estimations des MO : elle représente une faible part de leur activité. Les deux médecins (M10 et M16) qui déclarent avoir 50% de leurs patients adressés par des médecins généralistes, renvoient systématiquement un courrier aux médecins leur adressant des patients.

### **Une sélection par l'argent**

Le coût de la consultation est un problème soulevé par quatre médecins. Trois d'entre eux le mentionnent dans le cadre du remboursement des soins par les mutuelles. M6 regrette cette charge pour le patient et M17, installé en secteur 3, n'apprécie pas cette sélection de sa patientèle : « *mais c'est un frein, il ne faut pas se leurrer, ça sélectionne les patients d'une façon que je n'apprécie pas outre mesure* ». M12 pour sa part, juge que « *les gens, quand ils viennent, savent pourquoi ils paient* ». La durée des consultations des médecins varie de 30 minutes à 1 heure et est difficilement compatible avec une activité conventionnée.

### **4.3. Attentes des patients**

Les médecins ostéopathes étaient interrogés sur les attentes qu'ils perçoivent de la part des patients. Tout comme leurs attentes envers l'ostéopathie, elles se situent à différents niveaux.

#### **Un soulagement rapide**

La première attente des patients telle qu'elle est perçue par les praticiens, est la recherche « *d'un soulagement rapide* », « *avoir moins mal* », « *guérir rapidement* », « *pour un sportif, de pouvoir se défoncer rapidement* », « *retrouver une mobilité* ». Ces expressions traduisent la recherche d'efficacité et de rapidité dans la guérison ou dans la résolution partielle des symptômes.

#### **Une prise en charge manuelle pour diminuer la consommation médicamenteuse**

Un autre aspect récurrent (pour douze médecins) est la recherche d'une action non chimique. Quand ils ne peuvent l'éviter, deux médecins (M2, M9) précisent qu'ils prescrivent des cures médicamenteuses plus courte, M7 parle de « *shunter le médicament* ».

Cette attente est rattachée par les médecins à une « *méfiance* » de la part des patients : les échecs des médicaments pour les soulager et les polémiques récentes ont accentué ce trait (« *c'est pour ça que l'ostéopathie va avoir du succès, parce que même s'ils font rien, ils leur font pas mal* » (M10)).

A contrario, M11 ressent parfois une demande forte de la part du patient d'une prescription médicale : « *mais certains réclament, j'essaie de les décourager mais s'ils insistent je donne des antalgiques* ».

### **Recherche de globalité**

Finalement, ils ne sont que quatre médecins à ressentir cette attente des patients. M8 atteste de cette « *demande de globalité, et pas d'une explication scientifique* », M4 et M9 sont conscients de l'attente des patients de ne pas être limités à une pathologie « *en intégrant le fait que ce sont des individus, que c'est pas qu'une maladie, qu'une gorge* » (M4).

### **Effet placebo du « craking »**

Trois médecins décrivent cette attente des patients du « *craking* ». Cette attente n'est pas adaptée mais reste une image forte : « *ils aiment bien que ça craque, comme ça, c'est que c'est efficace, même si ça craque à côté* » dit M9 ; ce « *craking* » est pour le patient un critère d'efficacité du geste.

## **4.4. Concordance des pathologies de recours**

Les médecins reconnaissent une bonne adéquation entre les motifs de consultation des patients et leurs compétences. M1 estime que « *les patients savent ce qu'on fait maintenant* », et M18 « *les gens ne viennent pas voir un ostéopathe par hasard, tu viens pas si tu saignes du nez ... La demande et la réponse sont assez concordantes* ». Ce sentiment de concordance semble partagé par les patients pour deux médecins. Ils décrivent l'adhésion des patients à la thérapeutique qu'ils proposent et M4 la perception de « *la justesse* » et de « *la pertinence de la confrontation entre ce qu'ils ressentent et ce que je sens* ».

M15 par contre a le sentiment d'une certaine inadéquation avec sa pratique, pour les patients qui s'adressent à lui après une recherche via internet : « *les jeunes surtout ont tendance à chercher sur internet [...] c'est des gens qui cherchent souvent une solution tout de suite et ce n'est pas toujours l'idéal avec ma pratique* ».

## 4.5. Différents modes de recours au médecin ostéopathe

Dans les réponses des médecins ostéopathes, on distingue deux principales populations de consultants en fonction de leur mode de recours à l'ostéopathe. Ils décrivent une évolution dans le temps de ces populations.

### **Des patients « en bout de course »**

La première population correspond à des patients arrivant « en bout de course » auprès des médecins ostéopathes. M1 voit dans cette population le profil type d'il y a 20 ans : « *un patient qui a tout vu, tout essayé mais pour qui personne n'a trouvé de solutions* ». Elle est associée à une errance et un épuisement des ressources médicales : « *entre celui qui est désespéré et celui qui est désespérant pour le médecin* » (M1), « *il y en a qui ont tout épuisé, ils ont fait plusieurs médecins...* » (M12). Cette population se retrouve aujourd'hui mais en moindre proportion.

Parfois, cette latence dans la prise en charge génère une attente excessive « *il y a des gens qui attendent de toi le sauveur* » (M18). Ce retard peut-être expliqué par l'ignorance de certains médecins de la pathologie réflexe et du concept ostéopathique en général, avec de nombreuses prescriptions d'imagerie et des consultations répétées mais inadaptées.

### **Evolution vers un accès direct**

Avec le développement et la démocratisation de l'ostéopathie, les patients viennent consulter et sont adressés dès le début de leur pathologie. Les médecins installés depuis plusieurs années décrivent une part plus importante de cette « *population avertie* » qui consulte l'ostéopathe rapidement (« *la première fois c'est souvent à ce stade-là [en parlant des consultations tardives]. Après quand ils ont compris, on les voit d'abord* » (M6)). Les patients arrivent plus souvent chez l'ostéopathe sans avis médical préalable et il est d'autant plus nécessaire qu'un diagnostic médical soit posé.

### **Des patients « suivis »**

Il existe aussi une petite part des consultations pour des pathologies chroniques où le médecin effectue un « suivi ostéopathique » et ceci est plus marqué si le médecin ostéopathe est également le médecin généraliste du patient. La fréquence des consultations peut donc être extrêmement variable : « *j'ai des patients qui vont revenir une fois par an, une fois tous les 2-*

*3 ans, certaines personnes âgées qui ont des trucs très lourds et qui peuvent plus prendre de médicaments, que je vois peut être une fois par mois » M12. Un médecin estime à environ 30% la population dont il est médecin traitant et qu'il suit régulièrement en ostéopathie (M7).*

Cette évolution des pratiques fait que ces praticiens sont susceptibles d'intervenir à tous les stades d'une pathologie avec différentes compétences qui sont mises en jeu : un rôle diagnostic et thérapeutique.

## 4.6. Stratégie de prescription

### 4.6.1. Prescription d'examens complémentaires

#### **Une moindre prescription d'examens complémentaires**

Dans l'ensemble, tous les médecins ont le sentiment d'avoir une faible prescription d'examens complémentaires. Les termes associés à la prescription d'imagerie sont « *pas beaucoup* », voire « *rarement* », « *peu* », alors que deux autres estiment être « *à ¼ des prescriptions des confrères* ». Ceci s'explique par différentes raisons :

- Des pathologies fonctionnelles qui nécessitent rarement une exploration. C'est le premier argument avancé par M3 qui parle de « *pathologies gênantes mais qui incitent pas toujours à faire des explorations* »
- Un bilan initial souvent déjà fait, « *les patients ne sont pas vierges, ce n'est pas la 1<sup>ère</sup> fois qu'ils ont mal au dos* » M1, « *mais le plus souvent, les patients ont déjà leur dossier et ont fait tous les examens nécessaires* » M17.
- Une prescription guidée par un examen clinique approfondi : « *réexaminer de façon plus physique, manuelle, globale et à partir de là faire un diagnostic...et le confronter éventuellement par des examens complémentaires* » M5. Huit médecins insistent sur la pertinence de l'examen clinique pour orienter les examens éventuels.

- Une disponibilité de temps pour expliquer au patient pourquoi un examen n'est pas nécessaire. M6 « *j'ai le temps d'expliquer aux gens pourquoi c'est inutile de faire tel ou tel examen.* »

Six médecins jugent la prescription d'examens complémentaires excessive aujourd'hui et que la pratique de l'ostéopathie rationalise cette prescription.

### **Le cadre médico-légal**

Il est évoqué par cinq praticiens et justifie pour deux d'entre eux la prescription de radiographie chez des personnes plus « *fragiles* » ou « *après un traumatisme* ». Pour M9 « *la radiographie ne nous aide pas beaucoup sur le geste en ostéopathie* ».

Seul M14 estime qu'il prescrit davantage d'examens dans le cadre médico-légal, dans une exigence accrue d'avoir un diagnostic lésionnel exact. Cette attitude est aussi liée à sa pratique centrée sur les sportifs de haut niveau.

### **4.6.2. Prescription médicamenteuse**

Cette prescription s'adapte à la demande des patients, qui est essentiellement orientée vers la recherche d'une moindre nocivité. Cependant, on distingue deux attitudes différentes des médecins par rapport à la prescription médicamenteuse :

- Des médecins qui restent prescripteurs, tout en limitant la durée des traitements à l'image de M5 « *je n'aurais pas la prétention de dire que je soigne tout le monde sans aucune aide médicale* ». Ils sont majoritaires dans notre groupe.
- De très faibles prescripteurs qui estiment que les patients trouvent ces traitement ailleurs : « *les gens qui viennent ici viennent pour être soignés avec les mains, le deal est clair* » (M4) et « *je prescris quasiment pas, parce qu'ils ont déjà leurs traitements, et souvent mon but est de diminuer cette consommation* » (M17)

## 4.7. La relation de soin ostéopathique

Ils sont cinq médecins à évoquer la particularité de leur relation avec le patient, et comment cette relation, rendue spécifique par le contact physique, participe au soin. Elle est illustrée par les termes « *rencontre* », « *dialogue* », « *relation médecin malade* ».

M13 met cette relation au cœur même de l'efficacité « *après, l'explication, il faut la chercher ailleurs, c'est le lien thérapeutique entre le médecin et son malade* » et elle est la base de l'ostéopathie pour M1 (« *cette absence de distance [...] est le fondement de l'approche ostéopathique* »).

## 5. PERCEPTION PAR LE MEDECIN OSTEOPATHE DE SA RELATION AVEC LE MEDECIN TRAITANT

### 5.1. Connaissance du médecin ostéopathe

#### **Par le retour des patients**

Sept médecins estiment que certains médecins généralistes, le plus souvent de leur réseau local (les termes de « *voisinage* », « *local* », « *autour* » sont cités dans quatre entretiens), les connaissent après retour d'expérience de leurs patients. C'est à nouveau une forme de bouche à oreille par les patients qui intervient « *moi j'ai assez peu de relation avec les médecins autour [...] ils me connaissent par les patients qu'on a en commun* » (M12).

#### **Réseau professionnel**

Le réseau professionnel est également un moyen de rencontre. Il s'agit de médecins connus lors de congrès (M5), ayant suivi une formation d'ostéopathie mais n'exerçant pas (M1), ou au cours de formations locales (M16, M11 et M12). Trois médecins (M12, 13 et 14) parlent de connaissances personnelles sans précision.

#### **Expérience personnelle**

Trois MO (M1, M8, M18) ont traité des confrères médecins généralistes qui par la suite leur adressent des patients régulièrement.

## 5.2. Attentes des médecins généralistes perçues par les médecins ostéopathes

### **Une attente ouverte**

Cinq médecins évoquent une attente ouverte et peu définie de la part du médecin qui adresse, notamment lorsqu'il le fait à la demande du patient et que son courrier est une simple formalité pour le parcours de soins. Les médecins ostéopathes ne précisent pas si, pour eux, ces courriers traduisent une méconnaissance des indications.

D'autre part, M1 et M15 traduisent cette attente ouverte par une relation de confiance, comme M12 qui l'exprime ainsi « *ils me les confient, ils savent ce que je fais* ».

### **Des attentes spécifiques**

Certains médecins ressentent des attentes plus spécifiques de la part de leurs confrères : M14 un avis diagnostic, M11 un diagnostic spécifique qui n'existe pas en médecine générale, M2 reçoit souvent des musiciens adressés pour des problèmes de posture et enfin M9 accueille plus souvent des patients de ses confrères lorsqu'il y a une nécessité d'action immédiate. M1, qui est enseignant, reçoit des patients adressés spécifiquement pour une manipulation par des médecins formés mais qui ne manipulent pas.

### **Une « dernière chance »**

Un autre motif de recours fréquent au médecin ostéopathe par les médecins généralistes est la situation d'impasse thérapeutique. La solution ostéopathique est donc proposée à des patients avec des « *problèmes récurrents* » (M2), quand les médecins généralistes sont « *à cours d'idées [...] des patients qu'ils n'arrivent pas à soigner et qui les emmerdent* » (M4). Les MO évoquent ces cas en parlant de « *brebis à cinq pattes* » (M11), « *de trucs insolubles, hyper compliqués* » (M10), « *de cadeaux empoisonnés* » (M15).

Certains praticiens se sentent en adéquation avec ces indications : « *quand ils ne savent plus quoi faire, on apporte des solutions* » M11, « *mais moi ça me va !* » (M4) et M17 trouve « *que l'ostéopathie crânienne peut apporter des résultats* ». A contrario, un médecin estime que son intervention sur ces cas complexes n'est pas toujours adaptée (« *des trucs ou plus personne ne comprend rien et ou en fait c'est pas forcément de bonnes indications* » (M15)).

## 5.3. Perception de la compréhension de l'ostéopathie des médecins généralistes par les médecins ostéopathes

### 5.3.1. Le sentiment d'un manque de sensibilisation

Huit médecins ressentent chez leurs confrères un manque de connaissance de l'ostéopathie. Ce sentiment est exprimé par M7 : « *mes confrères généralistes prescrivent pas beaucoup d'ostéopathie parce qu'ils savent pas* ». Cette méconnaissance est surtout rattachée à un manque de formation ou simplement d'information et soulève, pour M6, de l'incompréhension : « *je ne comprends pas que les médecins généralistes au moins ne soient pas sensibilisés* ».

A l'inverse, quatre médecins ont le sentiment que leur réseau professionnel a une connaissance suffisante de l'ostéopathie (M2, M10, M16, M4) et de leur pratique. Ils retrouvent une bonne concordance entre l'attente du médecin généraliste et ce qu'ils peuvent apporter.

### 5.3.2. Des limites à l'adressage

#### Des idées reçues

Ce défaut de connaissance s'explique en partie par la circulation d'idées reçues et d'une connotation ésotérique rattachée à l'ostéopathie. M7 de dire « *qu'avec ce qu'ils ont entendu sur l'ostéopathie, sur les dégâts de l'ostéopathie ça les encourage pas à prescrire* ». M6 pense que pour certains d'entre eux « *ce qu'ils ne comprennent pas n'existe pas* » et cela leur ferme les portes de l'ostéopathie.

Un autre facteur limitant est le manque de reconnaissance par le cursus scientifique connu, qui nécessite une autre forme d'adhésion de la part des médecins comme le souligne M13.

#### La crainte de complications

Elle apparaît pour un médecin (M16) comme un frein important à l'adressage à un ostéopathe, qui constate « *une phobie de la paralysie* ». Pour lui, certains généralistes associent les manipulations ostéopathiques uniquement au « cracking » avec l'image de manipulations brutales, limitées au dos et que « *du coup les gens ont la trouille d'adresser* ». Il rappelle qu'il

y a beaucoup moins d'accidents liés aux manipulations cervicales qu'à la prescription d'AINS.

#### **La crainte de la concurrence.**

La concurrence est citée par M4 et M10, mais elle n'a constitué une limite que pour M10 lorsqu'il pratiquait encore la médecine générale. Pour M4, les médecins savent « *que je n'empiète pas sur leur domaine* » alors que M10 ressentait un frein chez ses confrères « *ils avaient peur que je leur pique leurs chroniques* ».

#### **La crainte des patients**

Seul M3 évoque le fait que les patients « *n'osent pas* » demander à leur médecin à voir un ostéopathe, ou simplement leur demander conseil.

### **5.3.3. Une évolution des connaissances**

Six médecins s'accordent sur le constat d'une évolution des pratiques et des connaissances. M10 ressent que « *maintenant ils commencent à connaître* » en parlant des médecins généralistes de son entourage. M11 souligne surtout la « *vulgarisation* » de l'ostéopathie auprès des jeunes médecins et la compare avec « *les anciens qui n'y croient pas forcément* ».

### **5.3.4. Ce que les médecins ostéopathes attendent des médecins généralistes**

Il n'y a pas d'attente bien définie de la part des médecins ostéopathes, M6 demande une certaine ouverture d'esprit à ses confrères « *qu'ils sachent que ça existe, et qu'on peut faire des choses qui sont plus intéressantes que de filer des anti-inflammatoires au long cours ou des décontractants musculaires ou des séances de kiné qui servent à rien* ».

Seul M3 cite le courrier d'adressage reçu de la part du médecin généraliste jugeant que « *ça gagne du temps, pour moi mais parfois c'est pas indispensable ...* ».

La principale attente des médecins ostéopathes est essentiellement que les généralistes aient des connaissances suffisantes pour adresser les patients qui pourraient retirer des bénéfices d'une prise en charge ostéopathique.

## 5.4. La participation à la formation

En regard de ce constat du manque de connaissance ou sinon d'un a priori négatif sur l'ostéopathie de la part de certains médecins, plusieurs MO sont impliqués dans l'enseignement.

### **Les différentes actions**

La majorité des médecins de notre échantillon sont impliqués de diverses façons dans la formation (onze au total). Ces formations s'adressent à des ostéopathes non professionnels de santé à travers l'action de M18 et M7 qui ont fondé des écoles d'ostéopathies. Dans son enseignement, M18 qui a eu une formation de kinésithérapeute préalable, cherche à transmettre une « *approche ostéopathique de la médecine* », « *centrée sur la sémiologie, je travaille beaucoup sur les diagnostics différentiels* ». Mais elles concernent aussi les médecins généralistes soit dans des formations universitaires (M1, M4, M10, M16, M18), au « *cours de congrès* » M5, « *d'EPU* » M7, « *de groupes d'échanges* » (M16) et par un investissement dans des syndicats de MO (M5).

M10 exprime ainsi cette volonté de formation : « *par rapport aux médecins généralistes, il faut que je les forme* », et s'implique dans la formation de médecins urgentistes à l'hôpital. M11 participe à un réseau mettant en place une initiation dès la deuxième année de médecine, avec pour objectif de faire éventuellement naître des vocations, mais surtout que ces étudiants « *puissent être prescripteurs et qu'ils aient cette médecine dans leur arsenal thérapeutique* ». Il y a un réel investissement dans la transmission des principaux concepts ostéopathiques.

### **Des actions simples mais efficaces**

M16 parle de son expérience personnelle dans des formations où il a eu l'occasion de faire des petites mises au point sur l'ostéopathie, avec une évolution des pratiques suite à ces interventions pourtant simples et brèves : « *et ça suffisait le plus souvent à enlever cette peur vis à vis de ça et à changer les habitudes* ».

Ces actions ont surtout pour objectif d'éviter les idées reçues et de promouvoir une connaissance suffisante de l'ostéopathie, afin que chaque médecin soit en mesure de proposer cette option à ses patients.

## 5.5. Les échanges et interactions

### 5.5.1. Le courrier médical : des habitudes variables

#### **Courrier systématique**

Six médecins (M1, M10, M11, M13, M14 et M16), soit près d'un tiers de notre population, renvoient systématiquement une lettre au médecin qui leur a adressé le patient. M10 considère que ce courrier est un vecteur essentiel de la formation apportée aux médecins généralistes. Sa lettre systématique contient donc un laïus où il rappelle les principales indications et contre-indications de sa pratique et il précise « *ce qui est important, c'est de communiquer, c'est d'échanger, et la lettre c'est le meilleur moyen* ». M16 estime que « *quand on adresse quelqu'un il est toujours intéressant d'avoir un retour* ».

#### **Contenu du courrier médical**

Pour ces six médecins qui adressent un courrier systématique, le contenu est souvent « *peu circonstancié* ». L'objectif est de décrire le diagnostic ou du moins « *le niveau lésionnel* » (M14 et M16) et pour certains la technique utilisée. M14 trouve qu'il y a un intérêt à préciser s'il a utilisé une technique « *structurelle ou de trust* » ou d'ostéopathie fonctionnelle alors que M1, M11, M16 et M14 s'accordent à dire qu'il n'y a aucun intérêt à décrire précisément des techniques non connues et souvent mal comprises.

#### **Courrier occasionnel**

Sept médecins adressent un courrier de façon occasionnelle pour des motivations variables : il s'agit pour M12, M2 et M5 de situations pour lesquelles ils ressentent une attente particulière du médecin généraliste ou en cas d'échec et M19 rédige un courrier si le patient souhaite transmettre l'information à son médecin.

#### **Rarement ou jamais**

Six médecins ne rédigent quasiment jamais de courrier à l'issue de la consultation, M4 de dire « *je suis un bourru* ». M3 se souvient qu'il lui avait été fortement conseillé de rédiger un courrier pour chaque patient pendant sa formation, mais ne le met pas en pratique.

Au total, plus de deux tiers de notre population renvoie des courriers de façon régulière aux médecins ayant adressé leur patient.

### **5.5.2. Le courrier médical : un intérêt contesté**

#### **Des informations peu intéressantes à transmettre**

Les six médecins qui ne rédigent pas ou peu de courrier estiment qu'un échange d'information sur le diagnostic et les techniques ostéopathiques a peu d'intérêt (« *parce que je pense que sur le fond, expliquer ce que je fais n'a aucun intérêt pour eux, ceux qui m'adressent des gens, je dirais le diagnostic il est posé* » M6, « *le diagnostic a peu d'intérêt* » M9).

#### **Une transmission d'information à travers le résultat**

Pour ces six praticiens c'est bien le résultat qui est important et qui va être le principal critère d'efficacité de leur travail ; le patient est le vecteur du résultat et de l'information nécessaire et suffisante pour le médecin. M3 dit : « *le résultat il est pas dans le courrier, je le connais pas non plus, il y a que le patient qui va témoigner du résultat* ». Cette transmission d'informations par le patient est prise en compte au total par seize praticiens, et donc par des praticiens qui adressent aussi un courrier.

Deux médecins (M16 et M19) insistent sur les limites de ce vecteur d'information et sur la nécessité de recadrer le discours des patients. Ils notent que les termes « *déplacer une vertèbre* », « *nerf remis en place* » sont trop souvent utilisés par les patients et que cette sémantique a causé d'énormes dégâts à l'ostéopathie. M19 préfère rédiger un courrier avec un langage médical et scientifique si le patient souhaite transmettre l'information à son médecin, plutôt que de laisser place à ces dérives.

#### **Pas d'attente particulière des médecins généralistes**

M12, M6 et M9 ont le sentiment que la plupart des médecins qui adressent leur patient avec un courrier, le font dans le cadre du parcours de soins et n'ont donc aucune attente d'une réponse particulière. M1 rédige dans ce cas-là un courrier de pure formalité.

### **Difficulté de transmettre une information subjective**

Le caractère subjectif de l'ostéopathie, lié au ressenti de l'ostéopathe, rend difficile la transmission d'information. M15 exprime cette difficulté qui limite sa rédaction de courrier : « *c'est surtout que ça serait difficile de faire comprendre à la plupart ce que je fais* ».

Le temps est une limite supplémentaire citée par sept médecins.

## **5.6. Le langage ostéopathique**

### **5.6.1. Une limite aux échanges entre praticiens**

#### **Un langage ésotérique**

Le langage ostéopathique est décrit par les praticiens comme « *nébuleux* », « *flou* », « *ésotérique* ». Sept médecins constatent que ce langage approximatif est le vecteur d'une image erronée de l'ostéopathie et contribue aux idées reçues qui font tort à l'ostéopathie (M16). M1 est conscient de cette limite « *il est certain qu'on nomme, en ostéopathie, on nomme mal, on nomme tous différemment, on parle pas le même langage* ».

#### **Un langage qui nécessite un apprentissage**

Cinq médecins soulignent la difficulté de compréhension avec les confrères médecins. Ils citent deux critères nécessaires pour construire un dialogue :

- Un minimum de sensibilisation ou de formation pour « *rentrer en profondeur dans l'ostéopathie* » et « *c'est pareil si on veut comprendre faut s'y intéresser* » (M7).
- M1 estime que pour permettre un vrai dialogue, « *il faut qu'il y ait une confiance* » de la part du médecin généraliste

### **5.6.2. Une attention portée à la rigueur du langage**

A l'inverse du flou généré par un langage ostéopathique approximatif, les MO décrivent leur effort pour utiliser un langage le plus rigoureux possible. Huit médecins sont attentifs à la

précision du langage utilisé dans leurs échanges avec les patients et avec leurs confrères. M5 précise « *on prêche avant tout pour être médecins* » et s'efforce d'avoir « *un discours médical, précis, d'un compte rendu articulatoire avec des termes adéquats* ». M9 parle de discours de nosologie classique.

## **6. RESENTI DU MEDECIN OSTEOPATHE QUANT A SA PLACE DANS LE SYSTEME DE SOINS**

### **6.1. Place dans le système de soins**

#### **6.1.1. Les éléments de reconnaissance actuels**

##### **La reconnaissance légale**

La reconnaissance légale est effective depuis 2002 est évoquée par seulement trois médecins. Elle est peu citée par les médecins dont l'exercice était déjà reconnu avant cette loi. M12 précise que les décrets d'application de 2007 ont été faits « *à la va vite* » et qu'ils devraient davantage encadrer la pratique de l'ostéopathie.

##### **Une approche complémentaire**

La complémentarité de la pratique ostéopathique avec la médecine conventionnelle est un élément acquis pour onze praticiens. Deux médecins voient leur mode d'interaction avec les généralistes comme celui d'un spécialiste, avec le sentiment d'apporter une compétence spécifique, pas toujours bien connue. Ils sont cinq à citer le terme « *d'outil* » ou « *corde à son arc* ».

A contrario trois médecins voient l'ostéopathie davantage comme une médecine à part entière. M4 précise que « *les deux [sous-entendu médecine conventionnelle et ostéopathie] sont indispensables* », et M8 « *l'ostéopathie n'a pas de sens seule* ».

## 6.1.2. Une reconnaissance parfois jugée incomplète

### Un désintérêt de la part du corps médical

Cinq médecins parlent de ce désintérêt qui s'exprime à différents niveaux. Trois médecins soulignent l'absence complète de l'ostéopathie à l'université (« *certainement pas par l'enseignement à la faculté de médecine, puisque durant mon cursus jamais le mot « ostéopathie » n'a été prononcé par les enseignants* » (M11)). Cette absence du concept de la pathologie fonctionnelle à l'université contribue à rendre cette pratique peu crédible aux yeux des médecins : « *pendant 10 ans tu es le roi du monde et si on te parle jamais d'ostéopathie c'est que c'est du charlatanisme, sinon on t'aurait appris* » (M18).

Il y a ensuite le constat d'un désintérêt plus large ; M6, M17 et M19 regrettent que les médecins aient lâché la main sur l'ostéopathie et M14 affirme : « *la médecine a tort de ne pas s'y intéresser plus largement* ».

### Place pour une médecine plus humaine ?

Quatre médecins situent l'ostéopathie dans le système de soins comme une médecine plus humaine en apportant une approche globale. M1 juge qu'il n'y a pas de place aujourd'hui pour « *une médecine non technique, fondée sur l'expérience, sur l'examen* » ; M4 ne se trouve également pas à sa place avec sa pratique actuelle de l'ostéopathie.

## 6.1.3. Retentissement sur les coûts en santé

Cinq médecins parlent spontanément des coûts en santé. Ils ont tous le sentiment que l'ostéopathie est dans leur pratique une source d'économie dans trois secteurs :

- Une moindre prescription d'examens complémentaires (M1, M5, M12, M13).
- La réduction de la prescription médicamenteuse (pour quinze médecins)
- M13 pense que sa pratique de l'ostéopathie l'amène à prescrire moins d'arrêt de travail

Cette moindre prescription est aussi largement liée à la population typique qui consulte en ostéopathie. Ces patients attendent une prise en charge non médicamenteuse, moins d'imagerie et comme le décrit M8, sont plus actifs dans leur prise en charge. Il y a un biais de sélection de la population. A l'inverse, M15 évoque ce biais lorsqu'à un moment de sa

pratique il prenait en charge des pathologies plus lourdes, il était alors au-dessus de la moyenne en termes de prescription d'arrêts de travail.

## 6.2. Les moyens d'améliorer cette reconnaissance

### 6.2.1. Reconnaissance par la CPAM

La reconnaissance de l'acte médical, à travers la cotation d'une manipulation vertébrale côté LHRP001 par la CPAM, est un élément cité par trois praticiens. Mais on peut voir au travers de cinq entretiens la demande de valorisation de l'acte ostéopathique par un meilleur remboursement par la sécurité sociale. M6 prône une revalorisation de « *la consultation longue* », sans précision, mais il estime que « *pour la sécu, ce sont des actes [les actes ostéopathiques] qui n'existent pas* ». Pour M14, la reconnaissance d'un acte ostéopathique mieux valorisé serait aussi la reconnaissance de l'utilité de l'ostéopathie, comme quelque chose « *qui puisse aider* ».

Aussi, M6 soulève une pratique qui pose question ; certaines mutuelles remboursent les soins d'ostéopathie, sans différence entre un acte effectué par un médecin, un kiné ou un ostéopathe exclusif. Il y a donc une même reconnaissance par les mutuelles des actes pratiqués par les médecins et les non-médecins, alors que ces derniers n'ont pas la compétence du diagnostic médical. C'est un facteur confusion supplémentaire pour les patients.

### 6.2.2. Place de l'ostéopathie à l'hôpital et à l'université

Trois médecins jugent essentielle la présence d'ostéopathes à l'hôpital pour améliorer sa reconnaissance. M10 cite la formation qu'il donne à des urgentistes, sur l'examen diagnostic ostéopathique et sur quelques techniques thérapeutiques. L'introduction de l'ostéopathie à l'université, dans les premiers cycles d'études médicales est un autre moyen nécessaire pour deux médecins (M11 et M14).

### 6.3. Inquiétude pour l'avenir

Les réponses à notre travail ont montré chez la majorité des praticiens une inquiétude liée à l'avenir de l'ostéopathie, principalement concernant la croissance de l'offre de soins, liée à l'augmentation du nombre d'ostéopathes non professionnels de santé.

Quatre médecins expriment cette inquiétude à travers certains aspects législatifs régulant la pratique de l'ostéopathie. Ces derniers leur semblent problématiques:

- Le respect de la contre-indication de certains actes. M9 rappelle une interdiction : « *normalement ils n'ont pas droit de faire des toucher vaginaux* ». Il imagine de grands procès, ou une redéfinition des pratiques.
- L'obligation légale de s'inscrire auprès de la Préfecture pour les ostéopathes non professionnels de santé. M19 souligne cette nécessité et pense que peu d'ostéopathes s'acquittent de cette obligation.
- L'installation dans les mêmes locaux de professionnels de santé et de non professionnels de santé. M10 s'insurge contre ces médecins qui s'installent avec des non professionnels de santé et leur apportent leur caution scientifique et « *en plus c'est interdit par le conseil de l'ordre* » précise-t-il, mais la loi l'autorise, sauf dans le cadre des maisons de santé.
- L'interdiction pour les professionnels de santé de faire de la publicité, qui est autorisée pour les ostéopathes non paramédicaux. M5 souligne cette ambiguïté.

A travers cet aspect légal, c'est surtout l'amalgame entre les différents statuts des ostéopathes qui pose problème. La plupart des patients n'ont pas connaissance de ces particularités et ont les mêmes attentes envers chaque ostéopathe, alors qu'ils ont des compétences différentes. Mais le fait que tous les praticiens soient regroupés sous le même titre rend difficile toute distinction. M5 et M10 soulignent la nécessité de mieux informer le public sur l'existence de ces différences de formations et de compétences : « *on prêche pour justement, on essaie d'informer le public, les gens, de façon à ce qu'ils sachent qui ils vont voir et dans quelles conditions [...] Après les gens se font un avis* » M5.

## 6.4. Possibilité future pour l'ostéopathie

### 6.4.1. Place de la recherche

#### **La médecine par les preuves : un modèle adapté à l'ostéopathie ?**

En dehors de M10 qui est en faveur de la recherche clinique (pour la vertébrothérapie) seuls deux médecins ostéopathes parlent de la recherche comme un moyen de reconnaissance et de développement de l'ostéopathie (M7 et M18).

Pour cinq autres médecins qui évoquent la recherche en ostéopathie, la recherche clinique telle qu'elle existe aujourd'hui sous la forme d'EBM n'est pas un bon moyen d'évaluer l'ostéopathie. C'est d'abord son concept qui est critiqué par M1 et M12, et M4 apporte une distinction : tout en en considérant que le caractère subjectif de l'ostéopathie la rend peu accessible à l'EBM, il concède néanmoins qu'une validation scientifique de l'ostéopathie est nécessaire.

### 6.4.2. Proposition d'un nouveau modèle

M10 propose un modèle différent, intégrant chaque « type » d'ostéopathe suivant ses compétences, en partant du principe qu'il y a de la place pour tout le monde. L'acte technique serait dissocié de l'acte diagnostic et pourrait être pratiqué sur prescription médicale « *des nini [ostéopathes ni kinésithérapeute ni médecins] qui feraient des soins de prévention, les kiné ostéopathes qui feraient des manipulations par prescriptions et le diagnostic aux médecins avec les manipulations à risque* ». M11 rejoint cette proposition en rappelant la nécessité du diagnostic médical avant un acte ostéopathique « *mais je dirais prudence pour tout ce qui est ostéopathie pour les kinés et pour les nini où là un passage chez le médecin traitant est impératif au préalable pour faire un diagnostic* ». Ces modèles reconnaissent la compétence technique des ostéopathes non professionnels de santé.

Ces remarques des médecins ostéopathes proposent quelques pistes d'ouverture de la médecine « officielle » à l'ostéopathie, en considérant leur complémentarité comme acquise.

# DISCUSSION

---

## **1. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE**

### **1.1. Biais de sélection**

On note un biais de sélection pour les médecins issus des listes de syndicats et sociétés de médecins ostéopathes ; leur adhésion à ces sociétés peut déjà marquer une démarche active pour l'ostéopathie. Ce biais est amoindri par les différentes sources de recrutement.

Certains médecins ont plus l'habitude de s'exprimer à propos de leur pratique, du fait de leur expérience ou de leur implication dans l'enseignement ; ils sont donc plus susceptibles d'accepter un entretien sur leur pratique. Ils sont peut-être aussi surreprésentés dans ce travail.

### **1.2. Biais d'interprétation**

Malgré l'effort de neutralité que nous avons fait pendant ce travail, notamment à travers l'enregistrement et la retranscription de chaque entretien ainsi que la citation exacte des propos des médecins, il persiste un biais d'interprétation. Nous avons cherché à garder les citations dans le contexte dans lesquelles elles avaient été exprimées.

Aussi, les interventions au cours de l'entretien ont pu influencer l'interviewé, le discours produit à partir des entretiens est toujours co-construit par les partenaires du dialogue.

### **1.3. Représentativité de l'échantillon**

#### **1.3.1. Représentativité suivant le sexe**

La proportion d'homme dans notre échantillon est de 84% et de 16% pour les femmes, ce qui correspond aux chiffres donnés par le rapport de la DREES en 2011 qui retrouve une proportion de 85,3% d'hommes et de 14,7% de femmes pour les médecins ostéopathes (32). Il reste une sous-représentation des femmes dans la population des médecins ostéopathes par rapport à la population des médecins généralistes (respectivement de 58 et 42%).

### **1.3.2. Représentativité suivant l'âge**

L'âge moyen de 49,7 ans est en dessous de l'âge moyen des médecins généralistes libéraux de la population parisienne qui est de 55,7 ans (33). Des praticiens jeunes sont attirés vers cette nouvelle discipline qu'est l'ostéopathie.

### **1.3.3. Représentativité suivant le mode de conventionnement**

Un seul médecin est en secteur 1 mais pratique un dépassement d'honoraire pour ses actes d'ostéopathie. La proportion de médecin en secteur 2 (80%) ne correspond pas à la proportion retrouvée pour les médecins généralistes en Île-de-France. Il est de 28% (34) et déjà bien au-delà de la moyenne nationale (11%). Au niveau national, les médecins de MEP sont conventionnés à 46% en secteur 2 (35).

Les médecins interviewés expliquent ce choix par la durée de la consultation d'ostéopathie (entre 30 minutes et une heure) qui ne permet pas un conventionnement en secteur 1. Le temps est un élément essentiel de la thérapeutique ostéopathique.

### **1.3.4. Représentativité suivant la formation initiale**

Une majorité des praticiens interrogés dans notre enquête est issue de la formation du DIU de Bobigny (58%). On note cependant qu'un des critères de sélection des enquêtés exclu les médecins spécialistes. Le DIU de l'hôtel Dieu ayant longtemps été réservé aux médecins spécialistes, il y a un biais de sélection qui favorise le DIU de Bobigny et qui peut expliquer sa surreprésentation ici.

## **2. ANALYSE DES ENTRETIENS**

### **2.1. Le statut du médecin ostéopathe bien identifié**

Les MO ne de notre enquête conçoivent leur place dans le système de soins de différentes façons. Certains se sentent intégrés, d'autres complètement en dehors de ce système. Cependant, la description qu'ils font de leur statut montre qu'il est bien identifié par les différents acteurs du système de soins.

#### **2.1.1. Le choix de la profession de médecin ostéopathe**

La première partie de notre enquête montre bien comment, malgré un premier contact avec l'ostéopathie majoritairement lié au hasard, il y a un véritable choix d'être médecin ostéopathe.

Un des résultats marquant de notre travail est la présence dans notre population d'un cinquième des médecins qui a fait le choix des études médicales après celui de l'ostéopathie. Trois d'entre eux ont ainsi d'abord exercé comme ostéopathe après une formation de kinésithérapeute ou de posturologie avant de débiter leurs études de médecine. Les facteurs de ce choix ont été le sentiment de manque connaissances médicales et d'une compétence diagnostic insuffisante. Ils ont considérés ces éléments comme essentiels à la pratique de l'ostéopathie, qu'ils avaient pourtant déjà bien en main.

#### **2.1.2. Des compétences validées par une formation complète**

La formation médicale permet d'établir un diagnostic organique qui ne relève pas d'un traitement ostéopathique, et la compétence ostéopathique permet le diagnostic spécifique d'un trouble fonctionnel. Cette double compétence est bien soulignée par la majorité des praticiens. Elle résulte d'une formation théorique et technique (36) ; même si la formation initiale aux techniques ostéopathiques peut paraître courte (480 heures) en deux ans, on constate que tous

les interviewés ont eu des formations complémentaires et sont inscrits dans une démarche de formation continue.

### **2.1.3. Un critère de choix pour les patients**

Le statut de médecin n'est pas un critère dominant de choix de l'ostéopathe pour la majorité des patients qui viennent en accès direct, selon les praticiens interrogés. Cependant une étude quantitative s'est intéressée aux critères de choix de l'ostéopathe pour des personnes devant le choisir sans recommandations particulières. Le critère déterminant est alors la qualification médicale (37). Par contre, l'autre partie de l'étude, qualitative, s'intéresse à dix-neuf personnes ayant déjà consulté un ostéopathe pour des lombalgies, au cours d'interview semi-dirigé. L'élément le plus valorisé pour le choix de l'ostéopathe était la recommandation d'une personne proche de l'entourage. Cette recommandation leur permettait de créer un lien de confiance avec le praticien avant la première consultation. En revanche, aucun patient ne cite spontanément le statut de médecin, contrairement à l'étude quantitative qui le valorise, mais ce critère était alors imposé.

Cette étude confirme qu'en absence de ce conseil, la qualification de médecin est le critère majoritaire pour permettre au patient une confiance anticipée dans la pratique de l'ostéopathe. Ceci peut concerner les patients qui cherchent un praticien sur internet ou les pages jaunes. Par la suite, ce critère s'efface avec l'expérience acquise par le patient et la notoriété de l'ostéopathe transmise par les conseils de l'entourage. Ces résultats corroborent les propos de M4 « *au début c'était vrai ... mais franchement certains ne se souviennent plus que je suis médecin* ».

### **2.1.4. Un statut connu des médecins généralistes**

Dans une étude nationale, 97% des médecins généralistes connaissent l'existence des médecins ostéopathes (18) et 70% communiquent avec eux par courrier. Ce statut est bien reconnu des médecins généralistes.

## 2.2. Le médecin ostéopathe, un médecin de premier recours

### 2.2.1. Une évidence pour les médecins non exclusifs

Les sept médecins ostéopathes de notre étude exerçant une activité de médecine générale ont un rôle de premier recours assez évident même si la part de leur activité de médecine générale varie de 10 à 50%. Ils conservent une activité de diagnostic initial et d'orientation secondaire dans une prise en charge globale, même si la population qui les consulte est influencée par leur activité particulière d'ostéopathe.

### 2.2.2. Les moyens identifiés pour les médecins ostéopathes exclusifs

Pour les douze autres médecins ostéopathes qui n'ont pas d'activité de médecine générale associée, le statut de médecin de premier recours est moins évident (certains se considèrent davantage comme des spécialistes) ; alors qu'en pratique, la majorité des patients vient en accès direct. Les données internationales confirment l'accès direct majoritaires aux MAC (2,24,38). C'est donc au praticien d'être en mesure d'éliminer les contre-indications aux manipulations et de faire un diagnostic.

#### **Des moyens diagnostics**

Les médecins ostéopathes sont en mesure de décrire les moyens diagnostics à leur disposition. La consultation médicale au cœur de la consultation ostéopathique permet d'éliminer des diagnostics différentiels, l'accès aux examens complémentaires si nécessaire, le recours à des médecins spécialistes en cas d'échec. Ils s'inscrivent également dans un réseau de soins et dans une démarche de diagnostic initial d'une pathologie. A noter que deux médecins ostéopathes exclusifs conservent une activité de médecins urgentistes qu'ils jugent complémentaire de leur activité principale.

#### **Une prise en charge holistique**

Une des caractéristiques de la prise en charge ostéopathique relève aussi d'un abord global de l'individu, à travers ses caractéristiques biologiques et médicales, psychologiques et sociales.

Cette approche qui est avant tout celle du médecin généraliste, se retrouve dans l'approche ostéopathique. Une enquête réalisée auprès des médecins généralistes en Île-de-France (39), qui compare les activités des omnipraticiens ayant une MEP ou non, met en évidence l'importance de cette prise en charge pour les praticiens de MEP : 95,5% ont le sentiment de répondre aux problèmes de santé de leurs patients dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle (pour 97,6% des généralistes). Une autre similitude est l'importance de la relation médecin malade dans le soin apporté au patient (100% des praticiens de MEP accordent de l'importance à la relation médecin-malade).

En prenant en compte les onze critères établis par la WONCA pour définir la médecine générale (40), on s'aperçoit que l'activité de ces médecins ostéopathes exclusifs telle qu'ils la décrivent, remplit certains de ces critères :

- L'accès direct ouvert à une population variée
- L'intervention à tous les stades d'une pathologie (éventuellement en urgence),
- L'orientation vers d'autres intervenants
- La prise en charge globale appuyée sur une relation médecin-patient construite sur une communication appropriée.

Même s'ils ne sont pas le médecin traitant de la majorité de leurs patients, les médecins ostéopathes exclusifs conservent, dans leur conception et leur pratique médicale, certains critères d'une médecine de premier recours. Cependant, quand le patient est adressé par un médecin, ils apportent leurs compétences de façon complémentaire de la prise en charge initiale.

## 2.3. Une reconnaissance avérée

### 2.3.1. Les échanges interprofessionnels

#### **Des actions de formations**

C'est le principal mode de promotion adopté par les médecins ostéopathes. Ils sont douze médecins ostéopathes à participer à la formation en ostéopathie de confrères volontaires ou à la faire connaître par d'autres moyens. Cela montre une forte implication et un certain

militantisme dans la diffusion de leur pratique. Le taux de 63% de notre étude est un peu supérieur par rapport à celui retrouvé dans une thèse nationale qui évalue la participation à l'enseignement des médecins ostéopathes à 51% (18) ; mais cela peut-être lié au biais de sélection cité initialement. Cette activité importante répond en partie au manque de connaissances des médecins généralistes sur les indications et contre-indications de l'ostéopathie et sur le souhait de formation. Le souhait de formation sur la « prescription » d'ostéopathie est estimé à 60% des médecins généralistes (18) et va jusqu'à 82,1% des médecins d'une population de médecins généralistes, si l'on s'intéresse à la tranche d'âge plus jeune (de moins de 50 ans) (6).

Il existe une réelle demande de formation, avec une implication certaine des médecins ostéopathes. Il y a cependant un paradoxe énorme entre le taux de médecin qui trouvent que l'ostéopathie est utile dans leur pratique (79%) et le taux des médecins généralistes qui ne sentent pas suffisamment formés (87%) (6). On peut donc se demander si les actions de formation proposées par les médecins ostéopathes sont bien ciblées et si elles sont assez diffusées à la population des médecins généralistes.

### **Le courrier médical**

Dans notre étude, plus de deux tiers des médecins ostéopathes adressent systématiquement ou occasionnellement un courrier au médecin traitant lorsque le patient est adressé. Ce taux est significatif et consacre l'importance apportée au courrier médical dans la transmission des informations médicales nécessaires et suffisantes aux soins du patient (41).

Ce résultat va plutôt à l'encontre de ce que nous avons pu constater dans la littérature sur la faiblesse des échanges entre des médecins et, dans ces travaux, des chiropracteurs (25, 26) . Le médecin ostéopathe apparaît possiblement comme un interlocuteur privilégié du médecin généraliste parmi les nombreux thérapeutes de MAC. Cependant, notre travail n'évalue pas l'intérêt que portent les médecins généralistes à ce courrier, et s'ils le trouvent valable, alors que ce caractère insuffisant a pu être souligné dans certains travaux (25).

### **Importance du résultat**

Notre enquête met aussi en évidence la valorisation, par les médecins ostéopathes du patient comme vecteur de l'information entre les praticiens. S'il ne peut pas décrire techniquement l'acte ostéopathique, ce qui représente peu d'intérêt de l'avis majoritaire des MO, il transmet le résultat. Six praticiens le considèrent comme étant l'essentiel.

Par cette pratique, les médecins ostéopathes valorisent la « légitimité clinique », c'est à dire l'acceptation de l'efficacité d'un traitement sans forcément savoir comment et pourquoi il fonctionne (42). Cette forme de légitimité, qui par son empirisme s'accorde avec la plupart des MAC, se développe aux yeux des patients (d'où l'importance du conseil de l'entourage) mais aussi des médecins. Ce concept est décrit par rapport à la « légitimité scientifique » qui est le mode de validation actuel des connaissances médicales à travers l'EBM ; mais il n'est pas toujours jugé suffisant par l'ensemble des praticiens.

Cette transmission du résultat par le patient a également ses limites :

- Nous avons déjà constaté que la majorité des patients ne dit pas à son médecin habituel qu'il est allé consulter un thérapeute de MAC. Ces chiffres varient de 50 à 70% et sont à significatifs (22–24).
- L'information transmise par le patient est forcément biaisée par l'expérience vécue et ressentie (43) et ce patient peut réinterpréter et déformer les propos tenus. Il y a donc une limite à ce moyen d'information, qui est d'ailleurs citée par deux médecins comme un motif de rédaction de courrier.

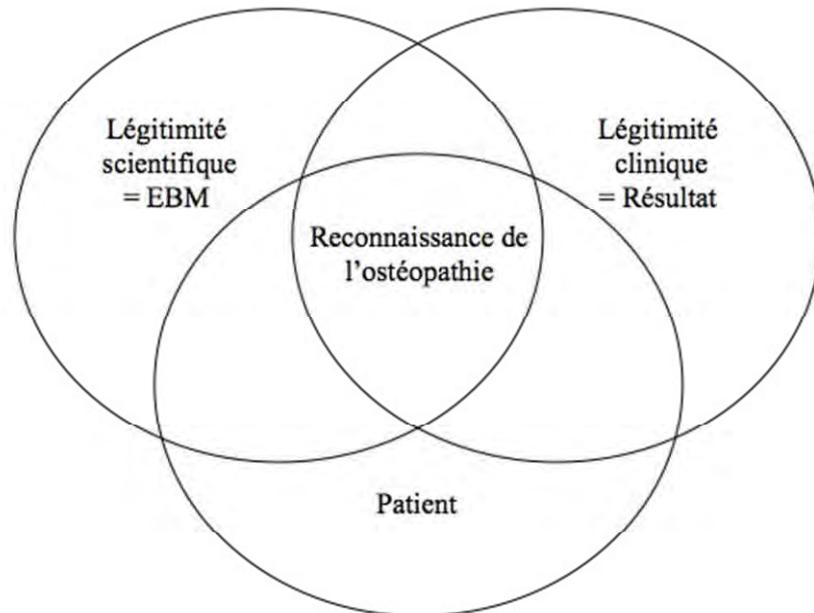
Ces limites peuvent être considérablement diminuées par l'attitude du médecin qui va plus ou moins favoriser la communication. Trois éléments vont influencer la communication entre le patient et le médecin :

- La capacité de « non-jugement » par rapport aux MAC : l'attitude neutre ou positive du médecin va permettre au patient de s'exprimer librement (43)
- La capacité à initier la conversation : c'est surtout le dialogue qui est attendu par le patient et moins une expertise
- La connaissance de la sécurité et de l'efficacité de la méthode par le médecin

Ce dernier point est la principale préoccupation pour le médecin (44). En effet, la plupart des médecins, même s'ils orientent les patients vers les MAC, montrent un certain degré de scepticisme ou du moins d'incertitude par rapport aux médecines complémentaires. Ceci principalement du fait du manque de preuves de sécurité et d'efficacité de ces pratiques en EBM (45) et par leur méconnaissance du concept.

La légitimité clinique de ces thérapies n'est donc pas le seul élément à prendre en compte et la légitimité scientifique est un élément nécessaire de cette reconnaissance.

Au vu de ces premiers éléments, nous schématisons ainsi les facteurs influençant la reconnaissance d'une MAC et de l'ostéopathie pour un médecin généraliste.



**Figure 9 : Facteurs influençant la reconnaissance de l'ostéopathie**

### **2.3.2. Un discours scientifique pour communiquer une expérience ostéopathique**

Lorsqu'on aborde le thème du langage ostéopathique, plusieurs médecins ostéopathes de notre étude évoquent spontanément ses limites : le caractère farfelu qui a pu lui être attribué, et sa distance d'un langage scientifique. On retrouve dans la littérature un taux de 32% des médecins qui jugent la qualité du courrier de retour des chiropracteurs insuffisants ou qui en ont mal compris la terminologie (25).

Mais nos résultats montrent par la suite comment la majorité des médecins ostéopathes sont rigoureux dans la description de leur travail, avec l'utilisation de termes précis : « *après on prêche pour être avant tout médecin, donc j'ai un discours médical, précis, d'un compte rendu articulaire avec des termes adéquats* » M5. Ils insistent également sur le champ lexical

scientifique qu'ils partagent avec les médecins généralistes et qui leur permet de décrire leur prise en charge. Il y a une sorte d'adaptation du langage ostéopathique en un langage scientifique, qui est possible car ces deux catégories de médecins ont un champ lexical commun.

Le médecin ostéopathe apparaît à travers l'utilisation de ce langage commun à nouveau comme un interlocuteur privilégié du médecin traitant du patient. C'est une première étape vers l'établissement d'une communication interprofessionnelle permettant d'apporter une continuité dans la transmission des informations médicales du patient.

### **2.3.3. L'ostéopathie dans un cadre hospitalo-universitaire**

Un des reproches exprimés par plusieurs médecins (M14, M11, M6, M17) de notre étude est la quasi-absence de l'ostéopathie à l'université et à l'hôpital. Ils estiment que cette absence d'intérêt de la part de ces corps officiels est une vraie limite à une meilleure connaissance de l'ostéopathie. Ils constatent d'ailleurs qu'une explication souvent basique suffit à lever les freins à l'utilisation de l'ostéopathie par leurs confrères, souvent dus à une absence de connaissance ou à des idées reçues.

Ces résultats suggèrent l'introduction d'une initiation, voir à un enseignement facultatif de l'ostéopathie, à l'université. Il permettrait d'apporter des connaissances minimales sur le concept ostéopathique, les indications et contre-indications, afin de permettre aux médecins d'avoir cet outil complémentaire dans leur prise en charge. L'Académie Nationale de Médecine (ANM), (46), jusque-là très prudente concernant les thérapies complémentaires (en précisant que ce ne sont pas des médecines), préconise un enseignement obligatoire au cours du 2<sup>ème</sup> cycle d'étude médical sur ces thérapies. L'objectif serait de préciser les techniques, les champs d'application et dangers de chacune de ces thérapies, afin de permettre aux médecins d'informer au mieux les patients. La place d'une information sur l'ostéopathie dans l'enseignement universitaire semble en théorie acquise.

En ce qui concerne l'ostéopathie à l'hôpital, on constate qu'une certaine place lui est déjà faite. Un rapport de l'APHP (47) indique la présence d'ostéopathes dans 6 CHU sur 16 ; l'ostéopathie y est exercée par des médecins ostéopathes, kinésithérapeutes et une infirmière

(sous prescription du médecin référent). Ils interviennent en orthopédie, médecine physique et rééducation, néonatalogie et gynécologie obstétrique mais aussi en ORL. La première recommandation issue de ce rapport est que l'exercice des MAC en général soit réalisé par des professionnels de santé. Les décrets d'application du 4 Mars 2007 ne permettent pas de définir les conditions d'exercice à l'hôpital des ostéopathes non professionnels de santé (48). Cependant, il existe quelques exemples d'exercice de ces derniers à l'hôpital, où ils exercent du coup sous le statut de vacataire (48).

Dans un travail de l'INSERM publié récemment sur la recherche en ostéopathie, une équipe reporte trois études en cours de réalisation à l'APHP, portant sur des techniques d'ostéopathie viscérale et réalisées par des ostéopathes non professionnels de santé (28). On constate, dans des cadres encore très définis, une ouverture de l'hôpital à l'ostéopathie, ce qui était un moyen essentiel cité par trois de nos médecins ostéopathes pour la faire connaître.

## 2.4. Les voies d'intégration dans un parcours de soins mieux défini

Comme nous l'avons confirmé dans notre travail, le mode de recours le plus fréquent à l'ostéopathe est l'accès direct du patient. Dans ce mode de fonctionnement, le médecin traitant du patient n'est que très rarement informé de cette consultation ostéopathique. Ce manque de communication dans le trio médecin-patient-ostéopathe crée une fragmentation de la prise en charge, qui est une perte de chance pour le patient. Il y a intérêt à valoriser une prise en charge intégrative entre les différentes pathologies du patient. Un des médecin que nous avons interrogé propose d'ailleurs une piste pour intégrer chaque ostéopathe suivant sa formation initiale.

Nous avons constaté que les patients utilisent rarement les MAC de façon exclusive (24), mais souvent en même temps qu'une prise en charge de médecine conventionnelle. Nous nous sommes intéressés aux études proposant des modes d'intégration plus poussés afin de renforcer cette complémentarité.

La littérature s'intéresse à la fois à l'avis des patients et à celui des différents professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de premier recours. Les patients sont en faveur

d'une intégration des MAC dans les centres de santé primaire, et que ces soins, même s'ils ne sont pas dispensés par des médecins mais par des professionnels de santé formés, soient supervisés par les médecins de soins primaires (49). Il ressort un souhait de transparence des échanges entre les praticiens et de validation du professionnel de santé par le médecin. Le conseil du médecin paraît pour cette population tout aussi valable que le conseil d'un proche et c'est son rôle d'orientation vers des praticiens fiables qui est valorisé (50).

Les professionnels de santé de premier recours sont également au cœur de ce processus d'orientation. Des professionnels travaillant dans des centres de santé (médecins, dentistes, infirmiers, ...) ont été interrogés sur leur souhait et les modalités d'intégration des MAC. Les réponses recueillies sont favorables à 94% à cette intégration, que ce soit au sein même du centre de santé (44%), ou dans des locaux à proximité (49%) (51).

Enfin, une autre étude a attiré notre attention : elle propose une démarche intégrative des MAC reposant sur le médecin de soins primaires. Elle préconise qu'il soit de la responsabilité du médecin d'évaluer le caractère approprié de l'indication, de poursuivre le suivi du patient et d'évaluer l'efficacité. Le praticien doit être en mesure de conseiller la méthode la plus sûre et d'en connaître les indications et contre-indications et de s'assurer du sérieux du thérapeute dans un dialogue ouvert (52).

Au final, la plupart des acteurs de santé ainsi que les patients, sont pour la promotion d'un système au centre duquel le médecin de premier recours superviserait l'accès aux MAC. Ce système d'intégration centré sur le médecin de soins primaires permet d'apporter une rigueur plus scientifique dans le choix de la méthode et du praticien. C'est d'ailleurs sur ce même modèle que sont basées les recommandations pour l'usage des MAC en pratique médicale éditée en 2002 aux Etats-Unis (53). Cela nécessite néanmoins un énorme travail de formation des médecins et de reconnaissance scientifique.

## 2.5. La recherche, un élément de développement contesté

Comme nous avons pu le voir dans notre introduction et à travers nos résultats, la recherche clinique telle qu'elle existe aujourd'hui, est loin d'être un élément consensuel de validation de l'ostéopathie.

L'approche ostéopathe est une approche spécifique basée sur une relation particulière entre le médecin et son patient, elle est d'ailleurs bien décrite par M1 : « *l'ostéopathie repose sur plusieurs aspects, l'idée qu'il y ai une relation privilégiée entre un patient et un médecin et que cette relation privilégiée nécessite de la part du médecin de l'écoute et de la part du patient de la confiance, [...] on s'y intéresse [les patients], on les touche* ». Cette relation de soin particulière passe aussi par le toucher ainsi que par la confiance du patient dans le thérapeute. Elle participe activement au soin ostéopathe et a une efficacité en elle-même ; cet effet peut être rapporté à un effet placebo (54).

Cette approche s'intéresse également à un traitement étiologique d'un symptôme, même si elle peut sembler éloignée du symptôme initial. Typiquement le traitement manipulatif ostéopathe (OMT), qui est cité dans la définition OMS (9), contient un grand nombre de techniques et concerne le corps entier.

Ces deux effets sont mal pris en compte par la recherche clinique qui considère un critère d'évaluation spécifique et moins le bien être total. En effet, comment une méthodologie centrée sur la puissance pharmacologique d'un composant, où l'essai clinique en double aveugle est roi, peut-elle être appliquée à l'ostéopathie ?

Une nouvelle approche de la recherche en ostéopathie s'avère peut être nécessaire, en permettant une phase d'observation clinique plus longue et complète, pour cette jeune discipline. Il s'agit de mettre en évidence quels sont les facteurs contributifs de l'amélioration de la symptomatologie et quelle est la part de l'interaction patient-thérapeute et d'une action qui n'est plus centrée sur la seule symptomatologie. Dans une étude évaluant le traitement ostéopathe pour des patients présentant des lombalgies communes, les résultats suggèrent de prendre en compte des particularités méthodologiques propres à l'évaluation de la complexité de l'ostéopathie dans la recherche clinique (55).

A l'heure où l'académie nationale de médecine préconise le développement d'une recherche hospitalo-universitaire sur ces thérapies (46), celle-ci apparaît comme une nécessité pour l'ostéopathie. Cependant la principale difficulté est de trouver un modèle de recherche valable, plus adapté à une médecine basée sur l'empirisme. L'évaluation de critères plus généraux, tels que l'impact sur le bien-être ou l'état de santé global et sur la consommation de soins serait à envisager.

# CONCLUSION

---

A l'heure où l'ostéopathie prend de plus en plus de place dans l'offre de soins, le médecin ostéopathe, malgré sa faible proportion parmi les praticiens d'ostéopathie, a une place bien définie. Il reste, de son point de vue, avant tout un acteur des soins de premiers recours comme nous avons pu le montrer à travers nos entretiens. De façon naturelle, lorsqu'il conserve une activité de médecin généraliste, ce rôle est confirmé tant de façon formelle dans un parcours de soins bien défini avec les médecins généralistes, que dans un contexte informel où le patient s'adresse directement au médecin ostéopathe. Ses compétences diagnostics, et sa capacité d'une prise en charge holistique en sont ses principaux moyens. Certains médecins ostéopathes se positionnent néanmoins volontairement comme médecin de second recours, après avoir établi des liens durables avec les médecins généralistes.

Alors que l'ostéopathie, et les thérapies manuelles d'une façon plus générale, ont évolué en marge de la médecine pendant de nombreuses années, nous constatons les prémices d'une réintégration dans la médecine actuelle. L'ostéopathie, telle qu'elle est décrite et exercée par les médecins ostéopathes interrogés, y a sa place comme technique de soin répondant à la pathologie spécifique qu'est le trouble fonctionnel. Alors que des conceptions et un langage ésotériques ont longtemps tenu l'ostéopathie éloignée des instances officielles, le médecin ostéopathe, à travers la description des caractéristiques de sa pratique, est un acteur de sa reconnaissance. Son discours adapté, notamment dans le courrier médical, comme ses actions de formation sont des moyens pour permettre aux médecins généralistes d'avoir cet outil supplémentaire dans leur arsenal thérapeutique. Dans notre enquête, le médecin ostéopathe apparaît ainsi comme un interlocuteur privilégié auprès du médecin généraliste.

Nous ne pouvons que constater le manque de validation scientifique de l'efficacité et de la sécurité des manipulations ostéopathiques, ce qui leur est souvent reproché à juste titre. Mais au milieu de cette démographie débridée où le patient a rarement les bons critères de choix de l'ostéopathe, l'intégration de l'ostéopathie dans un parcours de soins plus formel apparaît urgente. Une recherche scientifique, plus adaptée à une pratique empirique est tout aussi nécessaire mais ne doit pas retarder cette intégration.

# BIBLIOGRAPHIE

---

1. Fisher P, Ward A. Complementary medicine in Europe. *BMJ*, 1994 ; 309 : 107-111.
2. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA*, 1998 ; 280 : 1569-1575.
3. Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.
4. Godfrin Hervé. Newsletter N°14: Démographie 2013: Où comment sortir son épingle du jeu dans la jungle professionnelle? Registre des Ostéopathes de France.
5. Dubois T. De la nécessité de l'évaluation de la pratique clinique de l'ostéopathie: l'ostéopathie factuelle, état des lieux. *La revue de l'Ostéopathie*. 2011 ; 19-24.
6. Chassaing P. Médecine générale et ostéopathie en Ille et Vilaine: enquête transversale auprès d'un échantillon de médecins. Université européenne de Bretagne; 2012.
7. A.T. STILL. Autobiographie. Sully. 2008.
8. Registre Des Ostéopathes de France ROF - Association ostéopathie.
9. WHO Benchmark for training in Osteopathy. World Health Organization ; 2010.
10. Vautravers P, Isner ME, Blaes C. Manual medicine – Osteopathy in France organization – Education – Fields of expertise. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. juin 2010 ; 53 : 342-351.
11. Brime B., Gourjon A., Maigne J.Y. Historique des manipulations: du reboutage aux diplômes universitaires. *Les manipulations vertébrales*. Masson. 1994.
12. Ministère de la santé. Liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des

- médecins. 1962.
13. Maigne R. Douleurs d'origine vertébrale: Comprendre, diagnostiquer et traiter. Elsevier Masson. 2006.
  14. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Sect. Chapitre III: Déontologie des professions et information des usagers du système de santé.
  15. Teyssandier MJ, Kuchera ML. Quelques aspects de l'ostéopathie américaine à l'aube du XXIème siècle. La Revue de médecine orthopédique. 2000 ; p. 3-6.
  16. Australian Osteopathic Association. Disponible sur: <http://www.osteopathy.org.au/>
  17. L'ostéopathie dans les autres pays - Etudes démographiques. Registre des ostéopathes de France
  18. Mingam Stéphanie. La médecine Manuelle-Ostéopathie en France: enquête sur les opinions, les pratiques, les connaissances et les interactions entre les différents intervenants. Paris Descartes ; 2010.
  19. HAS. Avis sur 2 projets de décrets relatifs à l'ostéopathie. 2007.
  20. Duraffourg Michel, Vernerey Michel. Rapport de l'Igas: Le dispositif de formation à l'ostéopathie. 2010 ; p. 95.
  21. Sirois FM. Motivations for consulting complementary and alternative medicine practitioners: a comparison of consumers from 1997-8 and 2005. BMC Complement Altern Med. 2008 ; 8:16.
  22. Murray J, Shepherd S. Alternative or additional medicine? A new dilemma for the doctor. J R Coll Gen Pract. 1988 ; 38 : 511-514.
  23. Thomas K, Coleman P. Use of complementary or alternative medicine in a general population in Great Britain. Results from the National Omnibus survey. J Public Health (Oxf). 2004 ; 26 : 152-157.
  24. Eisenberg DM, Kessler RC, Van Rompay MI, Kaptchuk TJ, Wilkey SA, Appel S, et al. Perceptions about complementary therapies relative to conventional therapies among

- adults who use both: results from a national survey. *Ann. Intern. Med.* 2001 ; 135 : 344-351.
25. Langworthy JM, Birkelid J. General practice and chiropractic in Norway: How well do they communicate and what do GPs want to know? *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics.* 2001 ; 24 : 576-581.
  26. Greene BR, Smith M, Allareddy V, Haas M. Referral patterns and attitudes of Primary Care Physicians towards chiropractors. *BMC Complement Altern Med.* 2006 ; 6 : 5.
  27. European commission. Unconventional medicine Final report of the management committee 1993-98. 1999 ; p.124.
  28. Barry C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. *Rapport Inserm.* 2012 ; p.194.
  29. Sofaer S. Qualitative methods: what are they and why use them? *Health services research.* 1999 ; 34 : 1101.
  30. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes. L'entretien. 2ème édition refondue. Armand Colin ; 2007.
  31. Britten N. Qualitative interviews in medical research. *BMJ: British Medical Journal.* 1995 ; 311 : 251.
  32. SICART D. Les médecins au 1er janvier 2011. Document de travail de la DREES n° 157 – mai 2011.
  33. Conseil départemental de l'ordre des médecins de la ville de Paris. Les médecins généralistes dans le département de la Ville de Paris.
  34. Démographie des personnels de sante en Ile-de-France. *ARS Ile-de-France.* 2010 ; p.5
  35. Rapport ONDPS. La médecine générale, résumé des principaux enseignements. 2006-2007 ; p.7
  36. Vautravers P, Isner-Horobeti M-È, Maigne J-Y. Manipulations vertébrales – ostéopathie. Évidences/ignorances. *Revue du Rhumatisme.* 2009 ; 76 : 405-409.

37. Bishop FL, Bradbury K, Jeludin H, Nadiah N, Massey Y, Lewith GT. How patients choose osteopaths: A mixed methods study. *Complementary Therapies in Medicine*. 2013 ; 21 :50-57.
38. Bishop FL, Yardley L, Lewith GT. A systematic review of beliefs involved in the use of complementary and alternative medicine. *J Health Psychol*. 2007 ; 12 : 851-867.
39. URML île de France. « Médecins à exercice particulier ». Voyage au centre de vos pratiques - Mieux identifier les particularités d'exercice en île-de-France. 2008.
40. Allen J, Gay B, Heyman J. WONCA- La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. 2002 ; p.52
41. Mercat X. Ordre national des médecins- Conseil national de l'ordre- Les courriers entre médecins. 1998, p.6
42. Eastwood HL. Complementary therapies: the appeal to general practitioners. *Med. J. Aust*. 2000 ; 173 : 95-98.
43. Christie VM. A dialogue between practitioners of alternative (traditional) medicine and modern (western) medicine in Norway. *Soc Sci Med*. 1991; 3 : 549-552.
44. Shelley BM, Sussman AL, Williams RL, Segal AR, Crabtree BF, on behalf of the Rios Net Clinicians. 'They Don't Ask Me So I Don't Tell Them': Patient-Clinician Communication About Traditional, Complementary, and Alternative Medicine. *The Annals of Family Medicine*. 2009 ; 7 :139 -147.
45. Maha N, Shaw A. Academic doctors' views of complementary and alternative medicine (CAM) and its role within the NHS: an exploratory qualitative study. *BMC Complement Altern Med*. 2007 ; 7 : 17.
46. Bontoux D, Couturier D, Menkès C-J. Académie nationale de médecine : Thérapies complémentaires - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi- leur place parmi les ressources de soins. 2013 ; p. 31.
47. Fagon J-Y, Viens-bitker C. Médecines complémentaires à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. *APHP*; 2012 ; p. 119.

48. Gnaho S. Le Service Public Hospitalier et l'ostéopathe : collaboration, intégration, quelles possibilités juridiques? 2010.
49. Frenkel M, Ben Arye E, Carlson C, Sierpina V. Integrating complementary and alternative medicine into conventional Primary Care: The Patient Perspective. The Journal of Science and Healing. 2008 ; 4 : 178-186.
50. Ben-Arye E, Frenkel M, Klein A, Scharf M. Attitudes toward integration of complementary and alternative medicine in primary care: Perspectives of patients, physicians and complementary practitioners. Patient Education and Counseling. mars 2008 ; 70 : 395-402.
51. Van Haselen R., Reiber U, Nickel I, Jakob A, Fisher PA. Providing Complementary and Alternative Medicine in primary care: the primary care workers' perspective. Complementary Therapies in Medicine. 2004 ; 12 : 6-16.
52. Frenkel MA, Borkan JM. An approach for integrating complementary- alternative medicine into primary care. Family Practice. 2003 ; 20 : 324 -332.
53. Model Guidelines for the Use of Complementary and Alternative Therapies in Medical Practice. US: Special Committee for the Study of Unconventional Health Care Practice. 2002 ; p. 7.
54. Klein P, Lepers Y, Salem W. Intérêt de l'ostéopathie. Revue médicale de Bruxelles. 2011 ; 32 : 369-74.
55. Zegarra-Parodi R, Dey M, Krief G. Traitement ostéopathique de patients souffrant de lombalgies chroniques communes. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. 2012 ; 13 : 17-24.

# ANNEXES

---

## ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE SEMI-DIRIGE A L'ATTENTION DES MEDECINS OSTEOPATHES

L'exercice de la médecine a considérablement évolué depuis plusieurs décennies avec notamment une plus grande place accordée aux médecines dites complémentaires, aux seins desquelles il y a l'ostéopathie. Mais ce qu'il y a derrière le terme d'ostéopathie est extrêmement large et reflète plusieurs réalités différentes.

Mon objectif ici est de m'intéresser au médecin ostéopathe et de mettre en évidence quelle est sa place dans le système de soin, principalement quelles sont ses relations avec la médecine générale, considérée ici dans son exercice conventionnel.

- Age
- Sexe
- Nombre d 'année de pratique (médecine/ ostéopathie)
- Exercice exclusif ou non, ostéopathie rachidienne, crânienne, viscérale
- Activité conventionnée ou non
- Autre exercice à caractère spécifique

A) Vous êtes médecin ostéopathe, pouvez-vous me décrire votre formation, ce qui vous a amené à pratiquer l'ostéopathie et quelles attentes vous en avez/ représentation vous en avez ?

- Quelle formation initiale de médecin et d'ostéopathe et éventuelle autre formation complémentaire avez-vous eu ?
- Quels sont les déterminants qui vous ont amené à pratiquer l'ostéopathie ?
- Quelles sont vos attentes de l'ostéopathie (par rapport à la médecine générale), vos représentations sur l'ostéopathie ?

B) Pour vous quelle est la place de l'ostéopathie dans le système de soin, et plus particulièrement du médecin ostéopathe ?

- Cadre légal de l'exercice
- Intégration ?

C) Comment intervenez-vous dans la prise en charge du patient ?

- Intervention en 1<sup>er</sup> recours, complémentaire de la médecine générale ou concurrence ?
- Comment avez-vous le sentiment de répondre aux attentes des patients ? quelles sont ces attentes ?
- Quelles sont vos habitudes de prescriptions, en termes de médicaments et d'examens complémentaires ?

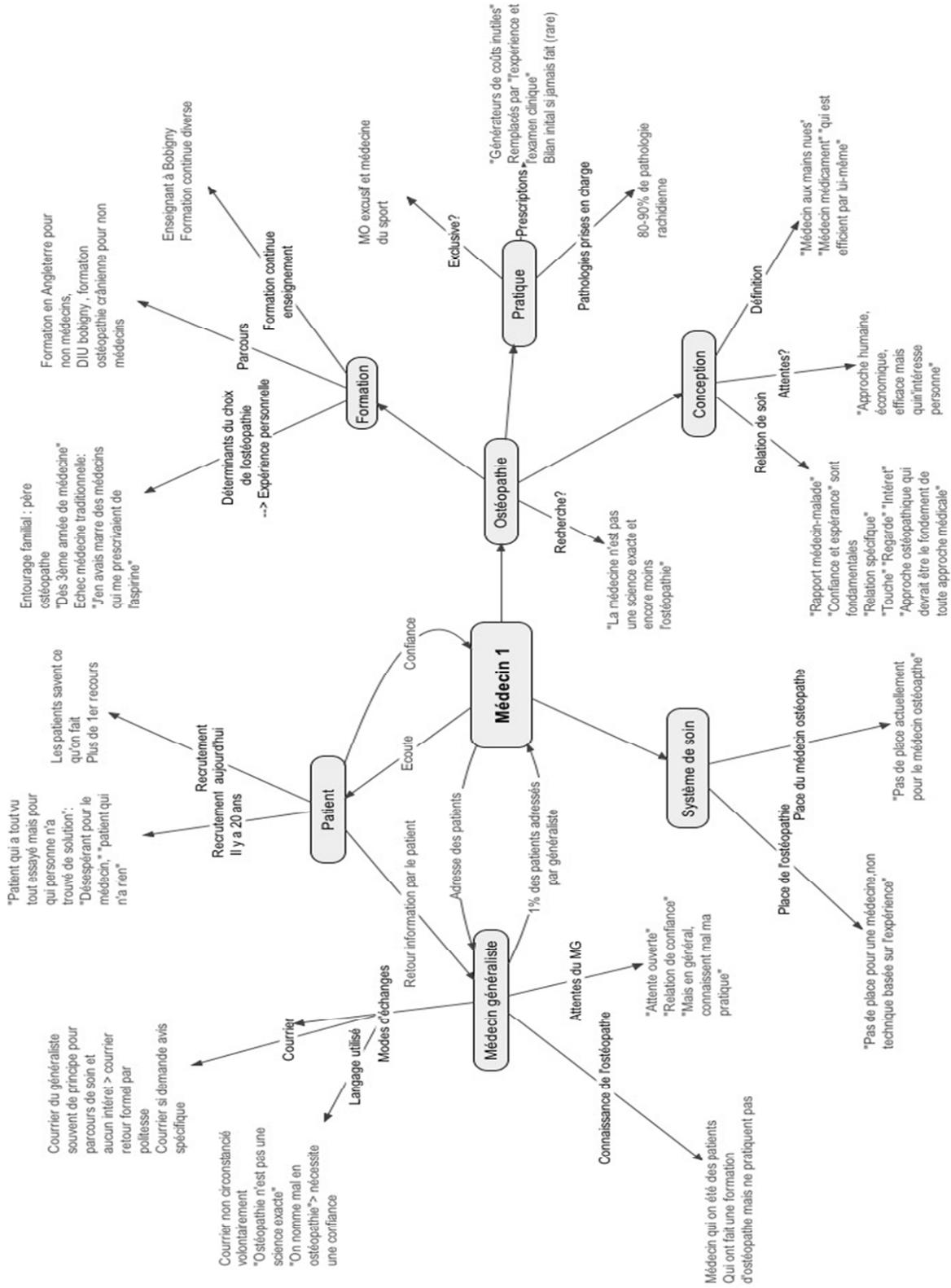
D) Comment décrieriez-vous vos rapports avec vos confrères généralistes ?

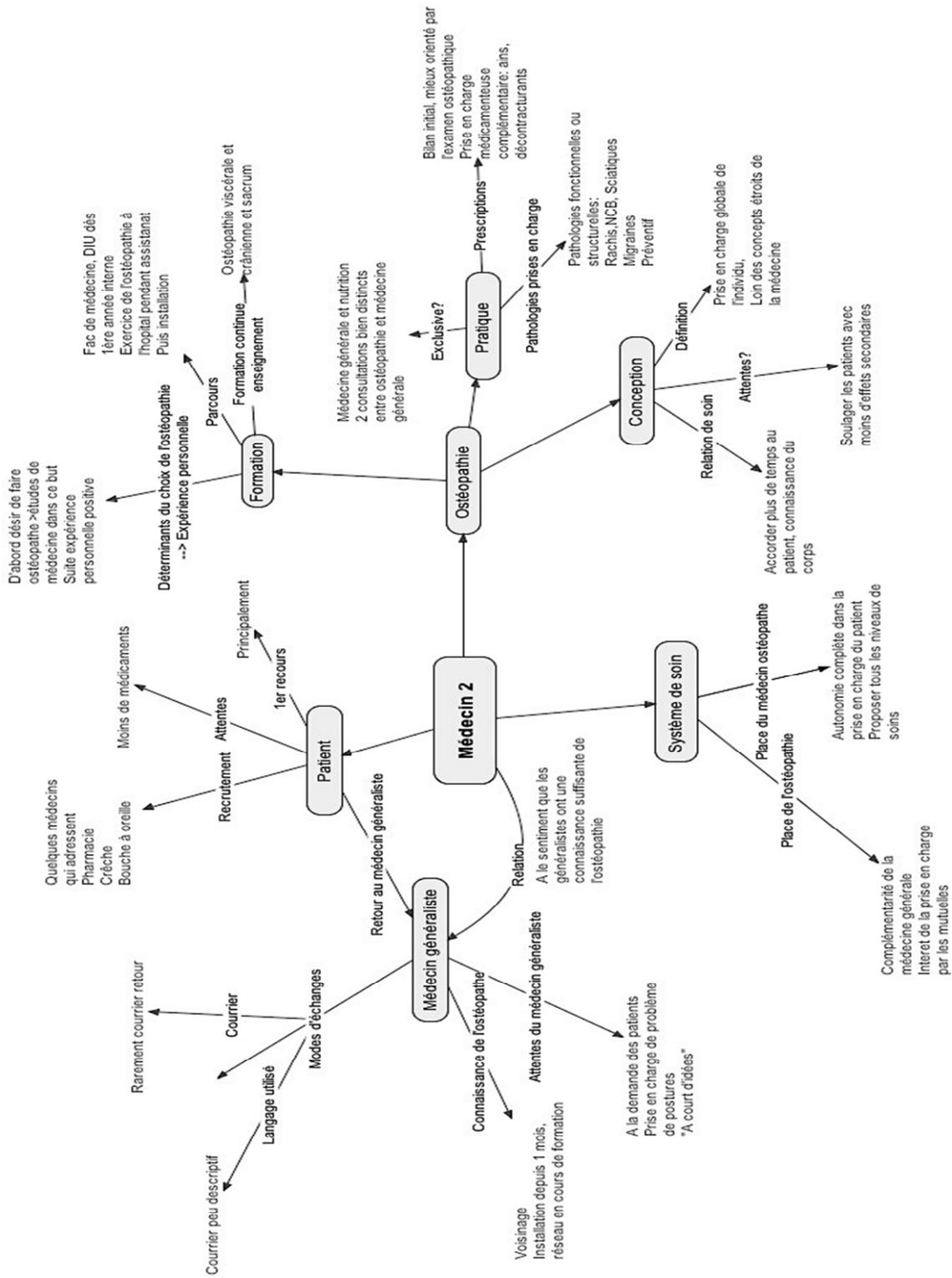
- Qu'est-ce que les médecins généralistes attendent de vous le plus souvent (un diagnostic, une prise en charge globale, un acte technique ...) et quelles sont vos attentes des médecins généralistes ?
- Quels sont vos échanges avec les médecins généralistes : formel ou informel, réseau de correspondants, d'échanges ?
- Quelle place accordez-vous à cet échange d'information ?
- Echange par leur formation des médecins généralistes (par échange de courrier, par des présentations ou enseignement DIU...)

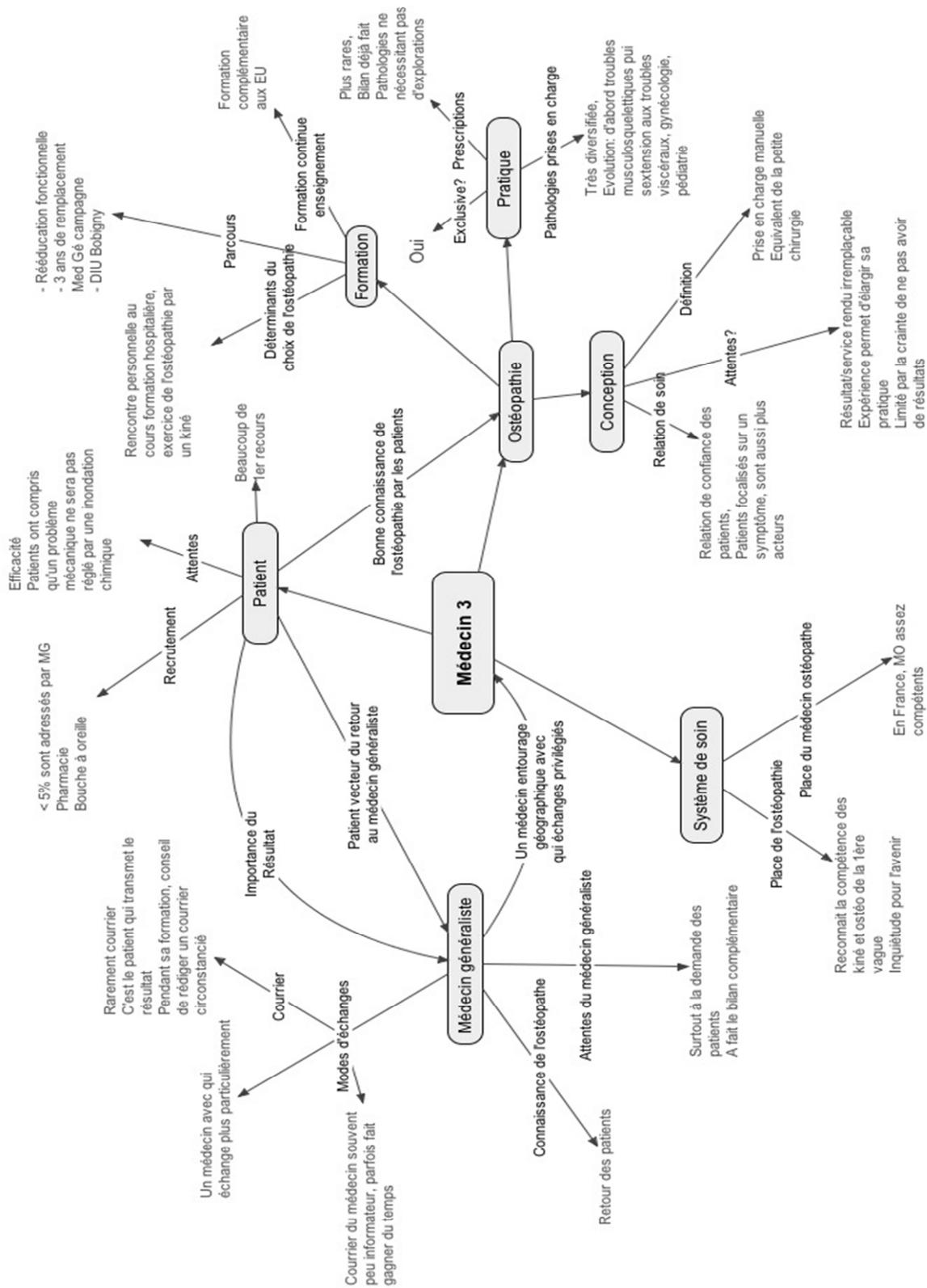
E) Quels moyens de reconnaissance voyez-vous pour l'ostéopathie ?

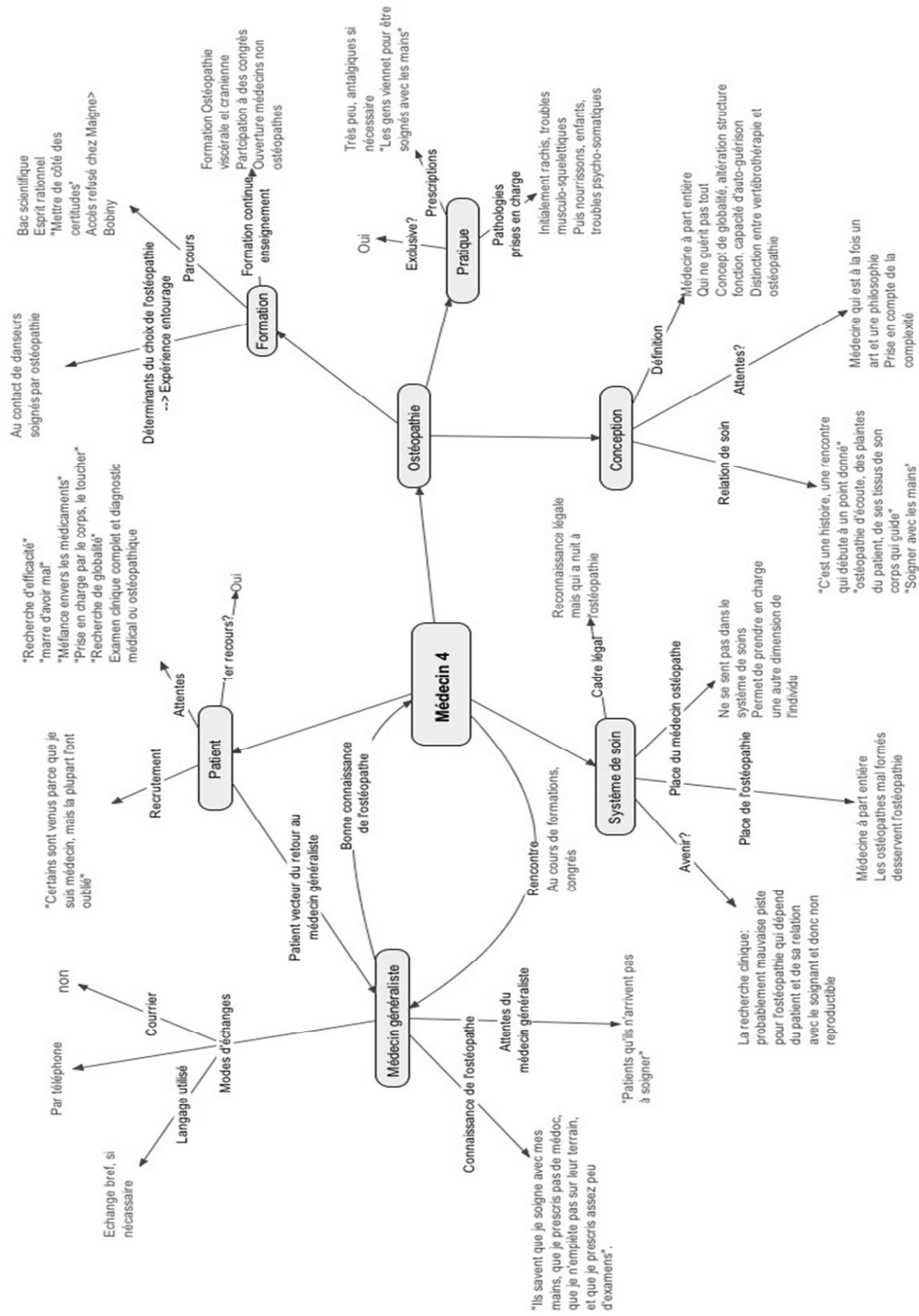
- Quelle est la place de la recherche scientifique ?

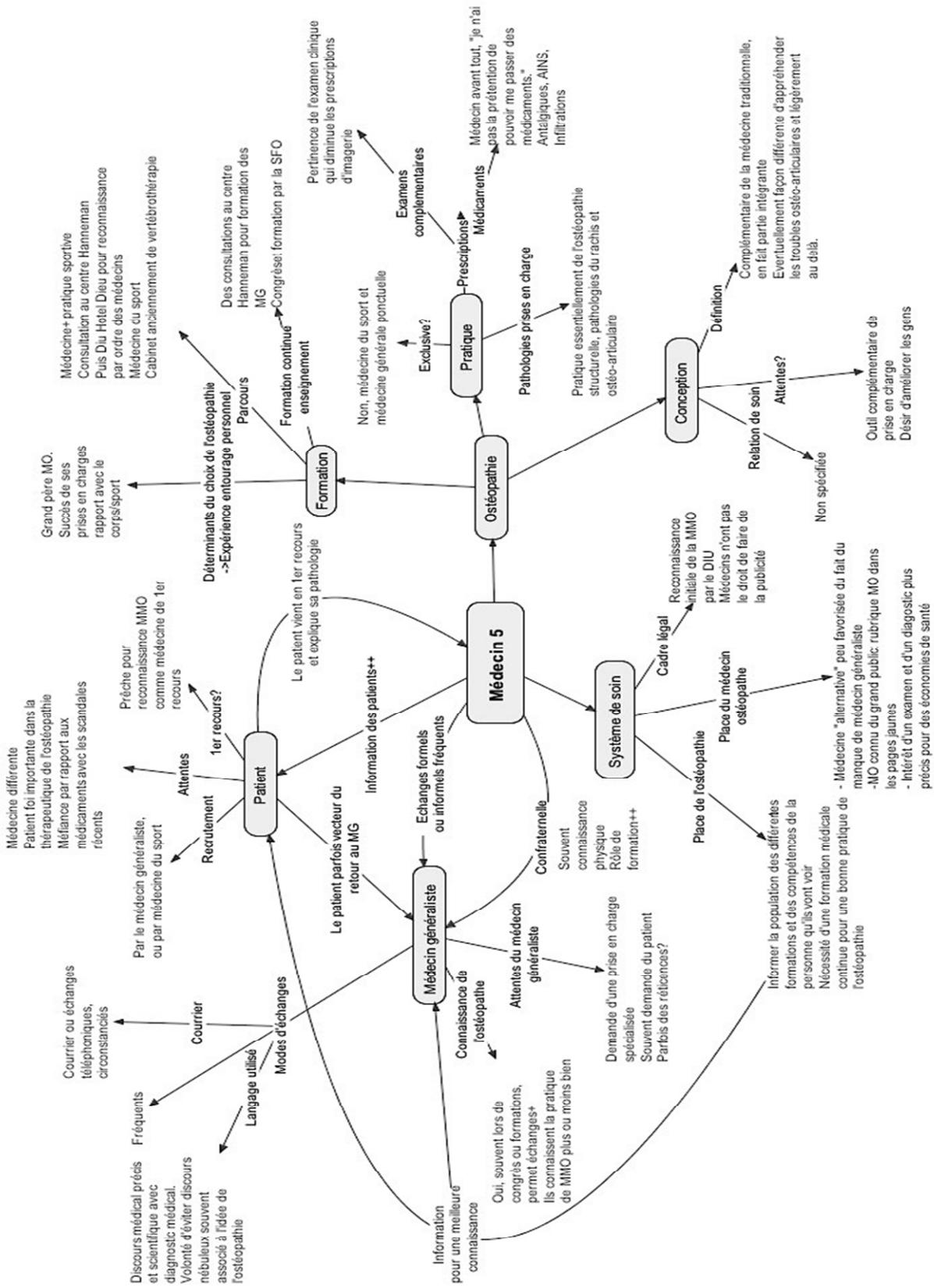
## ANNEXE II : CARTES HEURISTIQUES DES ENTRETIENS

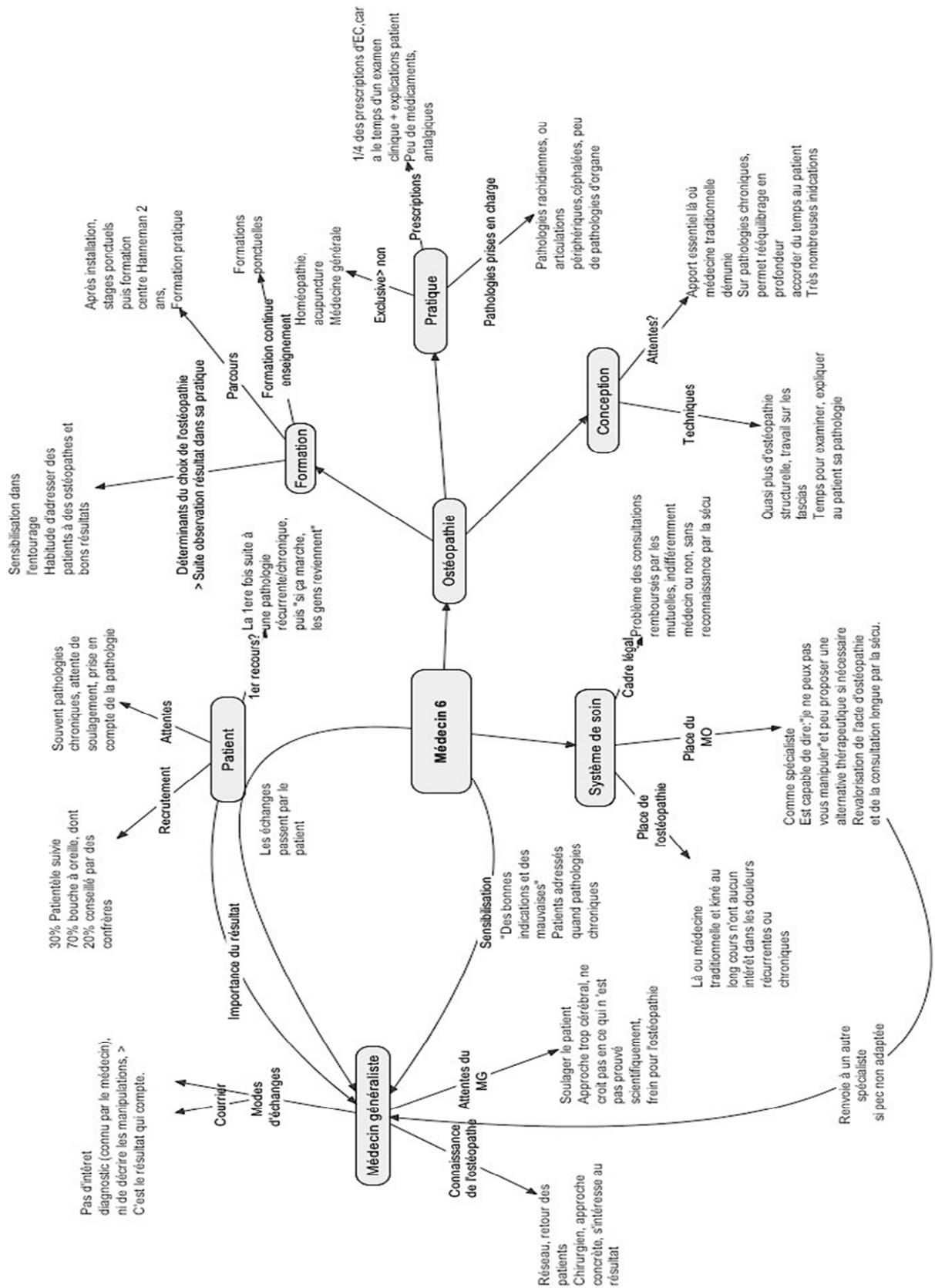


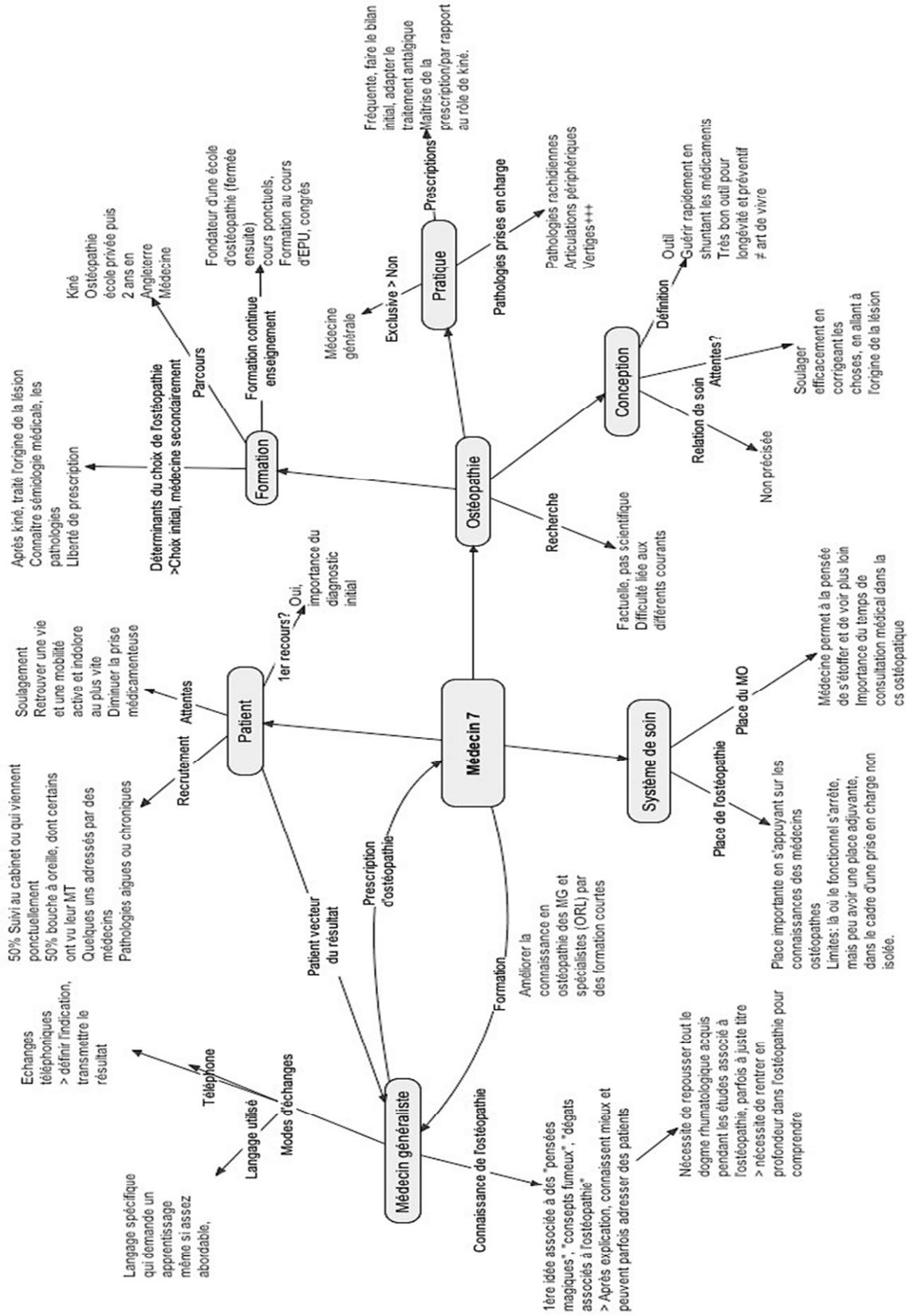


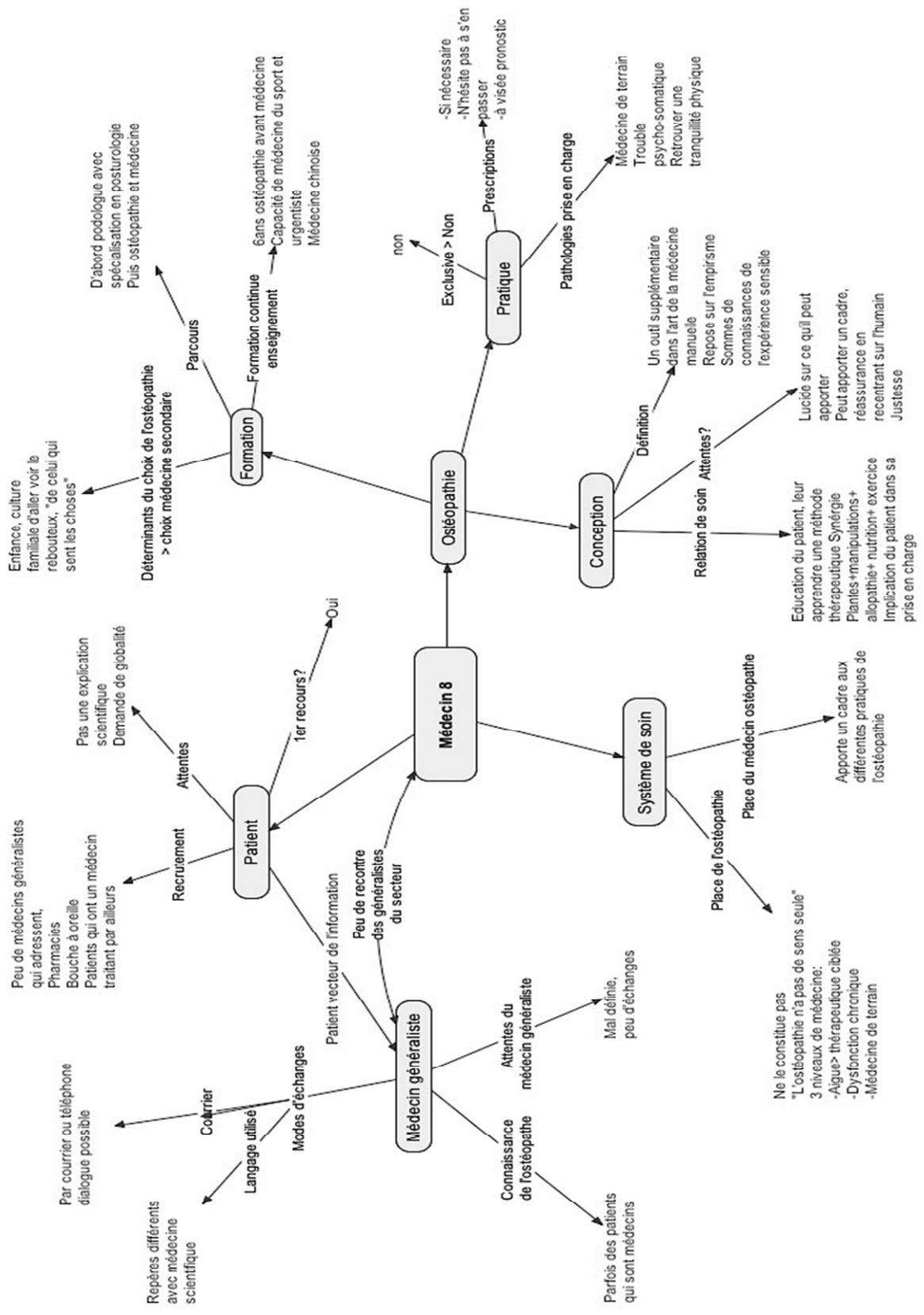


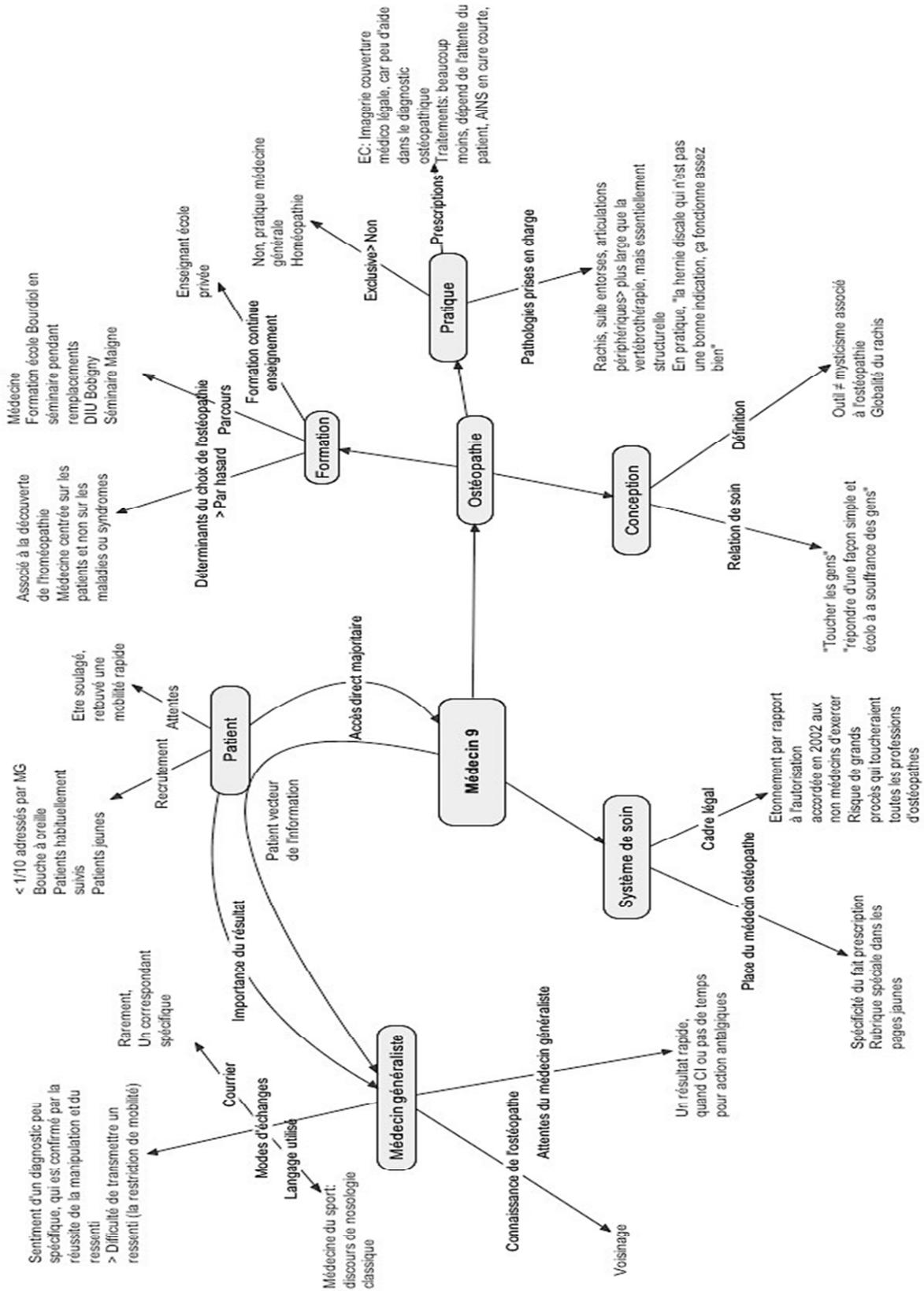


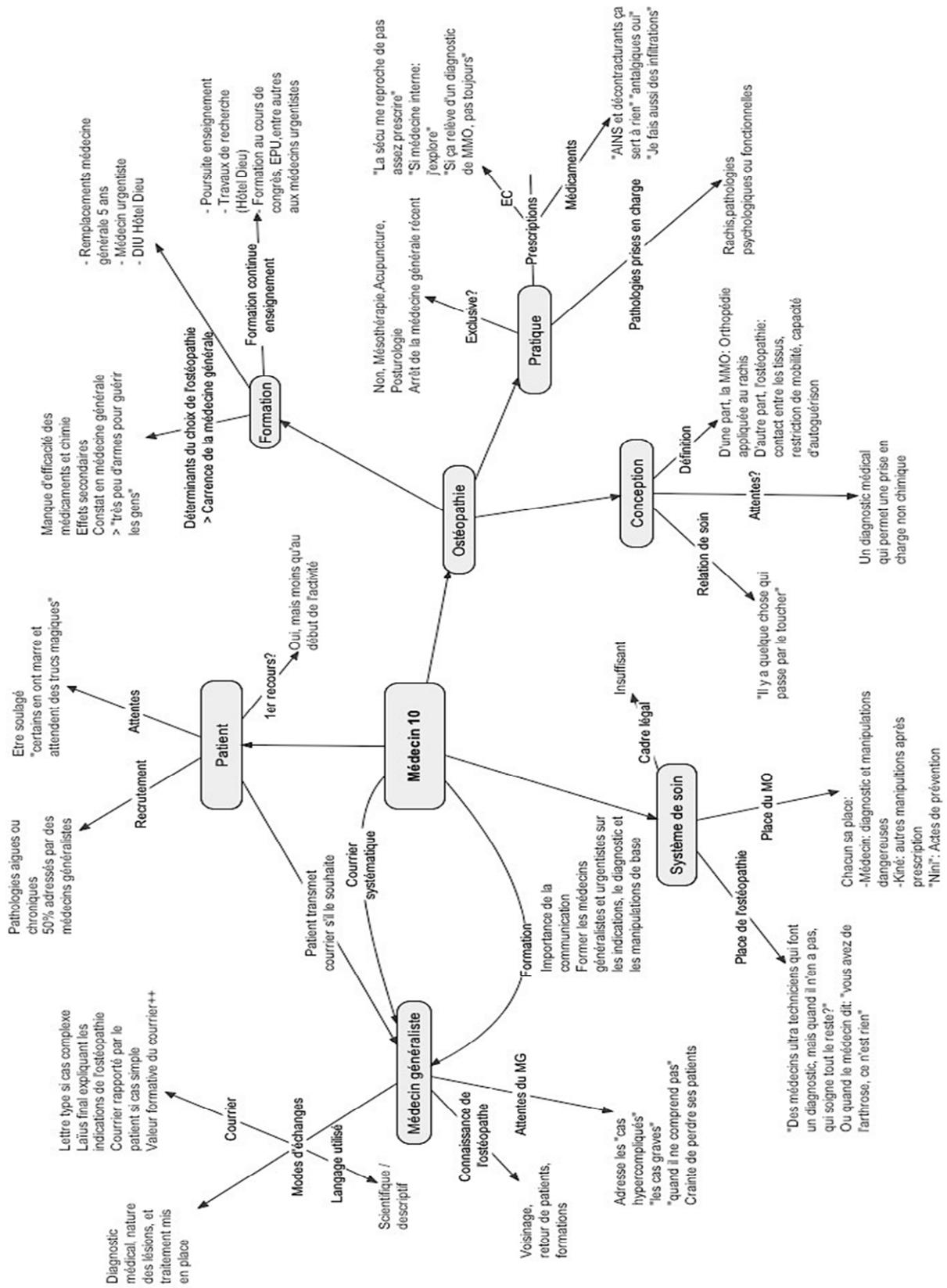


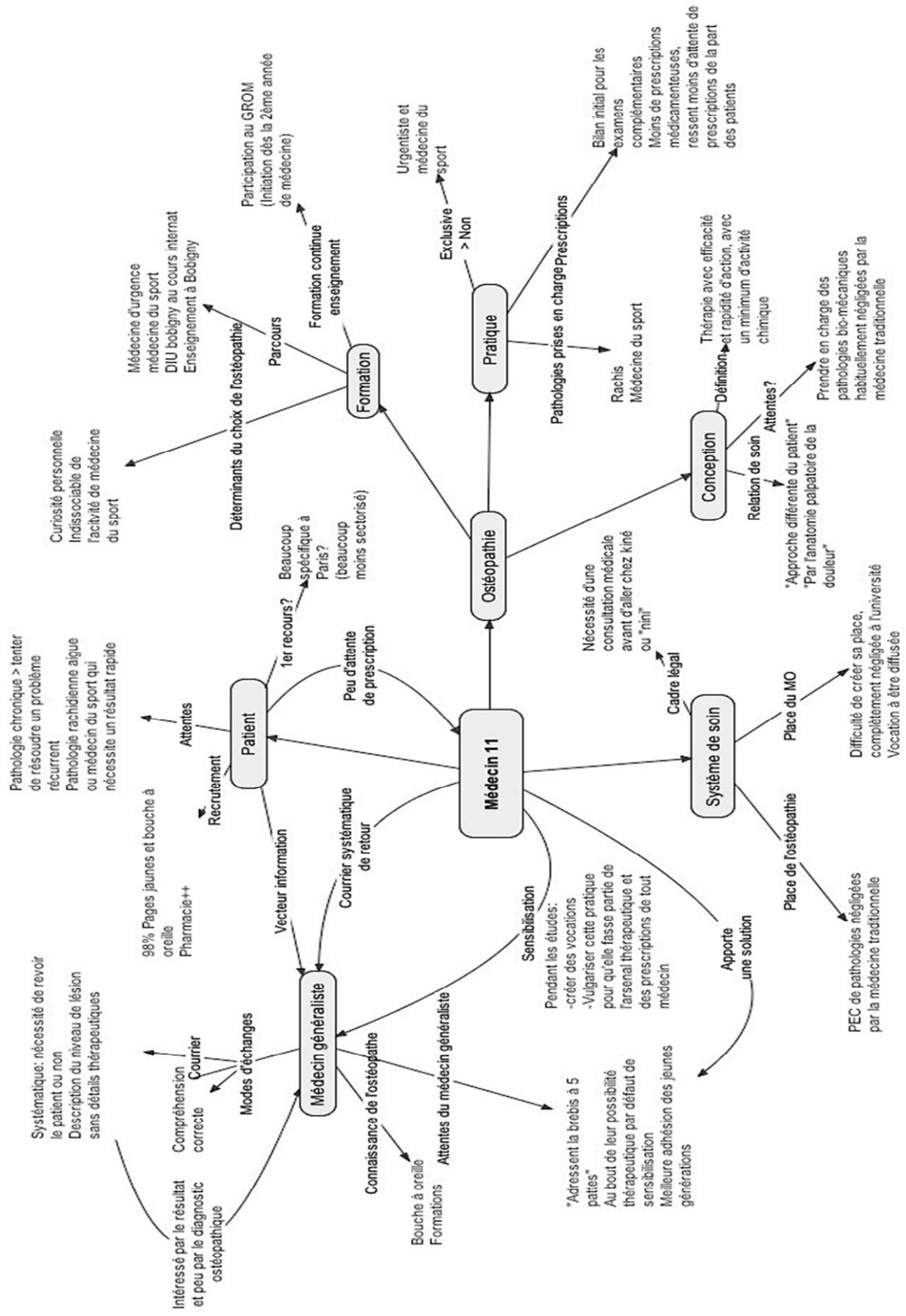


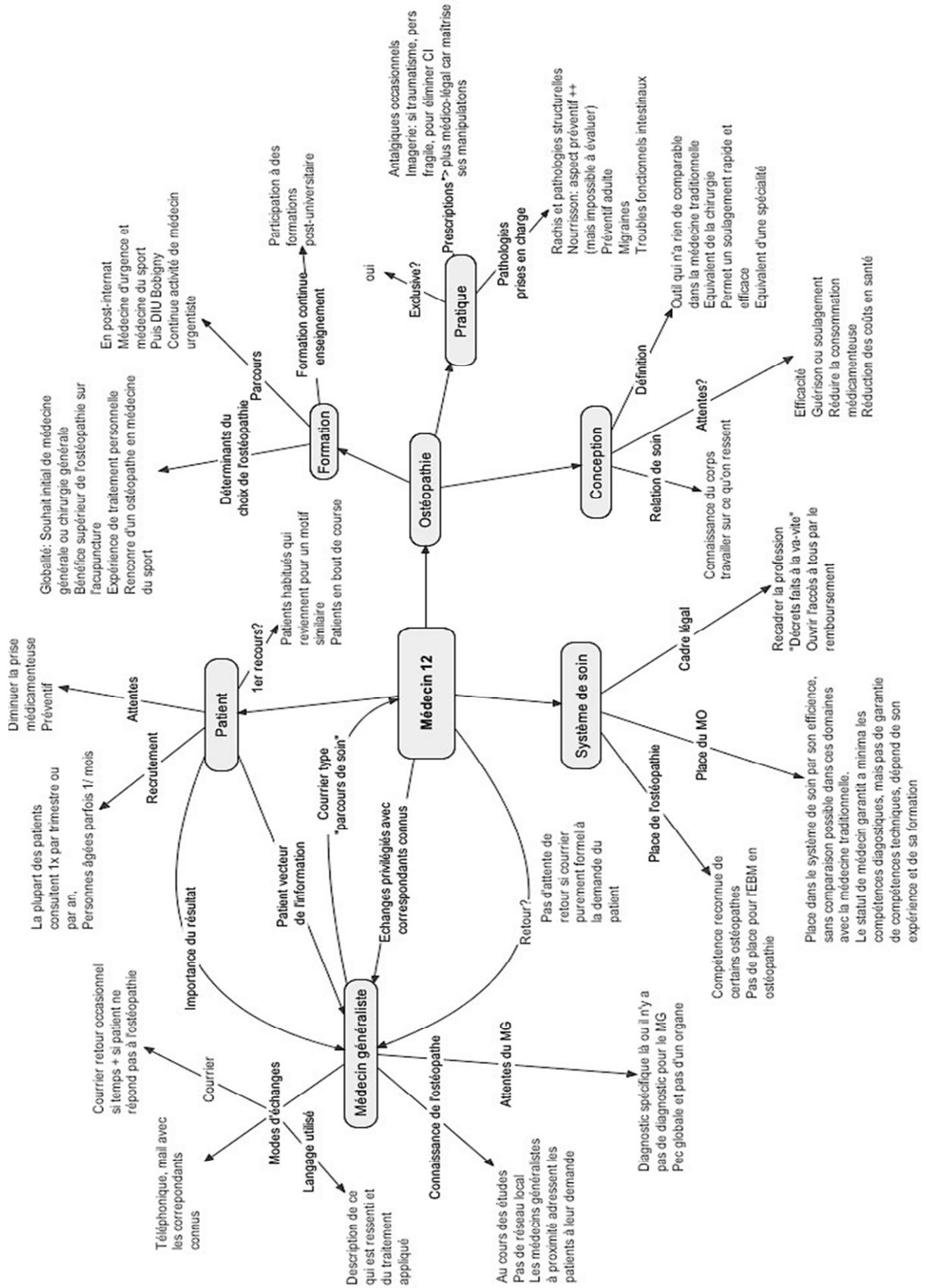


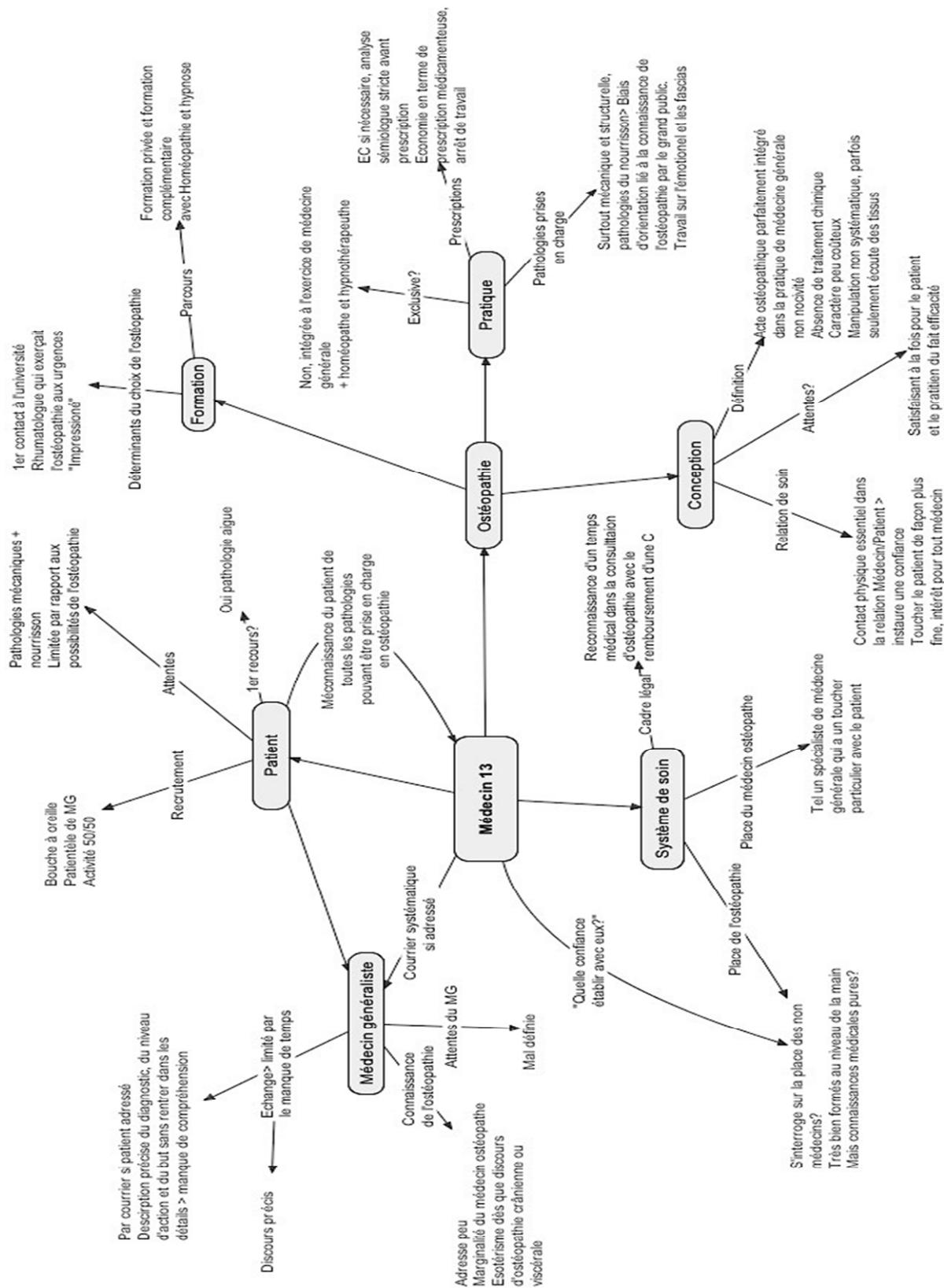


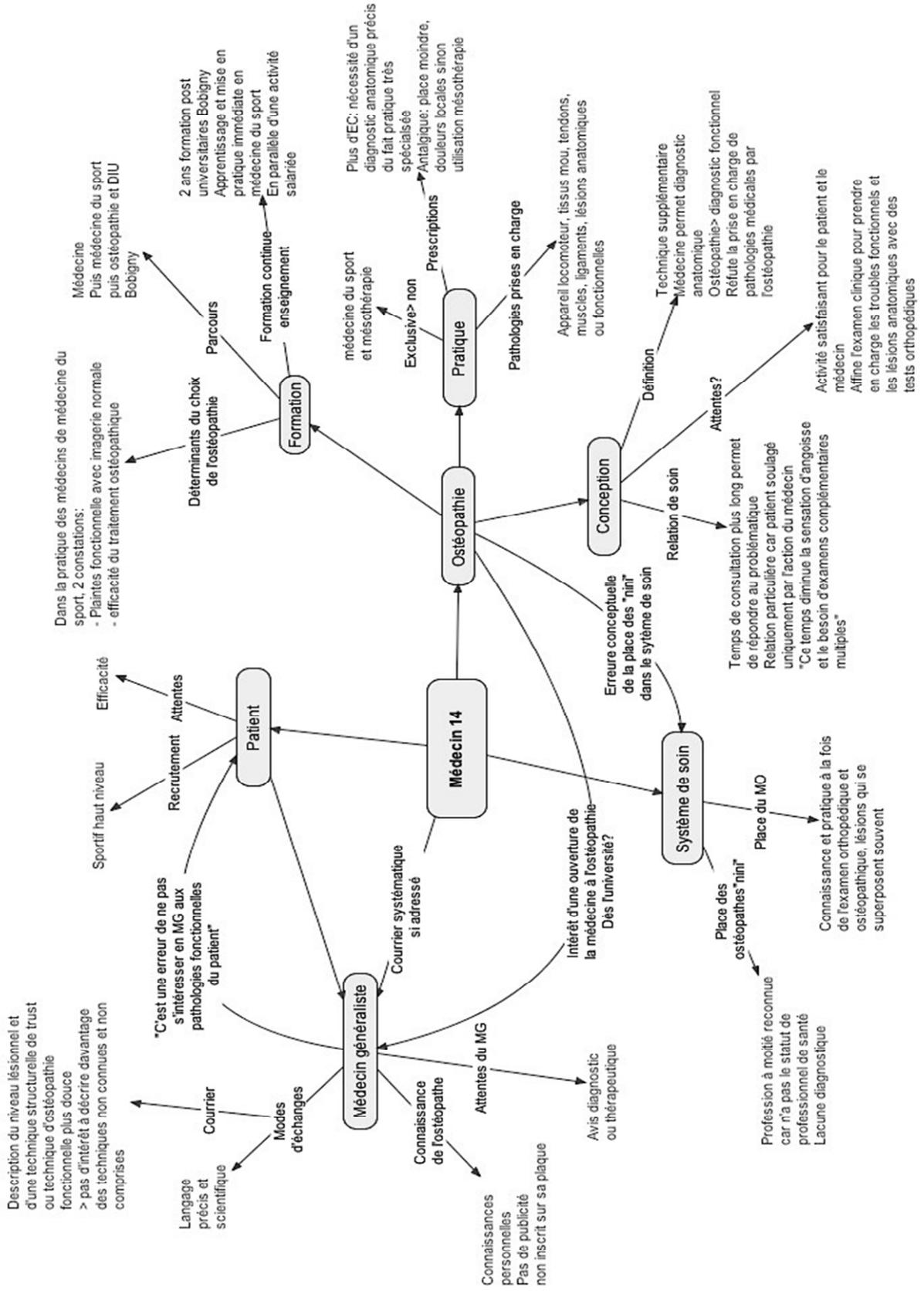


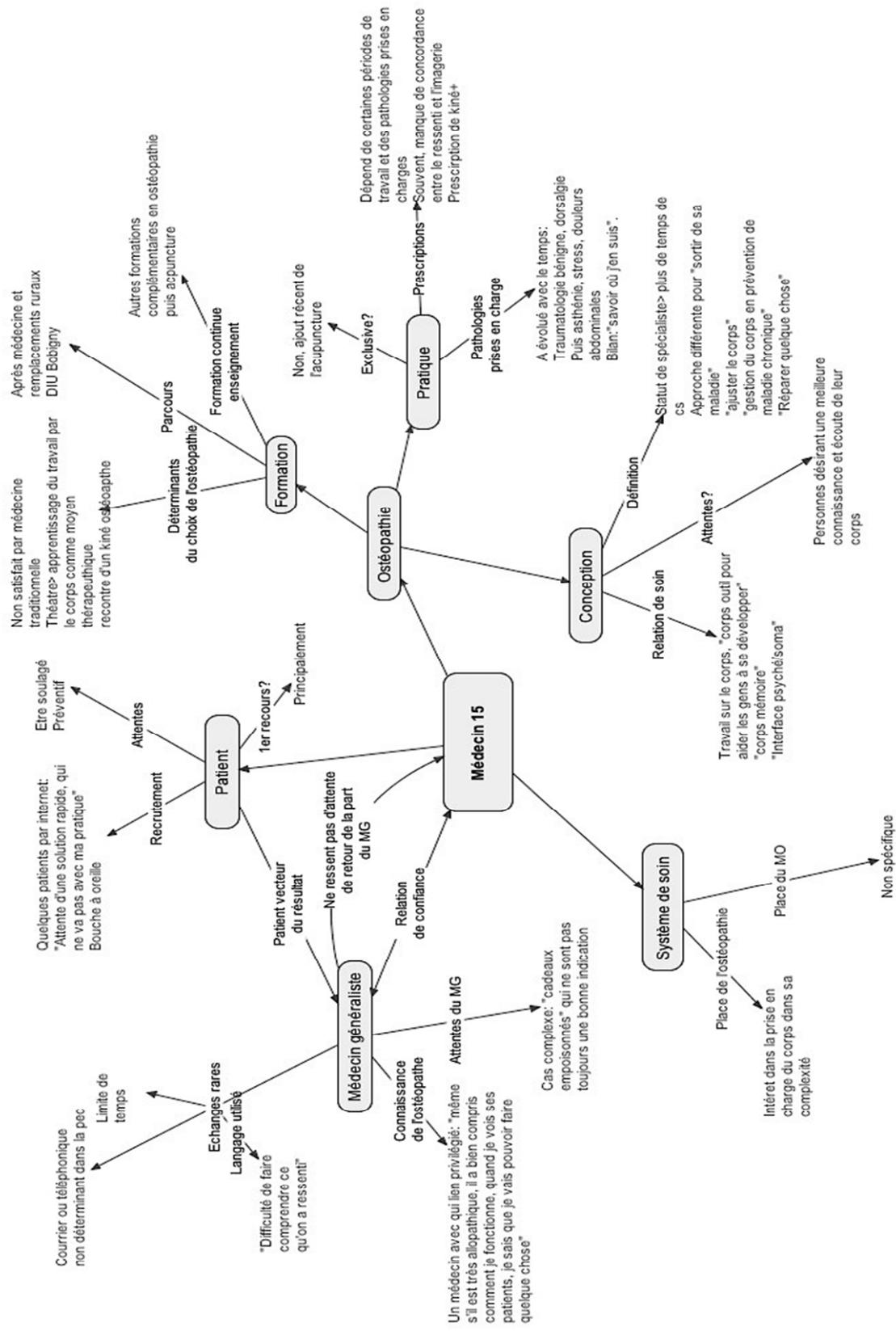


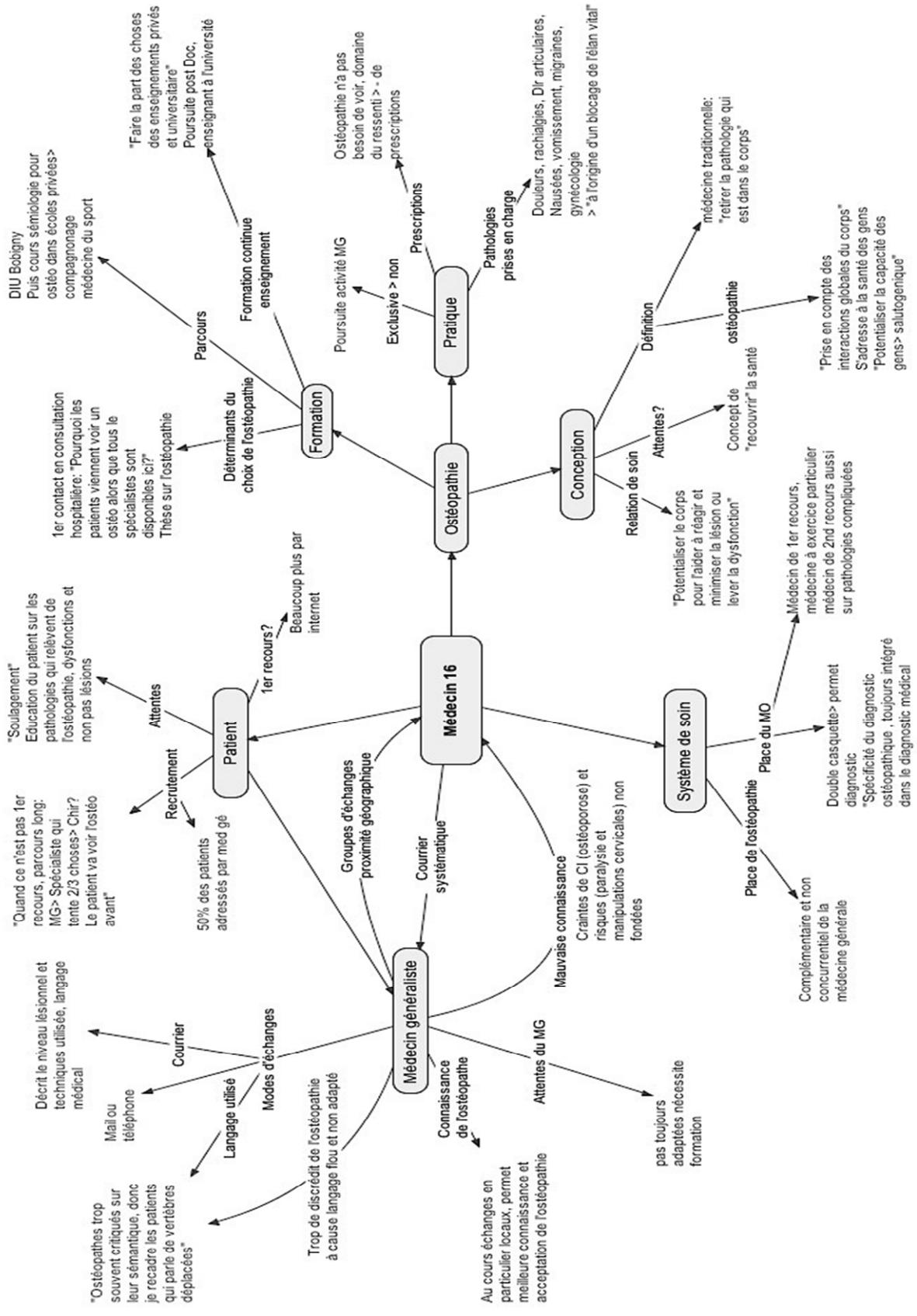


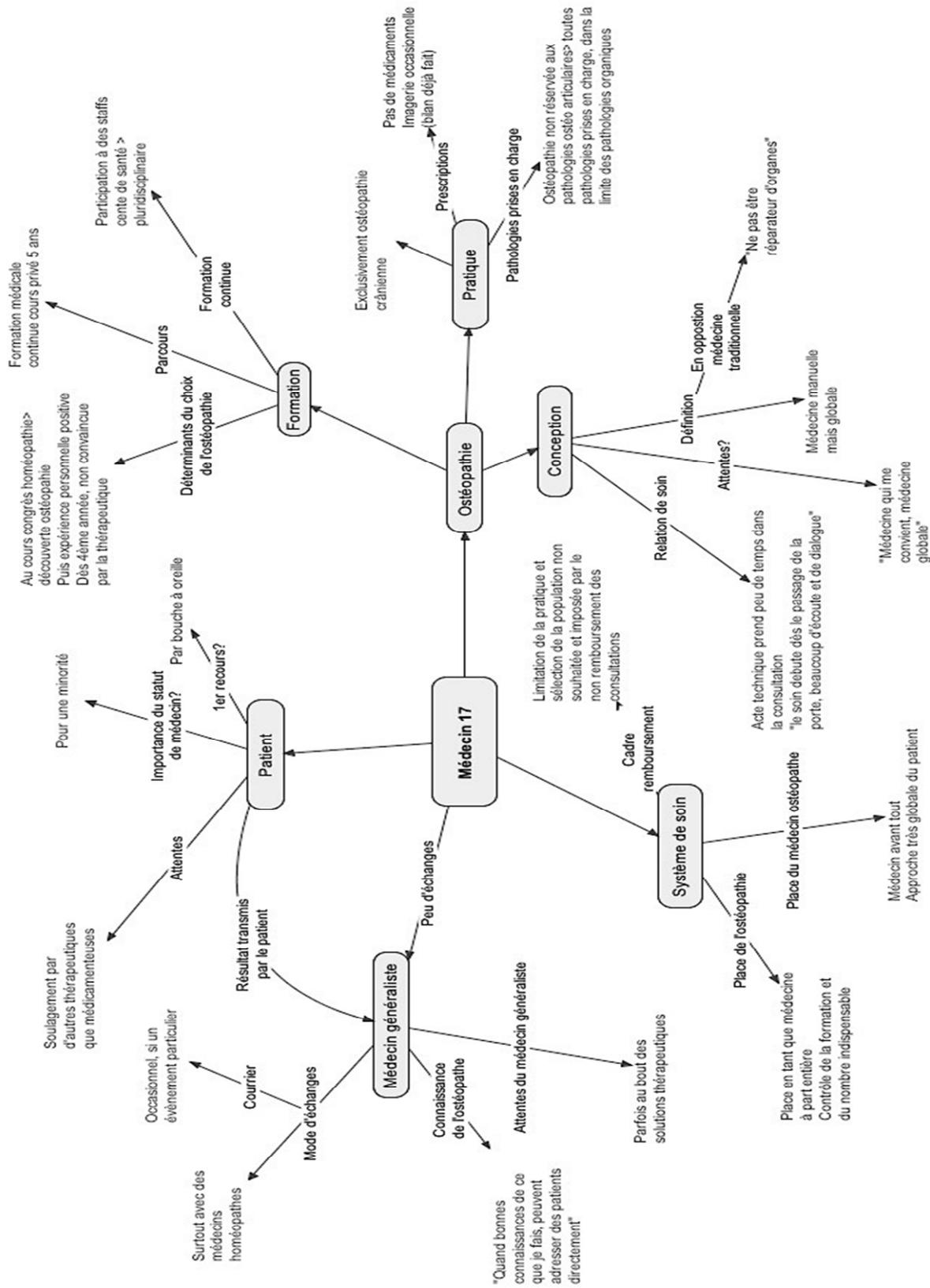


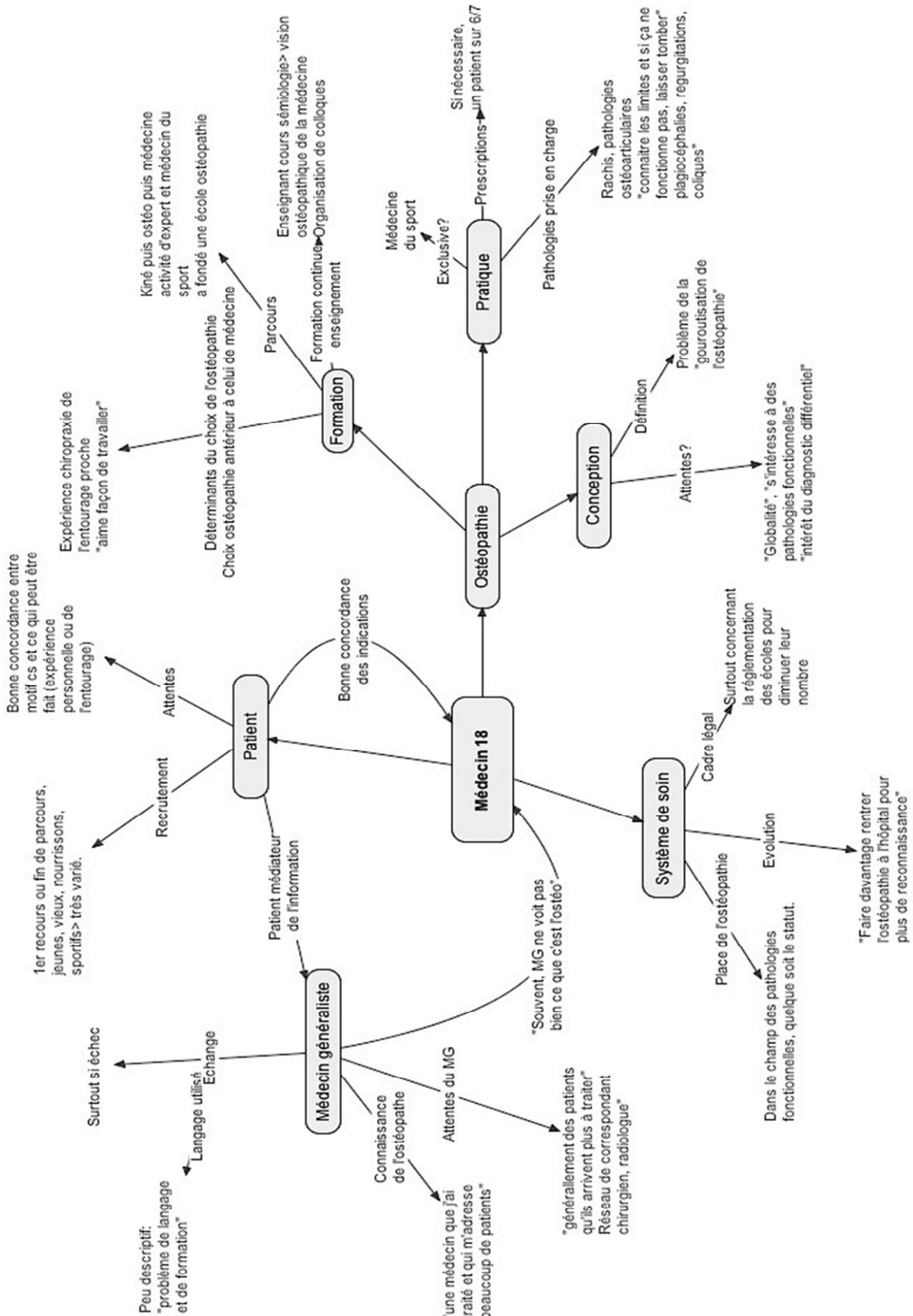


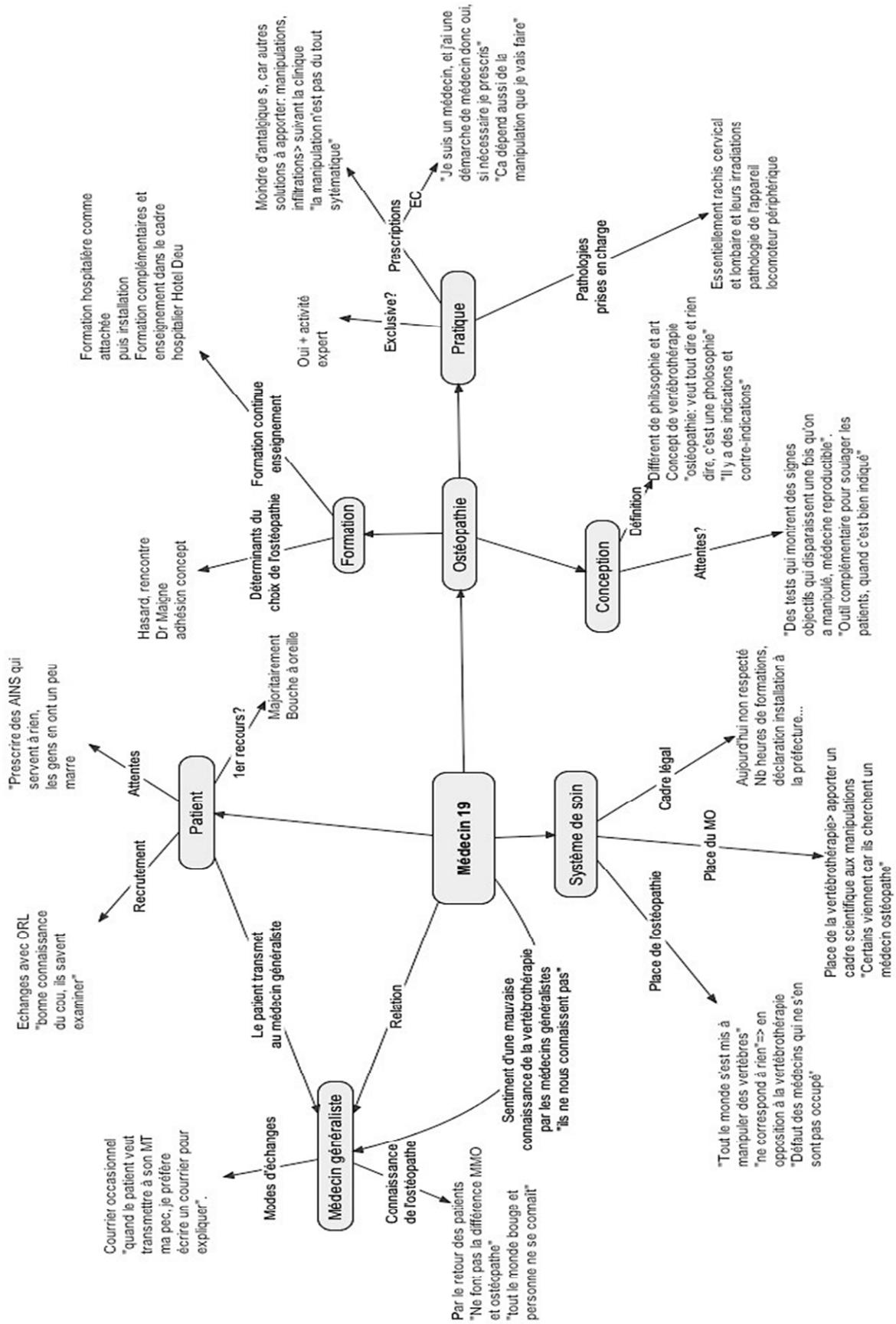












ANNEXE III TABLEAU DES CARACTERISTIQUES PRINCIPALES DES MEDECINS  
OSTEOPATHES

Médecin Age / sexe	Nb d'années de pratique ostéopathie / MG	Exercice exclusif	Ostéopathie viscérale / crânienne	Formation	1.1.1.1.1.1.	Sect.
M1 Homme 48 ans	Installation directe en ostéopathie depuis 20 ans	oui	oui	DIU Bobigny Traumatologie du sport Pathologie du rachis	non	2
M2 Femme 37 ans	Fin internat 2002, installation 8 ans	non: médecine générale, nutrition (50%)	oui	DIU Bobigny 2 cycles FMC O crânienne	non	2
M3 Homme 51 ans	Installation 24 ans, après 2 ans remplacement	oui	oui	DIU Bobigny+ formation privée	non	2
M4 Homme 55 ans	Installation 22 ans après 5 ans remplacement	oui	oui	DIU Bobigny+ formations privées complémentaires	non	2
M5 Homme 58 ans	Installation 30 ans	non: médecine générale (15%)	Connaissance	Centre Hahnemann DIU Hôtel Dieu Médecine du sport	non	2
M6 Homme 63 ans	Installation 32 ans Ostéopathie depuis 15 ans	non: Médecine générale pure 10%	Quasi exclusive avec fascia thérapie	Centre Hahnemann	Homéopat hie, acupunctu re, mésothéra pie	2
M7 Homme 57 ans	Kiné puis ostéo puis médecine, installation 2005	non, médecine générale	oui	2ans Maidstone	non	2
M8 Homme 45 ans	Podologue puis posturologie/ost éo et médecine 7 ans	oui	oui	Formation privée	médecine chinoise, acupunctu re	3
M9 Homme 61 ans	4 ans remplacement, installation 35 ans MG + ostéo	non	non, seulement structurelle	Formation privée DIU Bobigny, Médecine du sport	Homéopat hie	2
M10 Homme 60 ans	Installation Med Gé 85 après médecine d'urgence puis	oui depuis peu	oui	DIU Hôtel Dieu	Acupunct ure mésothéra pie	2

	MMO 86				posturologie	
M11 Homme 39 ans	Médecin urgentiste 2001+ Installation Ostéopathie	oui	oui	Médecin du sport DIU Bobigny	non	2
M12 Homme 38 ans	Installation 2001 Activité de médecin urgentiste en parallèle	oui	oui	Médecine du sport DIU Bobigny Formation postuniversitaire	non	2
M13 Homme 51 ans	Installation 1990 MG + ostéo	non 50% médecine générale	oui	Formation privée	Hypnothérapie Homéopathie	1
M14 Homme 38 ans	Pratique ostéopathie depuis 11 ans, Installation 3 ans	oui	oui	DIU + FMC post universitaire Bobigny	Mésothérapie	3
M15 Homme 49 ans	Installation 1990 après remplacement MG	oui	oui	DIU Bobigny, FMC viscéral et crânienne	acupuncture récente	2
M16 Homme 50 ans	Installation MG + ostéo 1980	non, 20% médecine générale	oui	DIU Bobigny Médecine du sport FMC privée	non	2
M17 Femme 46 ans	90-> Cs centre Hanheman 92-> Installation ostéopathe	oui	exclusivement ostéopathie crânienne	Formation privée (compagnonnage)	non	3
M18 Homme 56 ans	Kiné puis ostéopathe puis médecine d'urgence et Installation en 1989	Oui	oui	Médecine du sport DIU Bobigny Formation privée	non	2
M19 Femme 62 ans	Installation en 1980	Oui	Vertébrothérapie	Formation hospitalière DIU Hôtel Dieu	non	2

**Titre de Thèse :** Quelle place les médecins ostéopathes pensent-ils occuper dans le système de soins ? Enquête par entretiens semi-dirigés auprès de médecins ostéopathes

---

## RESUME

Le recours à l'ostéopathie par les patients et les médecins explose. Le titre d'ostéopathe en France correspond à différents statuts. Parmi les ostéopathes non professionnels de santé et les kinésithérapeutes ostéopathes, le statut de médecin ostéopathe est le moins représenté mais semble être bien défini.

Notre étude s'est intéressée à ce que pense les médecins ostéopathes de leur place dans le système de soins, à travers 19 entretiens semi-dirigés de médecins ostéopathes.

Ces médecins ostéopathes estiment que leur statut est déjà bien identifié par l'ensemble des acteurs du système de soins. Qu'ils soient exclusifs ou non, ils décrivent les moyens à leur disposition pour une prise en charge de premier recours. Leur capacité d'un double diagnostic, médical et ostéopathique, et une prise en charge holistique en sont principaux moyens évoqués. Le courrier médical, adressé régulièrement au médecin traitant par plus de 2/3 d'entre eux, est un élément de formation cité par ces médecins ostéopathes. Ces derniers sont d'ailleurs très impliqués dans la formation de leurs confrères (63%), en réponse au sentiment qu'ils ont que les médecins généralistes restent peu sensibilisés à l'ostéopathie. Les médecins ostéopathes reconnaissent la nécessité d'une validation scientifique de l'ostéopathie mais la recherche clinique sous la forme de l'EBM ne semble pas être un moyen adapté.

Des efforts doivent être faits pour une validation scientifique de l'ostéopathie, sans pour autant retarder son intégration dans le parcours de soins des patients.

---

## MOTS-CLES

MEDECIN OSTEOPATHE – OSTEOPATHIE – SYTEME DE SOINS – ENQUETE QUALITATIVE