



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

Pour obtenir le Grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Guillaume HUMBERT

Le 23/10/2015

ANALYSE COMPARATIVE DES PRINCIPALES INDICATIONS D'OSTÉOPATHIE ÉVOQUÉES PAR LES MEDECINS GÉNÉRALISTES ET LES TROIS PRINCIPAUX PROFESSIONNELS DE L'OSTÉOPATHIE EN LORRAINE

Examineurs de la thèse :

M. Bruno CHENUÉL	Professeur	Président
M. Laurent GALOIS	Professeur	Juge
M. Mathias POUSSEL	Docteur en médecine, Maître de Conférences des Universités	Juge
M. Jean-Marie HEID	Docteur en médecine	Directeur de Thèse



Président de l'Université de Lorraine
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND –
Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT -
François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE –
Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER –
Pierre GAUCHER
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER – François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT –
Pierre LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE –
Denise MONERET-VAUTRIN Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT –
Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS

Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON – François PLENAT - Jean-Marie POLU -
 Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT –
 Michel RENARD - Jacques ROLAND
 René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC -
 Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT –
 Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET –
 Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD –
 Professeur Jean-Pierre CRANCE Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeure Michèle KESSLER -
 Professeur Jacques LECLERE Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS –
 Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT Professeur Jacques POUREL –
 Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC Professeur Hubert UFFHOLTZ –
 Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET
 Professeur Michel WAYOFF

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER –

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelynne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

- 2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)**
Professeur Christophe PARIS
- 3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)**
Professeur Henry COUDANE
- 4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**
Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY
- 47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**
- 1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)**
Professeur Pierre FEUGIER
- 2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)**
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL
- 3^{ème} sous-section : (Immunologie)**
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT
- 4^{ème} sous-section : (Génétique)**
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP
- 48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**
- 1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)**
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER
- 2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)**
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY –
Professeur Sébastien GIBOT
- 3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)**
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (pharmacien)
- 4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)**
Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL
- 49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**
- 1^{ère} sous-section : (Neurologie)**
Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT
- 2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)**
Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS
- 3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN
- 4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**
Professeur Bernard KABUTH
- 5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**
Professeur Jean PAYSANT
- 50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**
- 1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)**
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE
- 2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**
Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX –
Professeur Laurent GALOIS
- 3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)**
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD
- 4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON
- 51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**
- 1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)**
Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT
- 2^{ème} sous-section : (Cardiologie)**
Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET
- 3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**
Professeur Thierry FOLLIGUET
- 4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**
Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Laurent BRESLER – Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT – Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA (*stagiaire*)

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA –

Docteur Abderrahim OUSSALAH (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences*)

3^{ème} sous-section : (*Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales*)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN –

Docteure Nelly AGRINIER (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique)*)

Docteur Aurore PERROT (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX (*stagiaire*)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER –
Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston
(U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À notre Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Bruno Chenuel,

Professeur de Physiologie

Nous vous remercions de votre confiance et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury.

Veuillez ainsi trouver dans ce modeste travail le témoignage de notre profonde gratitude et de notre respect dévoué.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Laurent Galois,

Professeur de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Nous vous sommes reconnaissants d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse et nous vous en remercions.

Je vous remercie pour l'enseignement réalisé au cours de mes études et lors de mon stage d'externe dans votre service, votre maîtrise de l'orthopédie et de la traumatologie force l'admiration.

Veuillez recevoir l'expression de nos plus sincères remerciements.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Docteur Mathias Poussel,

Docteur en médecine, Maître de Conférences des universités

Nous vous remercions d'avoir eu l'amabilité d'accepter de nous accompagner dans la réalisation de ce travail.

Nous vous remercions d'avoir été présent et disponible tout au long de ce travail.

Nous vous sommes reconnaissants d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse et nous vous témoignons notre profond respect.

À notre Directeur de Thèse et Juge,

Monsieur le Docteur Jean-Marie Heid,

Docteur en médecine, Chargé d'enseignement à la faculté de médecine

Vous nous avez fait l'honneur d'initier ce travail et nous vous en remercions.

Nous vous remercions pour votre soutien indéfectible, votre patience inaltérable et vos paroles justes et encourageantes.

Vous êtes une très grande source d'inspiration et d'exemple de pratique médicale. Votre humanité et votre franc-parler sont infaillibles.

Nous vous remercions d'avoir accepté de nous faire partager vos connaissances en médecine générale et en médecine manuelle – ostéopathie.

Vous avez été d'un très grand soutien dans une période difficile de ma vie et je vous en remercie très sincèrement.

Nous vous remercions d'avoir dirigé cette thèse et nous vous prions de croire en notre profonde reconnaissance et en notre amitié.

À mes enseignants et chefs,

À tous les médecins de la maison médicale du Breuil de Senones,

Vous m'avez accueilli en tant qu'externe puis interne des **Docteur Florence Coppin** et **Docteur Damien Uhlich**. Votre professionnalisme et votre unité sont un exemple et vous m'avez donné l'envie et la conviction de pratiquer la médecine en maison de santé. Je n'oublierai jamais votre soutien et votre gentillesse.

À tous les médecins de la maison médicale des Thermes de Gérardmer,

Merci de m'avoir confié vos patients pour la réalisation de mon stage professionnalisant. J'ai énormément appris grâce à votre pratique rigoureuse et humaine. Votre exercice en groupe m'a conforté dans l'idée de travailler avec d'autres professionnels de santé. Je remercie tout particulièrement le **Docteur Jean Philippe Koch** pour son enseignement de la médecine générale et de l'ostéopathie et de m'avoir intégré au GEMM88, le **Docteur Jean Luc Viry** pour m'avoir tant appris sur le rôle du médecin généraliste et de la relation médecin-patient et le **Docteur Thierry Géhin** pour son enseignement rigoureux et son sens clinique exceptionnel.

À tous les médecins de Cornimont,

Merci de m'avoir enseigné la médecine générale rurale. Votre détermination et votre bonne humeur malgré les aléas de la vie et l'importante charge de travail sont un exemple qui m'a énormément inspiré. Je remercie tout particulièrement le **Docteur Corinne Lemesle-Lahalle** qui m'a énormément appris et qui a su m'écouter et me conseiller en tant que maître de stage professionnalisant. Tu m'as donné l'envie d'enseigner la médecine.

À toute l'équipe d'enseignants du DIU de médecine manuelle – ostéopathie de Bobigny et les enseignants du GREMMO,

Vous m'avez appris l'ostéopathie avec ses forces et ses limites. Votre enseignement est de rigueur et de qualité et toujours réalisé dans la bonne humeur. J'ai apprécié de suivre votre enseignement et ce fut un plaisir de venir le week-end à Bobigny puis à Paris.

Au Docteur Jean-Olivier Château,

Je te remercie de m'avoir intégré dans le GEMM54 et pour ton dévouement pour le développement de l'ostéopathie sur Nancy. C'est toujours un plaisir de retrouver le groupe régulièrement.

À tous les professionnels de santé qui m'ont aidé et soutenu dans ma formation de médecine générale.

À **Gwénaëlle** ma femme et mon amour, tu as su me soutenir, m'encourager, me supporter et m'aimer dans tous les bons et mauvais moments. Tu me combles chaque jour de bonheur et je te promets d'être un mari aimant face à cette longue carrière qui s'ouvre à moi. À notre futur, et à notre enfant que tu portes. Je t'aime.

À **Papa**, je sais que tu es toujours présent auprès de moi et que tu me guides dans la vie comme tu l'as fait depuis que je suis né. Tu es parti trop tôt, mais j'espère que tu es fier de moi là où tu es. Tu es une personne exceptionnelle et j'espère m'inspirer du mari, du père et du professionnel que tu as été. Tu me manques.

À **Maman**, tu es la mère que chacun rêve d'avoir, je te remercie d'avoir été toujours présente pour moi. Je te dois une très grande partie de ma réussite scolaire jusqu'à ce jour. Ta détermination, ta soif d'enseigner et ta gentillesse sont un exemple que j'espère suivre dans ma vie future. Merci mille fois de m'avoir aidé pour l'analyse statistique !

À **Camille**, ma grande sœur, je te remercie pour les conseils et la correction ultra efficace de ma thèse. Tu es un exemple pour moi et j'espère le suivre à chaque moment de ma vie.

À **Nicolas**, mon grand frère, je te remercie aussi pour la relecture et la correction de ma thèse. J'aspire beaucoup à ta philosophie de vie ! J'espère un jour qu'on pourra enfin faire du kite surf ensemble !

À **Pauline**, ma petite sœur et mon souffre-douleur, je te remercie de ne pas avoir relu ma thèse, car maintenant c'est à ton tour ! J'adore ton humour et ta répartie et je te souhaite de réussir tes études de dentaire avec brio.

À mes beaux-frères **Guillaume** et **Pierre-Alain** et ma belle-sœur **Fanny** merci de venir agrandir la famille.

À **Grapi** et **Gramie** mes regrettés grands parents maternels je n'oublierai jamais ce moment où je révisais mes rattrapages et combien vous m'avez chéri ainsi que tous ces moments où vous nous réunissiez en famille à Vahl-Ebersing

À **Papi** et **Mamie**, mes grands parents paternels, je regrette de ne pas vous avoir plus connu mais je sais que vous êtes présents à mes cotés.

À **Anny** et **Robert**, sans qui je n'aurai peut-être pas réussi ma première année, je vous en serai éternellement reconnaissant. Merci **Frédéric**, mon parrain de m'avoir prêté ta chambre !

À **Emmanuelle** ma marraine qui a toujours un petit mot gentil à mon égard.

À mes oncles et tantes, **Annie** et **Jean-Luc**, **Isabelle** et **Bernard** et **Gabriel**.

À mes **cousins** et **cousines**, que de bons moments à rire !

À mes **neveux**, la famille s'agrandit et vous faites revivre la joie de vivre de papa.

À toute la famille **Parmentelot, Jean-Louis, Marie-Claude, Cathy et Fabien**. Ainsi qu'à **Madeleine et Christine**.

A **Gisèle** (alias Chef) et **Joseph**, merci pour tout ce que vous avez fait pour notre famille et merci pour votre dévouement. Vous comptez énormément pour moi.

À mes beaux-parents **Hedwige et Éric**, je vous remercie de m'avoir confié votre fille, et merci pour votre accueil chaleureux et votre gentillesse.

À **Bérangère et Pierrick** merci de m'avoir accepté en tant que beau-frère.

À **Marie et Valentine** mes amies d'enfance, on en aura fait tous les trois, vous comptez beaucoup pour moi.

À **Yannick** (ce coup-ci je t'appellerai par ton prénom), mon ami, merci d'être toujours présent pour moi. J'admire ton ambition et ta simplicité.

À **Camille Royer**, heureusement que j'ai fait de l'ostéopathie, j'ai eu la chance de rencontrer une personne formidable, j'espère que notre amitié durera.

À **Mathieu Brauer** mon super co-interne d'HGE livré comme moi à lui-même pendant 6 mois et à présent ami. J'espère encore passer des soirées complètes à rigoler avec toi !

À mes amis, **Alexandre, Clément, Matthias, Paul et Yacine** que de soirées, j'espère vous inviter à manger des spaghettis à nouveau un jour !

À **Aline Mouchette, Bertrand Risser, Guillaume Conroy, Olivia May et Matthias Ubersfeld**, vous avez tous été très importants dans ma vie.

À **Florence Coppin** qui a su m'écouter, me parler et me reconforter dans une période très difficile de ma vie.

À toute **l'équipe de la maison médicale de Diarville** qui va bientôt devoir me supporter pendant de nombreuses années je l'espère. Quel bonheur de se dire que l'on va travailler avec des gens formidables et très sympathiques. Tout particulièrement, à **Fabrice Foltz**, Pharmacien, qui est à l'origine de ce projet.

À **Bounty**, le seul à avoir dévoré mes brouillons de thèse.

SERMENT

« **A**u moment d'être admis 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES FIGURES	20
TABLE DES TABLEAUX	21
ABRÉVIATIONS	22
1. INTRODUCTION	24
2. L'OSTÉOPATHIE	25
2.1. Généralités	25
2.1.1. Définition et concept ostéopathique	25
2.1.2. Étymologie de l'ostéopathie	25
2.1.3. L'ostéopathie diffère de la chiropraxie	26
2.2. Histoire et fondements de l'ostéopathie(2)	26
2.2.1. Une existence depuis l'Antiquité	26
2.2.2. Une origine provenant de l'Ouest américain	27
2.2.3. Andrew Taylor Still : Un fermier passionné de médecine.....	27
2.2.4. Un triste événement à l'origine de l'ostéopathie	27
2.2.5. L'ostéopathie par Still ou l'analogie agricole d'une médecine par un fermier..	28
2.2.6. Les premières guérisons par l'ostéopathie selon Still.....	28
2.2.7. La première école d'ostéopathie et la reconnaissance nationale	28
2.2.8. L'importation outre-Atlantique par le « second père de l'ostéopathie »	29
2.2.9. Le développement de l'ostéopathie crânienne par le « troisième père de l'ostéopathie ».....	29
2.2.10. L'importation et le développement en France.....	29
2.3. Une démographie grandissante et une paupérisation des professionnels ostéopathes exclusifs (OE)	30
2.3.1. Une augmentation constante du nombre d'ostéopathes formés et installés...	30
2.3.2. Une diminution du nombre de médecins généralistes en activité	30
2.3.3. Des répartitions géographiques comparables, mais très inégales	31
2.3.4. Un appauvrissement des ostéopathes exclusifs	33
2.4. Une législation récente et complexe	33
2.4.1. La reconnaissance du 4 mars 2002 des ostéopathes exclusifs	33
2.4.2. Les premiers décrets d'application en 2007	33
2.4.3. Un système d'agrément des écoles imparfait.....	34

2.4.4.	Publication des nouveaux décrets d'application de 2014	35
2.5.	Des formations multiples	35
2.5.1.	Pour les médecins	35
2.5.2.	Pour les non-médecins	36
2.5.3.	Une formation renforcée pour tous.....	36
2.6.	Indications et contre-indications.....	37
2.6.1.	Les indications	37
2.6.2.	Les contre-indications	38
2.6.2.1.	Selon la pathologie.....	38
2.6.2.2.	Selon le thérapeute (établi par décret n°2007-435) (12)	39
2.7.	Les techniques utilisées en ostéopathie	39
2.7.1.	Le principe de base : la dysfonction articulaire (23)	39
2.7.2.	La notion de barrière articulaire (24)	39
2.7.3.	Les composantes myofasciales et articulaires	40
2.7.4.	L'examen ostéopathique.....	41
2.7.4.1.	L'examen ostéopathique selon Maigne centré sur les vertèbres.	41
2.7.4.2.	L'examen ostéopathique selon l'école anglaise(24).....	42
2.7.5.	Les manipulations ostéopathiques et leur mécanisme.	42
2.7.5.1.	Les manipulations structurelles	43
2.7.5.1.1.	L'action sur les articulations zygapophysaires	43
2.7.5.1.2.	L'action sur le disque intervertébral	44
2.7.5.1.3.	L'action sur les muscles para-vertébraux.....	44
2.7.5.1.4.	L'action sur la douleur.....	44
2.7.5.1.5.	L'action sur la circulation sanguine	45
2.7.5.1.6.	L'effet placebo et psychologique	45
2.7.5.2.	Les techniques myotensives ou techniques de Mitchell	45
2.7.5.3.	Les techniques de Strain-Counterstrain ou techniques de Jones.....	46
2.7.5.4.	Les techniques de Still ou le Traitement Général Ostéopathique (TGO) ...	46
2.7.5.5.	Les techniques viscérales.....	47
2.7.5.6.	L'ostéopathie crânienne et craniosacrée.....	47
2.7.5.7.	Autres manipulations ostéopathiques.....	48
2.9.	L'ostéopathie à l'étranger	51

2.9.1.	Aux États-Unis	51
2.9.2.	Au Royaume-Uni	51
2.9.3.	En Belgique	52
2.9.4.	En Suisse	52
2.9.5.	En Allemagne.....	52
3.	ÉTUDE	53
3.1.	Introduction	53
3.2.	Matériel et méthode	53
3.2.1.	Type d'étude.....	53
3.2.2.	Population étudiée et déroulement de l'enquête	54
3.2.2.1.	Étude de la population des professionnels lorrains	54
3.2.2.2.	Critères d'inclusions et d'exclusions	54
3.2.2.3.	Méthode d'échantillonnage.....	55
3.2.3.	Durée et modalités de la collecte des données	56
3.2.4.	Conception du questionnaire et données recueillies	56
3.2.4.1.	Première partie adressée à tous	57
3.2.4.2.	Deuxième partie adressée uniquement aux médecins généralistes.....	57
3.2.5.	Traitement des données et analyse statistique	57
3.3.	Résultats	58
3.3.1.	Représentativité de l'échantillon initial par rapport à la population française.	58
3.3.2.	Taux de participation.....	59
3.3.3.	Objectif principal – analyse descriptive	60
3.3.3.1.	Les indications des médecins généralistes	60
3.3.3.2.	Les indications des médecins ostéopathes.....	61
3.3.3.3.	Les indications des kinésithérapeutes ostéopathes	61
3.3.3.4.	Les indications des ostéopathes exclusifs.....	62
3.3.4.	Objectif principal	62
3.3.4.1.	Analyse statistique par indication.....	62
3.3.5.	Objectifs secondaires	63
3.3.5.1.	Analyse statistique entre les professionnels ostéopathes	63
3.3.5.2.	Analyse statistique par groupe d'indication	64
3.3.6.	Nombre de d'indications citées par professionnel	65

3.3.7.	Nombre d'indications les plus citées par les professionnels	66
3.3.8.	Relations médecins généralistes et professionnels ostéopathes	67
3.4.	Discussion	68
3.4.1.	Critiques de l'étude	68
3.4.1.1.	Forces de l'étude.....	68
3.4.1.2.	Faiblesses de l'étude	68
3.4.2.	Analyse des résultats.....	70
3.4.2.1.	Tous les professionnels sont en accord sur deux indications.....	70
3.4.2.2.	De nombreuses différences même parmi ces deux indications.....	70
3.4.2.2.1.	Des différences remarquables sur le lumbago et la cervicalgie aiguë.	70
3.4.2.2.2.	Des différences entre les médecins généralistes et les professionnels ostéopathes.....	73
3.4.2.2.3.	Les différences entre les professionnels de santé et les ostéopathes exclusifs	74
3.4.2.2.4.	Les différences entre les médecins et les non-médecins.....	75
3.4.2.2.5.	L'opinion d'un professionnel diverge des autres	78
3.4.2.3.	Les indications évoquées par la loi	79
3.4.2.4.	L'avis des médecins généralistes	81
3.4.2.5.	Les rapports entre médecins généralistes et ostéopathes.....	82
3.4.2.6.	Les indications très peu citées	83
4.	CONCLUSION	84
	BIBLIOGRAPHIE	87
	ANNEXES	92
	RÉSUMÉ DE LA THÈSE :	99

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Effectifs des médecins généralistes – de l’observé à l’attendu(7)	31
Figure 2 : Répartition des ostéopathes en France au 1er janvier 2015 (Source : Registre des ostéopathes de France)(4).....	32
Figure 3 : Répartitions des médecins généralistes en France en 2015 (Source : Ordre National des Médecins).....	32
Figure 4 : Schéma illustrant les barrières articulaires tirées de l’Atlas des Techniques Ostéopathiques (23).....	40
Figure 5 : Localisation du Trigger Point antérieur de C1 (23)	46
Figure 6 : Position des mains pour les techniques crâniennes (23).....	48
Figure 7 : Répartition des ostéopathes lorrains	58
Figure 8 : Répartition des ostéopathes français(4)	58
Figure 9 : Répartition des réponses des professionnels interrogés.....	59
Figure 10 : Répartition des 31 indications selon les professionnels.....	66
Figure 11 : Taux de médecins généralistes adressant ou prescrivant de l’ostéopathie à leurs patients.....	67
Figure 12 : Estimation par les ostéopathes du taux de patient adressé par un médecin généraliste.....	67

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : indications apparaissant sur le site du Syndicat Français des Ostéopathes	38
Tableau 2 : Liste de signes d'alertes (red flags) recommandant la réalisation de radiographies du rachis (30)	50
Tableau 3 : Répartition des effectifs de l'étude	55
Tableau 4 : Répartition des réponses	59
Tableau 5 : Réponses des médecins généralistes (N=146) selon les indications	60
Tableau 6 : Réponses des médecins ostéopathes (N=52) selon les indications	61
Tableau 7 : Réponses des kinésithérapeutes ostéopathes (n=67) selon les indications	61
Tableau 8 : Réponses des ostéopathes exclusifs (n=52) selon les indications	62
Tableau 9 : Analyse bivariée des indications d'ostéopathies par tous les professionnels interrogés	63
Tableau 10 : Analyse bivariée des indications d'ostéopathies par les professionnels ostéopathes uniquement	64
Tableau 11 : Analyse bivariée des thèmes d'indication entre tous les professionnels et entre les ostéopathes uniquement	65
Tableau 12 : Répartition du nombre de réponses par praticien	66

ABRÉVIATIONS

ADELI :	Automatisation DEs Listes
ARS :	Agence Régionale de Santé
CNOM :	Conseil National de l'Ordre des Médecins
DIM :	Dérangement Intervertébral Mineur
DIU :	Diplôme Inter Universitaire
EBM :	Evidence Based Medicine
HAS :	Haute Autorité de Santé
HVLA :	High Velocity, Low Amplitude
IC :	Intervalle de Confiance
IGAS :	Inspection Générale des Affaires Sociales
KO :	Kinésithérapeute Ostéopathe
MCA :	Médecine Complémentaire et Alternative
MG :	Médecin Généraliste
MMO :	Médecine Manuelle et Ostéopathie
MO :	Médecins Ostéopathes
OE :	Ostéopathes Exclusifs
ORL :	Oto-Rhino Laryngé
ROF :	Registre des Ostéopathes de France
RPPS :	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
SOFMMOO :	Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathique
TFI :	Troubles Fonctionnels Intestinaux
TGO :	Traitement Général Ostéopathique
TVA :	Taxe sur la Valeur Ajoutée
UFOF :	Union Fédérale des Ostéopathes de France
UNASA :	L'Union Nationale des ASsociations Agréées



1896 - Science et charité – Pablo Picasso

1. INTRODUCTION

J'ai décidé de réaliser cette thèse, car l'ostéopathie bénéficie actuellement d'un véritable engouement de la part de la population française et des professionnels de santé. Face à la montée en puissance de cette médecine alternative, il semble évident que la médecine conventionnelle doit agir pour contrer cet enthousiasme difficilement contrôlé par les pouvoirs politiques. Il en va de la sécurité et de la santé des patients qui s'adonnent à cette thérapie qui manque pour l'instant de preuves scientifiques et qui reste majoritairement pratiquée par des professionnels non soumis à un code de déontologie. Cette thérapie du bien-être dont le but principal est de traiter des troubles fonctionnels représente un champ très vaste de symptômes et d'hypothèses étiologiques parfois douteuses, pouvant être une source d'abus de la part de certains professionnels malveillants. Pourtant, cette globalité et cette part de mysticisme attirent les patients dont les symptômes ne sont pas toujours soulagés par la médecine conventionnelle. De plus en plus d'études prometteuses sont publiées dans des revues médicales en essayant de répondre au mieux aux critères de l'Evidence Based Medicine. L'ostéopathie se médicalise progressivement et quelques indications ont déjà été approuvées par les autorités de santé ces dernières années. Nous pouvons nous demander si cette reconnaissance partielle est intégrée par les différents professionnels et si les professionnels non-médecins sont également en accord avec ces indications.

L'esprit scientifique de tous les médecins français les pousse à s'intéresser à de nouvelles médecines. Dans l'intérêt de soigner leurs patients et au-delà des règles politiques et économiques, les médecins ayant prêté serment d'Hippocrate se sont engagés à « *entretenir et perfectionner leurs compétences pour assurer au mieux les services qui leurs seront demandés* ». L'ostéopathie peut apporter énormément à la médecine moderne, mais elle doit répondre à certaines exigences pour être acceptée par la communauté médicale. De nombreux travaux restent à effectuer à ce sujet. Mais je pense que faire connaître l'ostéopathie à un plus grand nombre de médecins permettra de faire avancer la recherche en médecine ostéopathique et enrichira la médecine moderne conventionnelle.

Par cette thèse, je souhaite évoquer l'histoire de l'ostéopathie et son évolution de sa naissance jusqu'à nos jours pour tenter de réaliser un aperçu de cette mystérieuse philosophie de l'ostéopathie. Ensuite, j'exposerai mon étude réalisée sur les opinions des principaux professionnels de l'ostéopathie et des médecins généralistes concernant les indications pour lesquelles l'ostéopathie serait réellement efficace.

2. L'OSTÉOPATHIE

2.1. Généralités

2.1.1. Définition et concept ostéopathique

L'ostéopathie fait partie des médecines complémentaires et alternatives (MCA). Elle se fonde sur l'action manuelle du thérapeute pour établir un diagnostic et le traiter. Ce diagnostic est dit « ostéopathique » pour bien le différencier du diagnostic médical. Il a pour but de rechercher des troubles fonctionnels et structurels du corps humain. L'ostéopathie accorde une importance considérable à cette intégrité structurelle et fonctionnelle. Le thérapeute recherche alors des dysfonctions qu'il tente de traiter par un large éventail de techniques manipulatives que nous détaillerons dans un autre chapitre.

L'objectif est d'améliorer les restrictions de mobilité du corps que les ostéopathes appellent : des dysfonctions. Ces dysfonctions sont ostéo-articulaires et myofasciales et sont associées aux éléments participant à l'homéostasie du corps qui sont : vasculaires, lymphatiques et neurologiques.

Pour les ostéopathes, il existerait un lien dynamique de mobilité entre ces structures qui peuvent être dysfonctionnelles et provoquer une lésion ostéopathique (ou dysfonction). Ainsi, les ostéopathes envisagent le patient dans son ensemble en intégrant cette dysfonction dans la physiologie entière du corps. Cette dysfonction est la conséquence de facteurs physiques et non physiques sur lesquelles l'ostéopathe va tenter d'agir en s'appuyant essentiellement sur le rapport patient-praticien. (1)

2.1.2. Étymologie de l'ostéopathie

Le terme d'ostéopathie est un néologisme inventé par Andrew Taylor Still (cf. : 2.2.2) et formé de deux racines grecques : « osteon » qui signifie os et « pathos » qui signifie souffrance. On aurait tendance à définir l'ostéopathie comme la « maladie des os », mais nous préférons la « maladie par les os » plus en accord avec les explications précédentes et portant moins à confusion avec la médecine conventionnelle pour qui, la « maladie des os » est avant tout une pathologie organique et non fonctionnelle.

2.1.3. L'ostéopathie diffère de la chiropraxie

La chiropraxie se distingue de l'ostéopathie par un champ d'action limité aux structures articulaires. Selon le Pr Bertrand Ludes, (Faculté de médecine de Strasbourg) missionné par le ministre de la Santé, en 2005, en vue d'établir les décrets de 2007 la chiropraxie se définit comme : une « *pratique manuelle dont le but est le diagnostic, le traitement et la prophylaxie des perturbations fonctionnelles, des syndromes douloureux et autres effets neurophysiologiques en relation avec les troubles de la biomécanique de l'ensemble des structures du corps humain et en particulier de la colonne vertébrale et du bassin* ». L'action manuelle va se réaliser sur une articulation sans jamais dépasser les limites anatomo-physiologiques et n'utilisera jamais de manœuvres dites de force pour réduire ce qu'ils nomment des « subluxations vertébrales ». Leur action est focalisée sur l'articulation alors que les ostéopathes recherchent des atteintes à distance de la lésion articulaire (myofasciale, viscérale).

2.2. Histoire et fondements de l'ostéopathie(2)

Le but de ce chapitre est de montrer le cheminement de l'ostéopathie au travers du temps. Nous évoquerons des théories et analogies parfois dépassées voire discutables, mais qui nous permettront de comprendre en quelques lignes la philosophie de l'ostéopathie comme l'a définie son créateur.

2.2.1. Une existence depuis l'Antiquité

L'ostéopathie fait partie des médecines manuelles qui existent depuis l'Antiquité. Les premiers écrits de médecine manuelle remontent à 5000 ans Av J.-C. dans la littérature chinoise. On retrouve aussi des notions de traumatologie et de manipulation du coude dans des textes de l'Égypte des Pharaons.(3)

Hippocrate, médecin grec et philosophe, père de la médecine avait codifié, enseigné et pratiqué la médecine manuelle. Il aurait dit à ce sujet :

« L'art de la thérapeutique manuelle est ancien et je tiens en haute estime ceux qui l'ont découvert, comme ceux qui de génération après génération me succéderont, et dont les travaux contribueront au développement de l'art manuel de guérir. »

2.2.2. Une origine provenant de l'Ouest américain

On doit la naissance de l'ostéopathie à l'américain Andrew Taylor Still (1828 – 1917). Né d'un père missionnaire de l'Église méthodiste venue prêcher dans l'Ouest américain. Il reçoit une éducation très sévère et travaille plus dans la ferme de son père qu'à l'école. Très jeune, il se passionne pour la nature et réalise des écorchages d'écureuils pour en explorer l'anatomie. Il s'intéresse aussi à la mécanique des machines agricoles et fermières en essayant de les améliorer. Il réalisa notamment, un système de moissonnage qui fut commercialisé.

2.2.3. Andrew Taylor Still : Un fermier passionné de médecine

Il s'installa en tant que fermier, en 1852 et continua sa quête de connaissances médicales en lisant de nombreux ouvrages de médecine et en disséquant des cadavres d'Indiens. Cela lui fit acquérir une excellente connaissance de l'anatomie. Lors de la guerre de Sécession de 1861 à 1865, il est engagé en tant que médecin et chirurgien, lui permettant de compléter ses connaissances anatomiques. Il n'existe aucun écrit officiel prouvant que Still fût diplômé de médecine. À cette époque des états pionniers de l'Ouest américain, la médecine s'apprenait par la pratique ou par de brefs séjours dans une université et par la transmission de connaissances d'autres médecins.

2.2.4. Un triste événement à l'origine de l'ostéopathie

En 1865, quatre membres de sa famille (dont deux de ses enfants) meurent au cours d'une épidémie de méningite. Ce sera un grave déchirement moral pour Still traumatisé par la double impuissance des médecins et des prêtres à sauver ses enfants. Suite à cet événement, Still va approfondir ses connaissances en médecine et va progressivement poser les bases d'une thérapeutique nouvelle qu'il nommera le 22 juin 1874 précisément, et selon lui : l'ostéopathie. Il se base alors essentiellement sur l'hypothèse que le corps est capable d'auto guérison et l'ostéopathie est un outil pour aider à cette auto guérison. De ce fait, il s'éloigne peu à peu de la religion et de la médecine allopathique qui, à l'époque, était très empirique. Cependant Still avait un esprit systématique et rationnel rendant l'art médical qu'il exerçait insatisfaisant à ses yeux.

2.2.5. L'ostéopathie par Still ou l'analogie agricole d'une médecine par un fermier

Still a une pensée analogique particulièrement développée et des tendances panthéistes l'amenant à comparer le corps humain à un champ irrigué où poussent diverses graines et à l'idée que Dieu ait intégré dans le corps humain une maladie et son remède. Voici deux analogies que Still va réaliser :

La première : « Le champ et la terre sont les fascias, le conjonctif, la matrice du corps ; les rivières sont les vaisseaux sanguins et les nerfs qui charrient en leur sein des aliments, mais aussi des « graines » qui plantées dans la terre conjonctive : donneront de la bonne herbe pour les tissus ou de la mauvaise herbe pour les microbes. Les rivières charrient en retour les herbes mortes et les déchets ».

La seconde analogie est mécanique puisqu'elle compare le corps à un ensemble d'objets engrenés, « Les tendons sont les courroies entre les pièces, les os sont les roues, les nerfs et les muscles sont des moteurs et le cerveau une batterie électrique. »

C'est par ces analogies mécanico-agricole que l'on retrouve les premiers principes de l'ostéopathie que nous détaillerons plus tard. La dynamique des solides va se fondre avec la dynamique des fluides citée précédemment : il y a un homme-machine fait de pièces diverses et irriguées par un flot liquidien continu, et cet homme possède une capacité d'auto guérison.

2.2.6. Les premières guérisons par l'ostéopathie selon Still

On rapporte les premiers cas de guérison par l'ostéopathie lors d'une épidémie de dysenterie où Still aurait pris en charge un enfant en tant que médecin. Il lui aurait réalisé des massages sur les zones musculaires qu'il sentait contractées en plus des traitements médicaux de l'époque, qui se résumaient à des traitements antalgiques et astringents (antidiarrhéiques). Le lendemain, l'enfant ne présentait plus d'hémorragie et ce traitement aurait été reproduit sur 17 autres patients. Cette guérison sans aucune validité scientifique va conforter Still dans sa quête d'une alternative à la médecine allopathique de l'époque.

2.2.7. La première école d'ostéopathie et la reconnaissance nationale

Still développa l'ostéopathie et acquit une renommée qui dépassa les frontières du Missouri et du Kansas. Il créa, en 1892, l'Americian School of Osteopathy à Kirksville, dans le Missouri,

permettant l'extension du mouvement ostéopathique. Ce développement fut très compliqué notamment, en 1905, quand l'Association de Médecine Américaine exerça une pression sur les pouvoirs publics, entre autres avec le rapport Flexner dont le but était de réorganiser les études médicales et de marginaliser les pratiques non scientifiques mettant ainsi un frein à l'évolution de l'ostéopathie. De nombreux collèges de médecins furent donc fermés dont beaucoup qui enseignaient l'ostéopathie. D'autres collèges d'ostéopathes se conformèrent aux nouvelles normes, ce qui permit progressivement aux ostéopathes d'acquérir le titre de docteur en ostéopathie (DO) leur conférant tous les droits médicaux et chirurgicaux.

2.2.8. L'importation outre-Atlantique par le « second père de l'ostéopathie »

L'année du décès de Still en 1917, l'un de ses élèves, John Martin Littlejohn (1865 – 1947) originaire de Grande-Bretagne importera l'ostéopathie en Europe en créant la British School of Osteopathy à Londres.

2.2.9. Le développement de l'ostéopathie crânienne par le « troisième père de l'ostéopathie »

William Garner Sutherland (1873 – 1954), élève de Still, développa le concept de l'ostéopathie crânienne à l'entre-deux-guerres. Elle se base sur ce qu'il nomme « le Mécanisme Respiratoire Primaire » qui est de départ crânien et ressenti par le mouvement minime entre les sutures du crâne et dont les ondes se répercuteraient dans tout le corps permettant la libre circulation des fluides corporels. Ce concept pousse à l'extrême le raisonnement de Still et reste encore maintenant très discuté quant à l'explication moderne de son principe que nous reverrons au paragraphe des techniques ostéopathiques.

2.2.10. L'importation et le développement en France

L'ostéopathie fut importée en France de Grande-Bretagne par le docteur Robert Lavezzari en 1932, par la création du premier enseignement à Paris. Mais très rapidement, l'ostéopathie fut utilisée comme spécialité médicale liée à la rhumatologie ne conservant que l'aspect ostéo-articulaire notamment grâce aux travaux du Dr Robert Maigne, médecin rhumatologue (1923 – 2012). En parallèle, des kinésithérapeutes ont suivi les enseignements anglais permettant le développement de l'ostéopathie aux non-médecins. Jusqu'à

aujourd'hui, l'ostéopathie s'est considérablement développée en France et reste essentiellement pratiquée par des non-médecins(4). Il existe un seul enseignement d'ostéopathie pour les médecins à Bobigny qui permet de suivre une formation post universitaire d'ostéopathie originaire de l'école anglaise. Il propose en plus des manipulations articulaires rachidiennes, des initiations très succinctes aux techniques fonctionnelles viscérales et crâniennes et l'ostéopathie ostéo-articulaire périphérique. Les autres Diplômes interuniversitaires (DIU) enseignés dans de multiples villes de France s'inspirent des travaux du Dr Robert Maigne qui se concentre sur les pathologies du rachis et pour lesquels le niveau de preuve scientifique reste le plus élevé. Le Dr Robert Maigne a joué un rôle extrêmement important dans le développement de l'ostéopathie. Il a permis d'intégrer l'ostéopathie dans le domaine universitaire par ce DIU et a écrit de nombreux ouvrages de référence médicale sur ce sujet. Il est considéré comme l'inventeur de la médecine manuelle « moderne ».(5)

2.3. Une démographie grandissante et une paupérisation des professionnels ostéopathes exclusifs (OE)

L'ostéopathie est un titre partagé par différents professionnels titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique.

2.3.1. Une augmentation constante du nombre d'ostéopathes formés et installés

La population actuelle, au 1^{er} janvier 2015, des titulaires du diplôme d'ostéopathie est de 22 318 praticiens soit deux fois plus qu'il y a cinq ans, où l'on dénombrait 11 608 praticiens. Parmi ces praticiens, 56% sont ostéopathes exclusifs (OE), 36.5% sont des Kinésithérapeutes Ostéopathes (KO), et 5.6% sont médecins ostéopathes (MO). Les 1.9% restant sont essentiellement Infirmiers et/ou Sages-Femmes.(4)

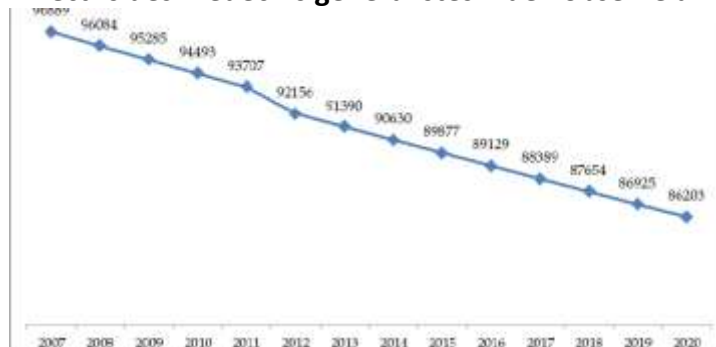
2.3.2. Une diminution du nombre de médecins généralistes en activité

La croissance démographique des ostéopathes a doublé entre 2010 et 2015 en France. Il a été répertorié par le Registre des Ostéopathes de France (ROF) 11 608 ostéopathes en 2010 puis 22 318 en 2015. (4) Soit une augmentation de 10 710 nouveaux ostéopathes. En comparaison, l'évolution démographique des médecins généralistes passe de 94 493

médecins recensés par le Conseil National de l'Ordre des Médecins(7) (CNOM) en 2010 à 89 877 médecins en 2015, soit une diminution de 4 616 médecins généralistes. (Figure 1)

En janvier 2015, le ROF avait recensé 21 069 ostéopathes non médecins alors que le CNOM recensait 89 877 médecins généralistes en activité régulière. Les médecins ostéopathes n'ont pas été comptés dans les chiffres du ROF pour éviter la double représentation dans les deux groupes. Donc la population d'ostéopathes qui augmente constamment représente environ 23.4% de la population actuelle de médecins généralistes.

Figure 1 : Effectifs des médecins généralistes – de l'observé à l'attendu(7)



2.3.3. Des répartitions géographiques comparables, mais très inégales

La répartition géographique des ostéopathes est très disparate, mais sensiblement équivalente à la répartition des médecins généralistes. (Figure 2Figure 3) On retrouve des densités au moins égales à 1 ostéopathe pour 3000 habitants dans les zones montagnardes (Alpes et Pyrénées) et les zones côtières (Côte d'Azur et face atlantique) et à Paris(4)

**Figure 2 : Répartition des ostéopathes en France au 1er janvier 2015
(Source : Registre des ostéopathes de France)(4)**

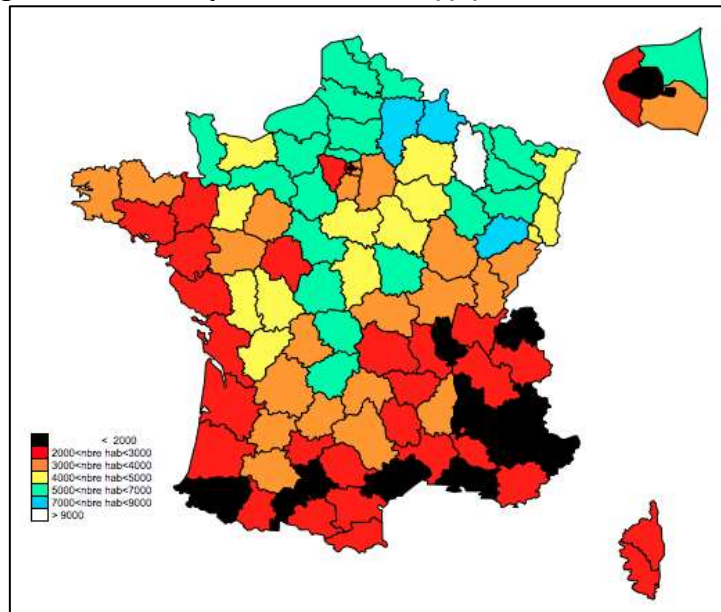


Figure 3 : Répartitions des médecins généralistes en France en 2015 (Source : Ordre National des Médecins)



La « densité forte » représente une densité d'environ 145 médecins pour 100 000 habitants.

Comparativement aux densités des ostéopathes de ces mêmes départements, nous retrouvons un rapport d'environ 1 ostéopathe pour 4,35 médecins généralistes pour 3000 habitants. Pour certaines régions, la densité d'ostéopathes se rapproche de celle des médecins généralistes. Cette majoration de densité est probablement liée à la légalisation et donc la reconnaissance récente de l'ostéopathie et à l'attrait des régions chaudes du sud ou

des montagnes où la prévalence des pathologies douloureuses musculo-squelettiques est plus importante.

2.3.4. Un appauvrissement des ostéopathes exclusifs

Sur les 13 dernières années, le ROF affiche une diminution constante des revenus moyens des ostéopathes exclusifs. Seule l'année 2008 fait exception suite au vote des décrets de 2007(8) (9) permettant aux mutuelles de proposer à leurs sociétaires un accès plus facile aux soins ostéopathiques et une exonération de la TVA(10). Le bénéfice annuel moyen des ostéopathes a été augmenté de 22.7% et a atteint 31 072 €. Puis, avec l'arrivée sur le marché du travail des jeunes issus des écoles depuis la légalisation de l'ostéopathie de 2002, le bénéfice annuel moyen a progressivement diminué pour atteindre 26 685 € en 2013 selon le ROF.(4)

2.4. Une législation récente et complexe

2.4.1. La reconnaissance du 4 mars 2002 des ostéopathes exclusifs

Bien que l'ostéopathie ait été importée en France en 1932 par le Dr Lavezzari, elle ne fut légalisée pour les non-médecins qu'en 2002 par l'article 75 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002(11). La formation en médecine manuelle et ostéopathie (MMO) des médecins existait depuis 1969 où leur était délivré un Diplôme Inter Universitaire (DIU) de MMO. Cet article 75 reconnaît l'ostéopathie et la chiropraxie comme titre professionnel, mais reste incomplet tant que les décrets d'applications ne sont pas votés.

En parallèle, l'académie nationale de médecine avait émis un avis défavorable et avait conclu : « Peut-être vaudrait-il mieux enseigner la médecine en tenant un plus grand compte de sa composante « humaniste », essentielle, mais insuffisamment donnée en exemple, plutôt que d'officialiser des pratiques qui cherchent à s'en éloigner en s'appuyant sur des a priori d'inspiration, en grande partie, purement philosophique. »(12)

2.4.2. Les premiers décrets d'application en 2007

Suite à un avis consultatif de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2007 (13) et une importante pression des organisations représentants les ostéopathes exclusifs selon le

rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales de 2010 (IGAS) sur le dispositif de formation à l'ostéopathie(14), sont votés deux décrets.

Le premier n° 2007-435 du 25 mars 2007 (8) relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie stipule que les ostéopathes sont autorisés à ne manipuler que des troubles fonctionnels du corps humain et en absence d'organicité qui nécessiterait la réalisation d'examens para cliniques et une prise en charge médicale. Les ostéopathes non-médecins ont l'interdiction de réaliser des manipulations gynéco obstétricales et des touchers pelviens. Mais ils peuvent, après un diagnostic établi par un médecin attestant de l'absence de contre-indications médicales à l'ostéopathie, réaliser des manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois et des manipulations du rachis cervical.

Le second décret n° 2007-437(9) relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation impose un minimum de formation de 2660 heures d'enseignements théoriques des sciences fondamentales, et d'enseignements théoriques et pratiques de l'ostéopathie.

2.4.3. Un système d'agrément des écoles imparfait

Suite à ce décret, de nombreuses écoles ont ouvert et selon le rapport de l'IGAS d'avril 2010(14) sur 45 écoles agréées à la date de rédaction du rapport, près d'un tiers des écoles avait obtenu cet agrément sur recours gracieux alors que la commission nationale d'agrément avait émis un avis défavorable. Ainsi, devant un nombre important de recours des écoles face aux avis défavorables de cette commission, les agréments ont tout de même été donnés par le ministère conduisant à une véritable décrédibilisation de la procédure et à une augmentation non contrôlée des écoles dites agréées. À l'occasion de la loi HPST alors que le nombre d'heures de formation des non-médecins était augmenté à 3520 heures de formation, l'IGAS avait organisé le contrôle des établissements agréés les années précédentes. Ce contrôle avait montré une grande hétérogénéité des formations, notamment une multiplication des cursus (année préparatoire, complémentaire, etc.) et des frais d'études élevés entre 7000 et 8000 € et des frais annexes multiples. Le rapport de l'IGAS a donc recommandé une profonde révision des textes applicables.

2.4.4. Publication des nouveaux décrets d'application de 2014

Face à une telle importance d'ouverture des écoles, l'État se devait de réagir et les décrets n°2014-1043(15) et 1505(16) furent votés pour uniformiser les formations des ostéopathes non-médecins. Ainsi, sur un total de 37 établissements agréés depuis 2007, 14 n'ont pas pu renouveler leur agrément et doivent donc proposer un reclassement à leurs élèves en fin de cursus dans un autre établissement agréé et faire le nécessaire pour répondre à nouveau aux critères actuels d'agrément à compter du premier septembre 2015.(17)

2.4.5. Trop d'incertitudes pour une population de patients de plus en plus demandeuse

La législation autour de la formation des ostéopathes non-médecins, bien que récente, n'a pas été menée correctement sur le plan juridique. Les procédures d'agréments ont été peu rigoureuses ces dernières années selon l'IGAS(14), les formations sont hétérogènes et imprécises sur le concept et la pratique de l'ostéopathie et la population d'ostéopathes diplômés a doublé ces cinq dernières années. Nous pouvons douter de la qualité de la formation, des soins proposés par les jeunes ostéopathes et ne pas omettre les risques potentiellement encourus par les patients qui sont de plus en plus nombreux à consulter ces professionnels. Les pouvoirs publics, ainsi que les instances de la santé, se doivent de statuer sur cette pratique dans l'intérêt des patients et d'une profession reconnue depuis 2002 qui entre déjà en saturation démographique. L'offre semble dépasser la demande.

2.5. Des formations multiples

2.5.1. Pour les médecins

L'ostéopathie a été importée en France par le Dr Lavezzari qui créa en 1932 le premier enseignement d'ostéopathie au dispensaire Hanemann à Paris. La première attestation d'études supérieures en thérapeutique manuelle fut créée à la faculté Broussais-Hotel-Dieu en 1969. Elle se transforma en DU en 1973 puis en DIU en 1997.(18) Le Dr Robert Maigne a joué un rôle très important dans l'intégration de l'ostéopathie dans le cursus universitaire notamment grâce à de nombreux travaux permettant de médicaliser la thérapie manuelle. Nous citerons par exemple l'importance des branches postérieures des nerfs rachidiens, le syndrome de la charnière dorso-lombaire autrement appelé le syndrome de Maigne et les

dorsalgies d'origines cervicales(19). Il a participé à la reconnaissance de l'ostéopathie par l'ordre des médecins en tant que « Médecine Manuelle – Ostéopathie » par la délivrance du DIU de MMO à l'Hôtel Dieu à Paris. D'autres DIU ont alors été ouverts dans différentes villes de France notamment Reims ou Strasbourg en s'inspirant des travaux du Dr Robert Maigne et en formant les étudiants essentiellement sur le versant structurel ostéo-articulaire dont les fondements anatomiques et physiologiques ont été validés. Seul le DIU enseigné à la Faculté de Bobigny évoque en plus du versant structurel, une approche tissulaire ou fonctionnelle avec la notion de dysfonction ostéopathique et de perte de mobilité créée par Still.(18) Tous ces DIU comptaient environ 200 heures de formation sur 2 années et un examen validant à chaque fin d'année. Mais ils devront se conformer à l'arrêté du 12 décembre 2014 majorant le nombre d'heures de formation théorique à 436 heures et à 300 heures de formation pratique clinique équivalente à 150 consultations complètes et la rédaction d'un mémoire.(20)

2.5.2. Pour les non-médecins

De multiples écoles d'ostéopathies privées forment les étudiants à l'ostéopathie en post baccalauréat. Le cursus est beaucoup plus précis depuis le décret de décembre 2014 et recommande une formation de 4860 heures réparties sur 5 ans et réparties en sept grands domaines d'enseignements pour les OE. Les autres professionnels qui exercent déjà pour la plupart leur métier (les kinésithérapeutes...) peuvent bénéficier d'une formation à temps partiel de 1252 heures dispensée par ces écoles d'ostéopathies privées, car l'arrêté du 14 décembre 2014 autorise des équivalences entre certains domaines d'enseignements de la formation d'ostéopathie et de leur formation initiale. Il est aussi exigé la rédaction d'un mémoire.(20)

2.5.3. Une formation renforcée pour tous

Ces formations ont toutes été consolidées par l'augmentation du nombre d'heures de formations théoriques comme le recommande le rapport de l'IGAS de 2010(14). Le but premier étant d'obtenir une meilleure formation pour l'ensemble des professionnels ostéopathes pour sécuriser la prise en charge des patients et éviter que des manipulations dangereuses soient réalisées par des professionnels insuffisamment formés. Ainsi la loi française est plus en accord avec le rapport de l'Organisation mondiale de la Santé de 2010 (1) qui recommandait une formation minimale de 4200 heures pour les étudiants sortant du secondaire (post baccalauréat) et d'environ 1000 heures adaptables selon la formation initiale pour les étudiants ayant déjà un autre diplôme (les kinésithérapeutes par exemple)

2.6. Indications et contre-indications

L'ostéopathie a pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques selon l'article 1 du décret n°2007-435 du 25 mars 2007 (8). Cette définition très globale a pour but de limiter l'action de l'ostéopathe au fonctionnel et d'éviter tout excès d'indications organiques relevant du charlatanisme. Mais qu'en est-il des troubles douloureux fonctionnels provenant de néoplasie par exemple ? On retrouve certaines études envisageant les soins ostéopathiques afin de diminuer les symptômes liés à la chimiothérapie(21). Ainsi, le nombre d'indications dites fonctionnelles est infini et c'est peut-être un des freins à la reconnaissance par les médecins de l'ostéopathie. Cette multiplicité des indications fonctionnelles rend effectivement floue l'appréhension et les connaissances de l'ostéopathie par les professionnels de santé et les patients. On pourrait s'interroger sur l'effet néfaste d'une multiplicité d'indications pouvant évoluer vers des dérives parfois sectaires comme le relate la Mission interministérielle de Vigilance et de LUTte contre les DERives Sectaires (MIVILUDES). Elle explique que 4 Français sur 10 ont recours aux médecines dites alternatives, dont 60 % parmi les malades du cancer, et qu'il existe plus de 400 pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique.(22)

Nous allons évoquer quelques indications et surtout les contre-indications de l'ostéopathie.

2.6.1. Les indications

Elles relèvent essentiellement de différentes écoles de pensée.

Certains médecins ostéopathes s'attacheront essentiellement aux pathologies ostéo-articulaires du rachis et des membres comme l'illustre la Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathique (SOFMMOO). D'autres médecins ostéopathes intégreront les branches viscérales crâniennes et pédiatriques telles que l'annonce l'Association des Médecins Ostéopathes de France.

Le site internet du Syndicat Français Des Ostéopathes relève aussi de très larges indications citées dans le Tableau 1 et l'union fédérale des ostéopathes de France y ajoute les indications ORL et pulmonaires. (rhinites, sinusites, asthme...)

Tableau 1 : indications apparaissant sur le site du Syndicat Français des Ostéopathes

LES ARTICULATIONS ET LES MUSCLES

- Lombalgie : lumbagos, sciatiques, etc.
- Dorsalgies, cervicalgies : torticolis, coup du lapin, côtes ou « vertèbres déplacées » ou bloquées, etc.
- Certaines formes d'entorses : cheville, genou, poignet, etc.
- Certaines tendinopathies : tennis-elbow, golf-elbow, périarthrite, etc.
- Traumatologie du sport.
- Certaines perturbations de l'articulé dentaire.

LE SYSTÈME NERVEUX ET VASCULAIRE

- Céphalées, migraines et certaines formes de vertiges.
- État d'hypernervosité, d'anxiété, de troubles du sommeil, de stress, de fatigue, d'irritabilité, etc.
- Névralgies : cruralgies, sciatiques, névralgies cervico-brachiales, d'Arnold, ou intercostales.

LE SYSTÈME DIGESTIF ET VISCÉRAL

- Troubles de la digestion : constipation, diarrhées chroniques, ballonnements, brûlures d'estomac, nausées, colites spasmodiques, difficultés de digestion
- Troubles génito-urinaires : suivi ostéopathique de la grossesse, congestion, règles irrégulières, douloureuses, douleurs lors des rapports sexuels, prostatiques, certaines incontinences, etc.

LES SÉQUELLES DE TRAUMATISME

- Accidents de la voie publique.
- Conséquences de chutes et de chocs : coccyx, épaule, crâne, etc.
- Travail post chirurgical après cicatrisation.

Nous remarquons une grande disparité des indications entre les différentes professions et dans chacune des professions d'ostéopathes renforçant le flou dans lequel peuvent se trouver les patients et les médecins non ostéopathes.

2.6.2. Les contre-indications

Elles sont de deux ordres : selon la pathologie et selon le thérapeute.

2.6.2.1. Selon la pathologie

- Les contre-indications absolues : l'ensemble des pathologies organiques nécessitant une prise en charge médico-chirurgicale. On retiendra toutes les pathologies inflammatoires et systémiques (spondylarthrite ankylosante, polyarthrite rhumatoïde...), toutes les pathologies infectieuses (spondylodiscites, appendicite...), tumorales (bénigne comme maligne) traumatiques (fractures, instabilités articulaires, présence de matériel prothétique), les déficits sensitivomoteurs neurologiques (sur hernie discale...), les troubles et accidents vasculaires et de la coagulation (Accident

vasculaire cérébral), les pathologies congénitales graves et les troubles psychiatriques.

- Les contre-indications relatives : L'ostéoporose, les personnes âgées, l'arthrose, et les squelettes en croissance.

2.6.2.2. Selon le thérapeute (établi par décret n°2007-435) (12)

- Les contre-indications absolues pour les ostéopathes non-médecins sont de réaliser des touchers pelviens ou des manipulations obstétricales sauf si ce sont des professionnels de santé habilités à réaliser ces actes dans le cadre de l'exercice de leur profession (les sages-femmes formées en ostéopathie notamment).
- Les contre-indications en absence de certificat de non-contre-indication établi par un médecin sont les manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois et les manipulations du rachis cervical.

2.7. Les techniques utilisées en ostéopathie

Il existe deux grands types de manipulations ostéopathiques : les manipulations structurelles et les manipulations fonctionnelles.

2.7.1. Le principe de base : la dysfonction articulaire (23)

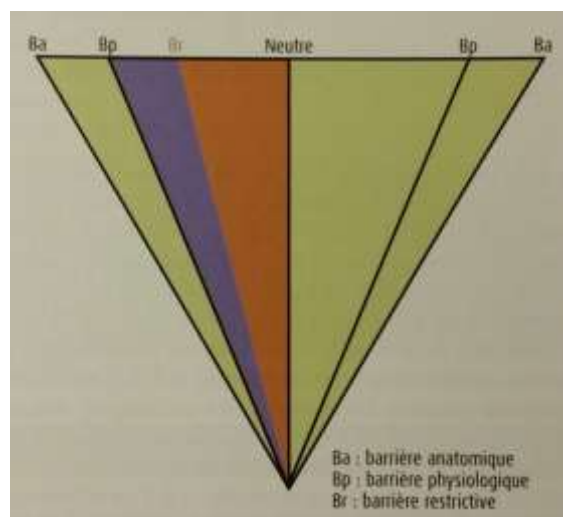
Une manipulation a pour but de traiter une dysfonction ou lésion le plus souvent articulaire. La dysfonction est une restriction de mobilité d'une articulation. L'explication de cette dysfonction est encore actuellement imparfaite et plusieurs théories sont proposées. Par contre, on sait que la notion populaire de la « vertèbre déplacée » est fausse puisque les radiographies articulaires sont le plus souvent normales.

2.7.2. La notion de barrière articulaire (24)

Les barrières articulaires sont définies par les mouvements articulaires dans les trois plans de l'espace. Elles sont toutes explorées lors du diagnostic ostéopathique.(Figure 4)

- La première barrière est dite physiologique. Elle correspond au mouvement actif de l'articulation et donc au point où s'achève le mouvement physiologique
- La deuxième barrière est dite anatomique. Elle correspond au mouvement passif de l'articulation et donc au point où les structures anatomiques de l'articulation sont mises en tension extrême. Le dépassement de cette barrière peut engendrer des déchirures des tissus voire une luxation articulaire.
- La troisième barrière est dite restrictive, elle correspond à une limitation du mouvement physiologique ou restriction de mobilité. C'est cette restriction de mobilité que l'ostéopathe va rechercher et traiter.

Figure 4 : Schéma illustrant les barrières articulaires tirées de l'Atlas des Techniques Ostéopathiques (24)



2.7.3. Les composantes myofasciales et articulaires

Il est souvent associé à une dysfonction articulaire, des anomalies des tissus péri articulaires. On recherchera des contractures musculaires, des infiltrats tissulaires, des zones douloureuses (articulaires, ligamentaires) des douleurs somatiques à distances (chers aux ostéopathes pratiquant le viscéral). Nous verrons dans l'examen clinique ostéopathique que deux écoles n'ont pas la même approche myofasciale et articulaire.

2.7.4. L'examen ostéopathique

Comme nous venons de le citer, l'examen ostéopathique diffère selon la formation des ostéopathes par l'école de Maigne ou par l'école anglaise. Mais l'inspection et la palpation sont les principaux outils utilisés en ostéopathie. À ce moment, l'examen clinique à la recherche de pathologie organique a été réalisé et pour les non-médecins, le moindre doute doit leur faire adresser le patient auprès du médecin traitant. Ce qui est rarement le cas vu que de nombreux patients vont directement consulter l'ostéopathe non-médecin sans en avoir parlé à leur médecin traitant.

2.7.4.1. L'examen ostéopathique selon Maigne centré sur les vertèbres.

La base du diagnostic ostéopathique selon le Dr Robert Maigne est la recherche du Dérangement Intervertébral Mineur (DIM). Le diagnostic de DIM est très bien décrit par le Dr Maigne et est adopté par la communauté médicale. Il se base surtout sur la règle de la non-douleur et du mouvement contraire. Cette règle consiste à faire la manipulation dans le sens opposé à celui qui est douloureux et limité ; à ne jamais faire un mouvement manipulatif dans le sens douleur, mais à agir sur les sens libres et essentiellement selon le sens opposé au sens limité.

L'examen du DIM consiste à (25):

- Rechercher le point paravertébral lors de l'effleurement par la pulpe des doigts de la gouttière paravertébrale à la recherche de modifications de consistances tissulaires le plus souvent de façon unilatérale. Ce point douloureux correspond à la zone douloureuse ressentie par le patient. La pression prononcée sur cette zone va exacerber la douleur du patient.
- Solliciter chaque segment vertébral par des manœuvres électives de pression axiale et latérale contrariée des épineuses, des massifs articulaires postérieurs et une tension du ligament inter-épineux.
- Rechercher des infiltrations cellulalgiques au pincé-roulé de la peau signant une souffrance de la branche postérieure du nerf rachidien correspondant, ce signe se situe le plus souvent 3 ou 4 étages en dessous du DIM.
- Rechercher des limitations de mobilité actives et passives. Les mobilités recherchées dans les trois plans sont pour le plan sagittal les mouvements de flexion-extension, dans le plan frontal les mouvements d'inclinaison droite ou gauche et dans le plan axial les mouvements de rotation droite ou gauche.

Le Dr Robert Maigne décrit le syndrome cellulo-téno-periosto-myalgique qui porte actuellement son nom. Il explique ce syndrome souvent associé à un DIM par une

perturbation réflexe dans le territoire métamérique de la branche postérieure du nerf rachidien correspondant au niveau du DIM. Ces perturbations se manifestent par un infiltrat cellulaire douloureux à la technique du pincé-roulé, de douleurs ou de paresthésies projetées dans ce même dermatome, de cordons myalgiques indurés dans certains muscles du myotome et d'une hypersensibilité à la palpation des insertions périostées.(26)

2.7.4.2. L'examen ostéopathique selon l'école anglaise(24).

Cet examen se base essentiellement sur les tests de mobilité intersegmentaire à la recherche d'une ou plusieurs restrictions de mobilité dans les trois plans de l'espace et dans chaque direction entre un ou plusieurs niveaux rachidiens. Ce testing du mouvement intersegmentaire consiste à réaliser des mouvements répétitifs et progressifs dans chaque composante possible de l'articulation pour atteindre soit la barrière anatomique soit la barrière restrictive dans le cas d'une dysfonction articulaire.

Cet examen n'est absolument pas retenu par l'examen de l'école de Maigne qui estime que cette restriction de mobilité entre deux segments mobiles relève d'une grande part de subjectivité de la part du thérapeute.

Le reste de l'examen peut être plus discutable et peu précis recherchera :

- des variations de température cutanées selon l'articulation en dysfonction ;
- une anomalie de la texture cutanée par palpation des différents plans cutanés et sous-cutanés ;
- une restriction de mobilité du plan cutané par évaluation des fascias par translation ;
- des cordons myalgiques par palpation plus profonde ;
- des douleurs tendineuses et ligamentaires ;
- un érythème par frottement par action sur le système neurovégétatif ;

L'école de Bobigny pour les médecins s'inspire de ces techniques de mobilisations articulaires et des techniques du syndrome de Maigne. L'examen palpatoire des structures myofasciales a un rôle secondaire dans cet examen.

2.7.5. Les manipulations ostéopathiques et leur mécanisme.

Il existe plusieurs types de manipulations. Nous les résumerons en deux grandes catégories : Les techniques structurelles s'intéressant essentiellement aux articulations ostéo-articulaires et les techniques fonctionnelles s'intéressant à tous les tissus du corps (articulaires et

myofasciaux). Ces deuxièmes techniques sont surtout enseignées par les écoles d'ostéopathie dérivant de l'école anglaise.

2.7.5.1. Les manipulations structurelles

Les manipulations structurelles sont essentiellement utilisées dans les dysfonctions ostéo-articulaires. Elles se définissent par une manipulation articulaire de haute vitesse et de faible amplitude communément appelées HVLA (High Velocity, Low Amplitude) et sont nommées par les ostéopathes par technique en « thrust » (de l'anglais qui signifie « pousser brusquement »). Cette technique est souvent associée à un bruit de craquement que le Dr Robert Maigne explique par le phénomène de cavitation.

Il explique ce phénomène par la dépression intra-articulaire rapide du liquide synovial lors de la manipulation laissant apparaître momentanément une phase gazeuse qui en se réduisant par normalisation de la dépression par le mouvement du liquide synovial va produire ce bruit de craquement. (22) Une étude démontre que le craquement n'est pas nécessaire pour une bonne efficacité de la manipulation et que la simple mobilisation en haute vitesse peut suffire à libérer les structures articulaires.(27)

Il existe deux sortes de manipulations structurelles, les unes avec bras de levier court (techniques directes), l'impulsion étant délivrée directement sur la vertèbre, les autres avec bras de levier long, l'impulsion étant délivrée sur la ceinture scapulaire ou pelvienne par exemple (techniques indirectes).(23)

Leur mécanisme d'action n'est encore pas bien connu. Mais nous avons évoqué plusieurs mécanismes d'action de la manipulation vertébrale :

2.7.5.1.1. L'action sur les articulations zygapophysiales

On sait que l'action sur les articulations zygapophysiales provoque un phénomène de cavitation qui produit le bruit de craquement caractéristique.

2.7.5.1.2. L'action sur le disque intervertébral

L'action sur le disque inter-vertébral est liée à une variation de pression qui augmente lors de la mise en tension du disque lorsque le thérapeute applique une composante de rotation, puis une brève diminution de pression lors de l'impulsion en raison de la prédominance de la composante en traction et de l'écartement des plateaux vertébraux en fin de manipulation.

2.7.5.1.3. L'action sur les muscles para-vertébraux

Trois mécanismes d'action sont retenus :

- Le mécanisme d'inhibition : la mise en tension d'un muscle fléchisseur (le psoas) dans le cas d'une manipulation lombaire inhibe les motoneurones des muscles antagonistes (les muscles paravertébraux lombaires)
- Le mécanisme du réflexe myotatique : l'étirement passif d'un muscle stimule ses fibres musculaires Ia et II, ce qui active les motoneurones par l'intermédiaire d'un neurotransmetteur chimique. La consommation du neurotransmetteur entraînant sa déplétion transitoire, les motoneurones seront moins excitables dans les 12 à 15 secondes qui suivent l'étirement.
- Un troisième mécanisme pourrait être lié à l'étirement des capsules articulaires postérieures, dont on a montré qu'il réduisait l'amplitude du potentiel d'action de l'unité motrice des muscles paravertébraux

2.7.5.1.4. L'action sur la douleur

La manipulation a un effet sur la douleur : lors d'une manipulation de structures périarticulaires (tendineuse, ligamentaire ...), le système de contrôle inhibiteur nociceptif diffus dont l'origine se situe dans la substance grise périaqueducale serait activé. Ce mécanisme central, non spécifique, permet qu'une douleur puisse être soulagée par une stimulation douloureuse dans un territoire différent.

2.7.5.1.5. L'action sur la circulation sanguine

L'action sur la circulation sanguine rejoindrait l'un des principes qu'avait évoqué A. T. Still : selon lequel l'action manipulative permettrait une meilleure circulation sanguine pour une action bénéfique dans de nombreuses maladies. Il a été prouvé que les sciatiques par hernie discale et la douleur chronique cervico-scapulaire s'accompagnaient d'une diminution du débit sanguin dans la zone atteinte et que les artères lombaires étaient souvent athéromateuses lorsque les disques étaient dégénérés. Il n'existe par contre aucune preuve que la manipulation augmentait le flux sanguin au niveau vertébral.

2.7.5.1.6. L'effet placebo et psychologique

Les manipulations sont des traitements qui ont un effet placebo, il est renforcé par la sensation de craquement qui donne le sentiment au patient de vertèbre remise en place. Enfin, les explications parfois fournies par certains manipulateurs semblent satisfaire davantage les patients.

2.7.5.2. Les techniques myotensives ou techniques de Mitchell

Les techniques de Mitchell sont basées sur l'énergie musculaire et développée par Fred L. Mitchell Sr. (1909 – 1974). Elles sont définies par l'Educational Council on Osteopathic Principles (ECOP) comme un système de diagnostic et de traitement dans lequel le patient déplace volontairement son corps comme l'indique spécifiquement le praticien ; cette action dirigée du patient se fait à partir d'une position précisément contrôlée, contre une résistance définie par le praticien, le patient réalise donc une contraction isométrique. (28) Cette position est déterminée par la barrière restrictive évaluée initialement par le praticien puis réévaluée après chaque contraction/relâchement, jusqu'à atteindre la barrière anatomique. Ces techniques retrouvent les mêmes actions neuromusculaires que les techniques structurelles, mais le mouvement plus contrôlé par le patient reste moins brutal.(24)

2.7.5.3. Les techniques de Strain-Counterstrain ou techniques de Jones

Les techniques de Jones sont des techniques de tension myofasciale minimale proposées par Lawrence H. Jones (1912 – 1996). Selon l'ECOP, c'est un système de diagnostic et de traitement qui considère que la dysfonction est un réflexe d'étirement inapproprié, continu, qui est inhibé en adoptant une position d'étirement modéré dans une direction exactement opposée à celle du réflexe.

Cette technique s'accompagne d'un positionnement dirigé spécifiquement sur un point sensible pour obtenir la réponse thérapeutique souhaitée. Ce point, de la taille d'un doigt, très sensible, tendu et œdémateux est nommé Trigger point ou point gâchette. On le retrouve habituellement dans les insertions tendineuses, dans un muscle ou les ligaments. Pour chaque zone de sensibilité locale s'associe une dysfonction segmentaire ou somatique que Jones a finalement cartographiée. (Figure 5) Il existe de nombreux postulats quant au mode d'action de cette technique, mais la plupart incluent les relations entre afférences alpha 1a et efférences gamma et la nociception. (23)

Lorsque le point est trouvé, le praticien maintient l'appui sur ce point pendant 90 secondes et retourne passivement le patient vers la position neutre.

Figure 5 : Localisation du Trigger Point antérieur de C1 (24)



2.7.5.4. Les techniques de Still ou le Traitement Général Ostéopathique (TGO)

Les techniques de Still sont des techniques à faible vitesse et amplitude modérée de mobilisation passive. Les articulations sont mobilisées dans toutes les amplitudes de mouvements afin d'augmenter l'éventail libre du mouvement. La force d'activation est soit une pression en va-et-vient, soit un mouvement concentrique répétitif de l'articulation à travers la barrière de restriction. Le TGO est fondé sur cinq principes : le long levier de mobilisation, le rythme, la routine, la rotation et le respect du mouvement du patient. Ces techniques sont effectuées au cours d'une première séance, au préalable de manipulations.

Il permettra une première approche du patient et la connaissance des restrictions de mobilité afin de cibler le traitement qui en découlera.

2.7.5.5. Les techniques viscérales

Les techniques viscérales sont des techniques appliquées sur les viscères des étages cervicaux, thoraciques, abdominaux et pelviens. Elles sont décrites dans la plupart des publications de Still. Elles se basent sur un défaut de fonctionnement physiologique des organes dû à des tensions myofasciales, d'anomalies du système nerveux autonome, de tensions ligamentaires et d'anomalies somatoviscérales. Ces dernières sont des dysfonctions somatiques qui semblent induire directement une anomalie de fonctionnement d'un organe. Traiter une dysfonction somatique pourrait faire disparaître ou atténuer l'anomalie viscérale du métamère correspondant. Les autres anomalies sont traitées par des techniques de palpations, de vibrations, compressions et tractions des organes des ligaments, des fascias et des muscles limitant la motilité viscérale.

2.7.5.6. L'ostéopathie crânienne et craniosacrée

L'ostéopathie crâniennne inventée par William Garner Sutherland se base sur « le mécanisme respiratoire primaire ». Ce mécanisme s'explique selon Sutherland par les fonctions inter dépendantes parmi les cinq composantes du corps suivant :

- La motilité propre du cerveau et de la moelle épinière ;
- La fluctuation du liquide céphalo-rachidien ;
- La mobilité des membranes intra crâniennes et intra spinales (dure mère) ;
- La mobilité involontaire du sacrum entre les iliums ;
- La mobilité articulaire des os du crâne ;

Il serait propre à chaque patient et indépendant des autres rythmes du corps (le pouls cardiaque ou la respiration). Le thérapeute va agir avec ses doigts sur les restrictions de mobilité de ces structures qui influent sur le mécanisme respiratoire primaire et le flux du liquide céphalo-rachidien.(Figure 6) Il n'y a aucun résultat scientifique validé concernant l'ostéopathie craniosacrée ; tous les éléments disponibles sont de très faible qualité méthodologique. (28) Les indications de ces techniques sont essentiellement des céphalées, des cervicalgies, des otites, des sinusites, des dysfonctions de l'articulation temporo-mandibulaire et des vertiges et acouphènes. La mise en doute de cette technique est

essentiellement liée à la fermeture des sutures crâniennes qui se termine vers l'âge de 8 ans qui rend donc les manipulations des sutures crâniennes difficiles à envisager

Figure 6 : Position des mains pour les techniques crâniennes (24)



2.7.5.7. Autres manipulations ostéopathiques.

Il existe d'autres techniques de manipulation ostéopathiques moins connues telles que des techniques de libération myofasciale qui étirent les muscles et les fascias à différents niveaux tissulaires.

Les techniques de tension ligamentaire équilibrée et d'étirement ligamentaire articulaire se focalisent sur des restrictions minimales de mobilité des articulations. Le praticien va alors chercher à dépasser ces restrictions par des manipulations articulaires.

Enfin, il existe des techniques lymphatiques à type de pompage des zones œdématisées et des techniques levant les restrictions du débit lymphatique.

2.8. Les recommandations de la Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathique (SOFMMOO)

La SOFMMOO a publié deux recommandations afin de limiter au maximum les risques de complications de manipulations ostéopathiques.

2.8.1. Première recommandation : Prévention des accidents vertébro-basilaires après manipulation cervicale

L'accident vertébro-basilaire est une complication liée à une manipulation vertébrale cervicale. La fréquence de cette complication gravissime qui se manifeste par le locked-in syndrome est estimée selon la SOFMMOO à un accident pour moins d'un million de manipulations cervicales.(30), mais l'incertitude reste grande concernant le nombre de manipulations faites par les médecins et les non-médecins ainsi qu'au nombre réel d'accidents qui sont très certainement supérieurs aux cas publiés.

Pour la SOFMMOO, il n'y a pas de moyen de prévenir le risque d'accident vertébro-basilaire. Même les tests pré manipulatifs n'ont pas de réelle valeur prédictive. Le seul moyen de diminuer ce risque est de diminuer le nombre de manipulations cervicales, notamment celles qui ont une importante composante rotatoire et chez les femmes de moins de 50 ans.

Cinq points ont été établis par la SOFMMOO :

- Au cours de l'interrogatoire, il est essentiel de questionner le patient afin de savoir si il a déjà eu un traitement par manipulation cervicale et si ce traitement a été suivi d'effets indésirables, en particulier vertiges ou état nauséeux.
- Devant un patient présentant une cervicalgie d'apparition très récente, un examen neurologique simple est indispensable afin d'éliminer un accident vertébro-basilaire ischémique en cours de constitution qui, on le sait, peut se manifester par des douleurs cervicales.
- Les manipulations cervicales sont absolument contre indiquées lorsque la douleur pour laquelle le patient est venu consulter ne peut être rapportée au rachis cervical.
- Le médecin manipulateur ne doit pas pratiquer de manipulation cervicale s'il n'a pas au moins un an d'exercice continu des techniques manipulatives depuis l'acquisition de son diplôme.
- Il n'est pas recommandé de recourir aux manipulations cervicales rotatoires chez la femme de moins de 50 ans.

2.8.2. Deuxième recommandation : « faut-il faire des radiographies systématiques avant manipulation ? »(31)

Cette seconde recommandation se fonde essentiellement sur le principe de précaution, car pour le rachis cervical, la jurisprudence fait apparaître qu'en cas de complication après

manipulation cervicale, l'absence de clichés préalables est une faute, même si ces derniers n'avaient pu contre-indiquer la manipulation.

Selon les Guidelines internationales, la réalisation d'imagerie systématique a plus d'inconvénients que d'avantages (coût important, irradiation non négligeable ...) et ne doit être envisagée que lorsqu'il y a un point d'appel clinique (ou « Red Flags » à repérer avant toute manipulation).(Tableau 2)

La SOFMMOO justifie la réalisation de radiographies cervicales devant l'absence de données de la littérature et faisant prévaloir la prudence et les risques médico-légaux.

Tableau 2 : Liste de signes d'alertes (Red Flags) recommandant la réalisation de radiographies du rachis (31)

<u>Fracture</u> : traumatisme majeur (chute, accident de la voie publique) ou traumatisme mineur (soulèvement de lourdes charges) chez un sujet âgé ou potentiellement ostéoporotique, douleur thoracique (selon les guidelines) <u>Tumeur ou infection</u> : sujet de moins de 20 ans ou plus de 50 ans (ou 55 ans, selon les guidelines), antécédents de cancer, fièvre récente, frissons, amaigrissement inexpliqué, récente infection bactérienne, immunodépression, drogues IV, douleur nocturne sévère, douleur s'aggravant en décubitus, douleur thoracique (selon les guidelines) <u>Syndrome de la queue de cheval</u> : anesthésie en selle, survenue récente d'un dysfonctionnement vésical, déficit neurologique des membres inférieurs d'apparition progressive ou sévère. Note : la chronicité de la douleur (évolution depuis plus de 3 mois) est pour l'HAS une indication à la pratique des radiographies standard
--

Les guidelines sont répertoriées dans la publication de la SOFMMOO (31)

La SOFMMOO a établi trois précautions avant toute manipulation du rachis :

- Pour toute manipulation des articulations sacro-iliaques, du rachis lombaire et du rachis thoracique, il n'y a pas lieu de demander systématiquement une radiographie. Le médecin devra se conformer aux directives admises internationalement ("guidelines") qui recommandent une radiographie en cas de douleur chronique (de plus de deux à trois mois d'évolution) ou lorsque des signes d'alerte sont présents ou chez les sujets de moins de 20 ans et de plus de 50 à 55 ans. La SOFMMOO propose de faire passer de 20 à 25 ans l'âge jusqu'auquel des radiographies systématiques sont encore nécessaires.

- Pour toute manipulation du rachis cervical, des radiographies avant manipulation sont indispensables, quelle que soit l'ancienneté de la douleur.
- Lorsque le patient souhaite de façon insistante une radiographie qui n'apparaît pas, par ailleurs, médicalement justifiée, et qu'un traitement manipulatif est indiqué, cette radiographie doit être réalisée. Cette recommandation est liée au caractère très particulier du geste manipulatif et de la nécessaire pleine coopération du patient.

2.9. L'ostéopathie à l'étranger

2.9.1. Aux États-Unis

Les ostéopathes américains bénéficient du titre de Docteur en Ostéopathie (DO) à ne pas confondre avec le titre de Diplômé d'Ostéopathie reconnu en France. Ils jouissent depuis 1974 des mêmes prérogatives que les Docteurs en médecine (Medical Doctors ; MD). Leurs études sont comparables et ils ont les mêmes droits de prescriptions. L'exercice des DO est essentiellement dans les soins primaires alors que les MD s'orientent plus vers des spécialités médicales. (31) En 2013, on dénombrait 82 146 ostéopathes pour 300 millions d'habitants.(Soit 1 ostéopathe pour 3652 habitants)(33)

2.9.2. Au Royaume-Uni

Les ostéopathes britanniques ont le droit de pratiquer leur activité de thérapeute sans reconnaissance officielle préalable, selon le droit coutumier anglais. Ils n'ont pas de droit de prescription médicamenteuse, mais sont autorisés à prescrire des examens d'imagerie. Parmi les médecines complémentaires, depuis 1993, seules l'ostéopathie et la chiropraxie sont reconnues légalement par « L'Osteopath's Act ». Le General Osteopathic Council (GOsC) régit la profession. La formation universitaire est composée à plus de 90% de non-médecins et non masseurs kinésithérapeutes. L'ostéopathie ne bénéficie pas de prises en charge par le service national de santé sauf dans certains établissements reconnus dispensant des soins ostéopathiques. Certains organismes privés remboursent ces soins. Il existe un registre officiel des ostéopathes. (33) En 2015, il y a 4600 ostéopathes pour 63.5 millions d'habitants. (Soit 1 ostéopathe pour 13 804 habitants)(33)

2.9.3. En Belgique

Depuis le vote de la loi Colla de 1999, l'ostéopathie est reconnue en Belgique comme pratique médicale non conventionnelle. Les ostéopathes sont inscrits au Groupement National Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie (GNRPO). La formation est réservée aux professionnels médecins et kinésithérapeutes, seule l'université libre de Belgique propose un enseignement complémentaire donnant droit au titre d'ostéopathe pour les non professionnels de santé. Les ostéopathes non-médecins n'ont pas le droit de prescription médicamenteuse, ni d'examen d'imagerie. Il n'y a pas de remboursement par le régime d'assurance obligatoire. Certaines mutuelles et assurances proposent un remboursement à condition qu'il soit réalisé par un médecin ou un kinésithérapeute et que celui-ci ne pratique que l'ostéopathie. En 2013, il y avait 1500 ostéopathes pour 11 millions d'habitants (soit 1 ostéopathe pour 7333 habitants.)

2.9.4. En Suisse

L'ostéopathie est reconnue et réglementée en Suisse depuis novembre 2002. Il n'existe pas de réglementation nationale des médecines complémentaires et chaque canton est libre de reconnaître l'ostéopathie (6 sur 26 cantons l'ont reconnue). La formation se fait soit par des écoles privées soit en prolongement du cursus de santé à temps partiel. La durée de formation est de 5 ans avec 2 ans d'assistantat puis validation du diplôme par un examen inter cantonal. Les ostéopathes sont rassemblés sous la fédération Suisse des ostéopathes. L'assurance-maladie ne prend pas en charge l'ostéopathie, seules les assurances complémentaires proposent une prise en charge.

2.9.5. En Allemagne

En Allemagne, la profession n'est pas réglementée, néanmoins les ostéopathes allemands peuvent exercer en tant que praticiens de médecine alternative (Heilpraktikers). Ils n'ont pas de droit de prescription et sont recensés dans le registre des ostéopathes allemands. Leurs formations proviennent essentiellement d'antennes d'écoles françaises et belges. En 2014, on recense 2279 ostéopathes pour 82 millions d'habitants (soit 1 ostéopathe pour 36000 habitants)

3. ÉTUDE

3.1. Introduction

Depuis la reconnaissance légale de l'ostéopathie par la loi du 4 mars 2002, cette thérapie connaît en France un engouement exceptionnel de la part des patients et des professionnels. Cette loi reconnaît le titre d'ostéopathe partagé en grande partie entre les médecins, les masseurs kinésithérapeutes et les ostéopathes exclusifs. Les ostéopathes exclusifs constituent un peu plus de la moitié des professionnels de l'ostéopathie dans notre pays et ne sont pas considérés comme professionnels de santé. Depuis cette loi, la France est devenue le pays ayant la plus forte densité d'ostéopathes par habitant et possède le plus grand nombre d'écoles d'ostéopathies du monde. Cette croissance exponentielle est la conséquence de textes de loi imprécis et d'un laxisme du ministère ayant délivré sans retenue les agréments de formation à l'ostéopathie aux écoles (rapport de l'IGAS (14)).

De ce fait, l'augmentation de l'offre de soins ostéopathiques a provoqué une augmentation de l'enthousiasme de la population pour cette thérapie manuelle. Les douleurs articulaires sont un motif très fréquent de consultation en médecine générale et relèvent souvent d'un problème fonctionnel articulaire. De plus en plus de patients se tournent vers les médecines complémentaires et alternatives pour soulager leurs maux et éviter une surconsommation de médicaments. L'ostéopathie est une thérapie qui paraît saine et logique aux yeux des patients par sa pratique manuelle, mais elle est teintée de croyances mystérieuses basées sur des explications métaphysiques proférées par son créateur Andrew Taylor Still. Ainsi la communauté médicale peine à reconnaître l'ostéopathie face au manque de preuves et d'études de bonne qualité. Sur le plan légal, les ostéopathes non-médecins sont aussi soumis à des restrictions d'application de leurs pratiques. Et pourtant, la démographie des ostéopathes ne fait que croître et de plus en plus de médecins utilisent cette thérapie ou sont interrogés par leurs patients sur ses bienfaits. Nous avons voulu par l'intermédiaire de cette étude, comparer les opinions des différents professionnels : les médecins généralistes, les médecins ostéopathes, les kinésithérapeutes ostéopathes et les ostéopathes exclusifs.

3.2. Matériel et méthode

3.2.1. Type d'étude

Cette étude est descriptive transversale par comparaison d'opinion de quatre groupes de professionnels.

3.2.2. Population étudiée et déroulement de l'enquête

3.2.2.1. Étude de la population des professionnels lorrains

La population étudiée est obtenue par une liste fournie par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Lorraine. Elle recense tous les praticiens lorrains ayant un numéro ADELI (kinésithérapeutes- Ostéopathes et ostéopathes exclusifs) ou RPPS (médecins généralistes et médecins diplômés de MMO) au premier janvier 2015.

La liste des médecins ostéopathes a été complétée par les données des Pages Jaunes car, tous n'étant pas déclarés « ostéopathes » auprès de l'ARS, leur effectif était insuffisant pour la bonne conduite de cette étude.

3.2.2.2. Critères d'inclusions et d'exclusions

Nous avons réalisé 4 groupes de professionnels :

- Le premier groupe inclut les docteurs spécialistes en médecine générale exerçant en libéral. Les critères d'exclusion sont la validation du diplôme de MMO et l'exercice exclusif en hospitalier. L'activité mixte n'est pas un critère d'exclusion.
- Le second groupe inclut les docteurs en médecine installés en libéral et ayant un diplôme reconnu d'ostéopathie. Le critère d'exclusion est donc l'absence de diplôme d'état de docteur en médecine. La spécialisation n'est pas un critère d'exclusion.
- Le troisième groupe inclut les kinésithérapeutes libéraux ayant un diplôme de MMO déclaré et reconnu par l'ARS de Lorraine.
- Le quatrième groupe inclut les ostéopathes exclusifs ayant un diplôme d'ostéopathie déclaré et reconnu par l'ARS de Lorraine.

La population initiale sélectionnée regroupe 2422 professionnels (1992 médecins généralistes, 87 médecins diplômés de MMO, 199 kinésithérapeutes diplômés de MMO et 144 ostéopathes exclusifs). (cf. : Tableau 3)

3.2.2.3. Méthode d'échantillonnage

L'échantillonnage réalisé pour le premier groupe est d'inclure un médecin sur six par classement alphabétique du lieu d'exercice. Le but étant d'éviter une surreprésentation des médecins ayant une activité de ville, tout en gardant une couverture géographique homogène. Nous avons inclus un médecin sur six pour obtenir un effectif environ égal à celui de tous les professionnels ostéopathes. L'objectif est que le nombre de prescripteurs potentiels, c'est-à-dire les médecins généralistes qui n'ont aucune base de formation en ostéopathie, soit équivalent au nombre de thérapeutes ostéopathes (MO, KO et OE) dont les connaissances et l'opinion devraient être sensiblement identiques. Après échantillonnage, 19 praticiens ont été supprimés de la liste car ils avaient une formation d'ostéopathes ou il était impossible de trouver leur numéro de téléphone.

Le deuxième groupe est constitué de la totalité des médecins diplômés de MMO, car ils étaient trop peu nombreux pour obtenir un effectif pertinent pour cette étude.

L'échantillonnage du troisième groupe inclut un kinésithérapeute ostéopathe sur deux par classement alphabétique de la ville d'exercice pour obtenir un effectif environ égal à celui du deuxième groupe.

L'échantillonnage du quatrième groupe inclut un ostéopathe exclusif sur deux par classement alphabétique de la ville d'exercice, pour obtenir un effectif environ égal à celui du deuxième groupe. Un réajustement de la liste a été nécessaire avant échantillonnage avec la suppression de 26 professionnels pour des raisons multiples (erreur sur l'activité, décès, cabinet hors Lorraine, coordonnées introuvables) réduisant l'effectif initial de l'ARS à 144 au lieu de 170.

La taille de l'échantillon d'étude est constituée de 572 professionnels répartis dans le Tableau 3

Tableau 3 : Répartition des effectifs de l'étude

	Effectif Lorrain	Effectif interrogé
Médecins Ostéopathes	87	87
Kinésithérapeutes Ostéopathes	199	99
Ostéopathes Exclusifs	144	72
Total des Professionnels Ostéopathes	430	258
Médecins Généralistes	1992	314
Total Professionnels	2422	572

3.2.3. Durée et modalités de la collecte des données

La collecte des données s'est déroulée du 6 au 28 mai 2015. Nous avons décidé de soumettre le questionnaire par téléphone aux praticiens pour obtenir un nombre important de réponses dans un laps de temps le plus court possible. Lorsque le praticien le souhaitait, nous convenions d'un horaire de rappel. Nous avons décidé de n'envisager qu'un seul rappel si le praticien n'avait pas répondu au premier et un message a systématiquement été laissé avec un numéro de contre appel. Les appels ont été réalisés par l'auteur de cette thèse avec un téléphone portable et un forfait d'appels illimités n'occasionnant que le coût du forfait téléphonique.

Le questionnaire a été rempli de façon anonyme par l'auteur de cette thèse en même temps que les praticiens donnaient leurs réponses au téléphone. Aucune information ne permet de lier la réponse à la personne interrogée.

3.2.4. Conception du questionnaire et données recueillies

Le questionnaire réalisé devait être concis et rapide, car les professionnels étaient contactés pendant les heures ouvrables de leur cabinet et la plupart du temps étaient déjà en consultation.

Lorsque le professionnel devait choisir les indications d'ostéopathies, nous avons réalisé un listing de 31 indications pour faciliter les calculs statistiques des données. Ce listing a été soumis à deux professionnels de chaque groupe pour vérifier son exhaustivité et diminuer le risque d'obtenir une réponse non listée. Pour chaque indication retenue, l'hypothèse d'une origine fonctionnelle était émise, c'est-à-dire que le bilan étiologique avait bien été réalisé par un médecin au préalable et ne comportait aucune contre-indication.

Le questionnaire a été réalisé grâce à Google Forms et contenait trois parties. (cf. Annexe 1, Annexe 2 et Annexe 3)

3.2.4.1. Première partie adressée à tous

Elle permettait de dissocier les quatre groupes d'échantillonnage et orientait soit vers les questions des médecins généralistes non diplômés en MMO soit vers les questions des praticiens ostéopathes.

3.2.4.2. Deuxième partie adressée uniquement aux médecins généralistes

Elle contenait deux questions :

- La première question permettait d'éliminer les médecins n'adressant ou ne prescrivant jamais de soins d'ostéopathie.
- La deuxième question interrogeait les médecins prescripteurs ou adresseurs sur les cinq principales indications qu'ils retenaient en termes d'efficacité pour adresser leurs patients vers un ostéopathe.

3.2.4.3. La troisième partie adressée uniquement aux professionnels ostéopathes

Elle contenait deux questions :

- La première question permettait d'obtenir les cinq principales indications retenues par les praticiens ostéopathes en terme d'efficacité.
- La seconde question s'intéressait à l'estimation de la proportion de leur patientèle adressée par un médecin généraliste.

3.2.5. Traitement des données et analyse statistique

L'ensemble des variables a tout d'abord fait l'objet d'un traitement descriptif en " tri à plat " à l'aide du logiciel Excel 2010 de Microsoft corporation. Les résultats sont exprimés sous forme de nombres de réponses et de proportions dans chaque échantillon.

Lorsque des comparaisons de proportions ont été effectuées entre les différents groupes étudiés, le test du Khi-2 a été utilisé et le test exact de Fisher lorsque l'effectif d'au moins un des groupes était inférieur à cinq. Ces tests permettent de déterminer si une différence de

proportion entre plusieurs groupes est, ou non statistiquement significative. Ici, la différence a été considérée significative pour un risque d'erreur inférieur à 5 % ($p < 0,05$).

3.3. Résultats

3.3.1. Représentativité de l'échantillon initial par rapport à la population française

Les données comparatives utilisées dans les graphiques ci-dessous sont issues du Registre des Ostéopathes de France (ROF) (4).

Nous notons par rapport à la population française : (Figure 7 et Figure 8)

- Une proportion deux fois plus importante de médecins ostéopathes en Lorraine.
- Une proportion d'ostéopathes exclusifs moindre de 18%.
- Une proportion de kinésithérapeutes ostéopathes légèrement plus élevée de 8%.

Figure 7 : Répartition des ostéopathes lorrains

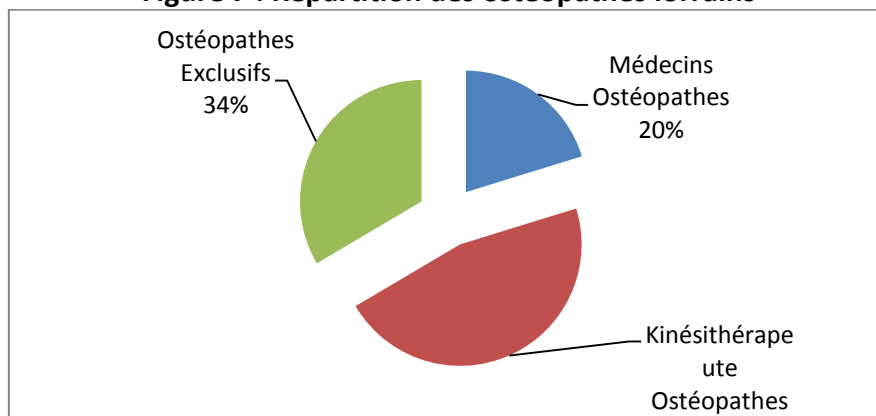
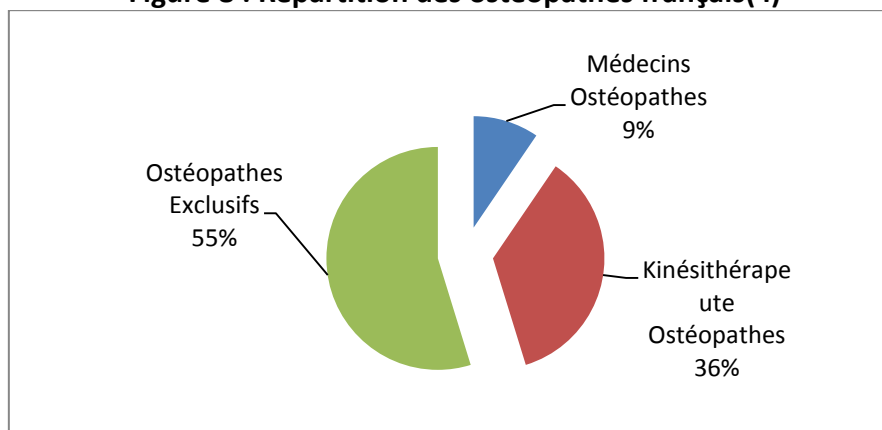


Figure 8 : Répartition des ostéopathes français(4)



3.3.2. Taux de participation

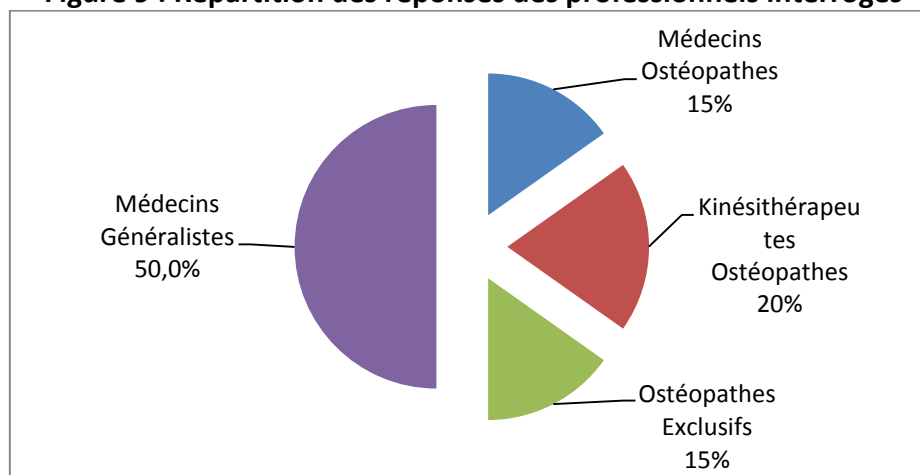
Le taux moyen de réponses était de 59,6%

Tableau 4 : Répartition des réponses

	Effectif interrogé	Nombre de réponses	Taux de réponse
Médecins ostéopathes	87	52	59,8%
Kinésithérapeutes ostéopathes	99	67	67,7%
Ostéopathes exclusifs	72	52	72,2%
Total des Professionnels Ostéopathes	258	171	66,3%
Médecins généralistes	314	170	54,1%
TOTAL praticiens	572	341	59,6%

La répartition des éventuels prescripteurs et des ostéopathes était comparable.(Figure 9)

Figure 9 : Répartition des réponses des professionnels interrogés



3.3.3. Objectif principal – analyse descriptive

Nous avons décidé de n'exposer que les 15 premiers résultats de chaque groupe pour plus de lisibilité (Tableau 5, Tableau 6, Tableau 7 et Tableau 8), les tableaux complets des réponses sont affichés en Annexe 4 et Annexe 5.

3.3.3.1. Les indications des médecins généralistes

Tableau 5 : Réponses des médecins généralistes (N=146) selon les indications

Indications	Médecins généralistes		
	N	%	IC 95%*
Lumbago	125	85,6%	± 5,7%
Cervicalgie aiguë	98	67,1%	± 7,6%
Dorsalgie	96	65,8%	± 7,7%
Douleurs chroniques rachidiennes	75	51,4%	± 8,1%
Arthropathies périphériques (membres sup et inf)	38	26,0%	± 7,1%
Plagiocéphalie et/ou torticoli du nourrisson	23	15,8%	± 5,9%
Douleurs projetées d'origine rachidienne	19	13,0%	± 5,5%
Lombosciatique	16	11,0%	± 5,1%
Reflux gastro-œsophagien et coliques du nourrisson	14	9,6%	± 4,8%
Trouble du sommeil du nourrisson	8	5,5%	± 3,7%
Névralgie cervico-brachiale	8	5,5%	± 3,7%
Colopathies	7	4,8%	± 3,5%
Céphalées	6	4,1%	± 3,2%
Migraines	6	4,1%	± 3,2%
Anxiété	6	4,1%	± 3,2%

*IC 95% : Intervalle de Confiance à 95% selon la loi Normale

3.3.3.2. Les indications des médecins ostéopathes

Tableau 6 : Réponses des médecins ostéopathes (N=52) selon les indications

Indications	Médecins Ostéopathes		
	N	%	IC 95%*
Lumbago	34	65,4%	± 7,7%
Douleurs projetées d'origine rachidienne	32	61,5%	± 7,9%
Dorsalgie	28	53,8%	± 8,1%
Douleurs chroniques rachidiennes	28	53,8%	± 8,1%
Cervicalgie aiguë	27	51,9%	± 8,1%
Céphalées	23	44,2%	± 8,1%
Arthropathies périphériques (membres sup et inf)	13	25,0%	± 7,0%
Lombosciatique	10	19,2%	± 6,4%
Névralgie d'Arnold	8	15,4%	± 5,9%
Torticoli	8	15,4%	± 5,9%
Reflux gastro-œsophagien et coliques du nourrisson	7	13,5%	± 5,5%
Névralgies intercostales	6	11,5%	± 5,2%
Migraines	4	7,7%	± 4,3%
Troubles de la posture	4	7,7%	± 4,3%
Plagiocéphalie et/ou torticoli du nourrisson	3	5,8%	± 3,8%

*IC 95% : Intervalle de Confiance à 95% selon la loi Normale

3.3.3.3. Les indications des kinésithérapeutes ostéopathes

Tableau 7 : Réponses des Kinésithérapeutes ostéopathes (n=67) selon les indications

Indications	Kinésithérapeutes ostéopathes		
	N	%	IC 95%*
Lumbago	48	71,6%	± 7,3%
Cervicalgie aiguë	38	56,7%	± 8,0%
Dorsalgie	31	46,3%	± 8,1%
Arthropathies périphériques (membres sup et inf)	28	41,8%	± 8,0%
Plagiocéphalie et/ou torticoli du nourrisson	25	37,3%	± 7,8%
Colopathies	21	31,3%	± 7,5%
Douleurs chroniques rachidiennes	15	22,4%	± 6,8%
Reflux gastro-œsophagien et coliques du nourrisson	15	22,4%	± 6,8%
Lombosciatique	12	17,9%	± 6,2%
Douleurs projetées d'origine rachidienne	10	14,9%	± 5,8%
Céphalées	9	13,4%	± 5,5%
Torticoli	9	13,4%	± 5,5%
Lombosciatique périnatale	9	13,4%	± 5,5%
Névralgie cervico-brachiale	8	11,9%	± 5,3%
Trouble du sommeil du nourrisson	8	11,9%	± 5,3%

*IC 95% : Intervalle de Confiance à 95% selon la loi Normale

3.3.3.4. Les indications des ostéopathes exclusifs

Tableau 8 : Réponses des Ostéopathes exclusifs (n=52) selon les indications

Indications	Ostéopathes exclusifs		
	N	%	IC 95%*
Lumbago	36	69,2%	± 7,5%
Cervicalgie aiguë	24	46,2%	± 8,1%
Plagiocéphalie et/ou torticoli du nourrisson	23	44,2%	± 8,1%
Reflux gastro-œsophagien et coliques du nourrisson	22	42,3%	± 8,0%
Lombosciatique	21	40,4%	± 8,0%
Colopathies	16	30,8%	± 7,5%
Céphalées	16	30,8%	± 7,5%
Lombosciatique périnatale	13	25,0%	± 7,0%
Douleurs chroniques rachidiennes	12	23,1%	± 6,8%
Dorsalgie	11	21,2%	± 6,6%
Arthropathies périphériques (membres sup et inf)	11	21,2%	± 6,6%
Douleurs projetées d'origine rachidienne	8	15,4%	± 5,9%
Trouble du sommeil du nourrisson	7	13,5%	± 5,5%
Torticoli	5	9,6%	± 4,8%
Néuralgie cervico-brachiale	5	9,6%	± 4,8%

*IC 95% : Intervalle de Confiance à 95% selon la loi Normale

3.3.4. Objectif principal

3.3.4.1. Analyse statistique par indication

Nous avons réalisé un test comparatif statistique (Khi2 ou Fisher si la valeur de la variable était inférieure à 5) permettant de calculer la « p value » entre les réponses des médecins généralistes et celles des praticiens ostéopathes. Pour rendre le Tableau 9 plus lisible, nous n'avons retenu que les 15 premières indications, car les valeurs des autres indications n'étaient pas suffisamment élevées pour conclure statistiquement. Nous avons surligné les valeurs de p statistiquement significatives ($p < 0,05$)

Tableau 9 : Analyse bivariée des indications d'ostéopathies par tous les professionnels interrogés

INDICATIONS	Médecins généralistes		Médecins Ostéopathes		Kinésithérapeutes Ostéopathes		Ostéopathes exclusifs		Comparaison MG/MO/KO/OE
	N	%	N	%	N	%	N	%	P
Lumbago	125	85,6%	34	65,4%	48	71,6%	36	69,2%	0.0051
Cervicalgie aiguë	98	67,1%	27	51,9%	38	56,7%	24	46,2%	0.0327
Dorsalgie	96	65,8%	28	53,8%	31	46,3%	11	21,2%	<0,0001
Douleurs chroniques rachidiennes	75	51,4%	28	53,8%	15	22,4%	12	23,1%	<0,0001
Arthropathies périphériques (membres supérieurs et inférieurs)	38	26,0%	13	25,0%	28	41,8%	11	21,2%	0.0470
Plagiocéphalie et/ou torticoli du nourrisson	23	15,8%	3	5,8%	25	37,3%	23	44,2%	<0,0001*
Douleurs projetées d'origine rachidienne	19	13,0%	32	61,5%	10	14,9%	8	15,4%	0.0470
Lombosciatique	16	11,0%	10	19,2%	12	17,9%	21	40,4%	<0,0001
Reflux gastro-œsophagien et coliques du nourrisson	14	9,6%	7	13,5%	15	22,4%	22	42,3%	<0,0001
Névrалgie cervico-brachiale	8	5,5%	2	3,8%	8	11,9%	5	9,6%	0.2468*
Trouble du sommeil du nourrisson	8	5,5%	1	1,9%	8	11,9%	7	13,5%	0.0502*
Colopathies	7	4,8%	1	1,9%	21	31,3%	16	30,8%	<0,0001*
Céphalées	6	4,1%	23	44,2%	9	13,4%	16	30,8%	<0,0001
Migraines	6	4,1%	4	7,7%	7	10,4%	5	9,6%	0.2319*
Anxiété	6	4,1%	0	0,0%	3	4,5%	2	3,8%	0.5432*

*test exact de Fisher

Nous observons parmi les neuf premières indications des différences statistiquement significatives.

3.3.5. Objectifs secondaires

3.3.5.1. Analyse statistique entre les professionnels ostéopathes

Nous avons réalisé une seconde analyse uniquement sur les indications retenues par les professionnels ostéopathes pour objectiver des discordances entre les opinions de chacun de ces professionnels. (Tableau 10)

Tableau 10 : Analyse bivariée des indications d'ostéopathies par les professionnels ostéopathes uniquement

INDICATIONS	Médecins Ostéopathes		Kinésithérapeutes Ostéopathes		Ostéopathes exclusifs		Comparaison MO/KO/OE
	N	%	N	%	N	%	P
Lumbago	34	65,4%	48	71,6%	36	69,2%	0.7642
Cervicalgie aiguë	27	51,9%	38	56,7%	24	46,2%	0.5196
Dorsalgie	28	53,8%	31	46,3%	11	21,2%	0.0016
Douleurs chroniques rachidiennes	28	53,8%	15	22,4%	12	23,1%	0.0003
Arthropathies périphériques (membres supérieurs et inférieurs)	13	25,0%	28	41,8%	11	21,2%	0.0313
Plagiocéphalie et/ou torticoli du nourrisson	3	5,8%	25	37,3%	23	44,2%	<0,0001*
Douleurs projetées d'origine rachidienne	32	61,5%	10	14,9%	8	15,4%	<0,0001
Lombosciatique	10	19,2%	12	17,9%	21	40,4%	0.0098
Reflux gastro-œsophagien et coliques du nourrisson	7	13,5%	15	22,4%	22	42,3%	0.0025
Néuralgie cervico-brachiale	2	3,8%	8	11,9%	5	9,6%	0.3038*
Trouble du sommeil du nourrisson	1	1,9%	8	11,9%	7	13,5%	0.0689*
Colopathies	1	1,9%	21	31,3%	16	30,8%	<0,0001*
Céphalées	23	44,2%	9	13,4%	16	30,8%	0.0009
Migraines	4	7,7%	7	10,4%	5	9,6%	0.9455*
Anxiété	0	0,0%	3	4,5%	2	3,8%	0.3851*

*test exact de Fisher

Nous observons des réponses concordantes entre les professionnels notamment pour les indications du lumbago et la cervicalgie aiguë. On retrouve une différence statistiquement significative pour les sept autres indications suivantes. À noter la différence statistique entre médecins et non-médecins pour la colopathie et les céphalées.

3.3.5.2. Analyse statistique par groupe d'indication

Nous avons décidé de regrouper les indications en thème (Annexe 6) et d'en additionner les réponses pour augmenter la puissance des tests et limiter les biais de choix entre les indications qui parfois relèvent du domaine médical. Si un professionnel choisissait deux réponses ou plus du même thème, nous ne comptons qu'une seule réponse. (Tableau 11)

Tableau 11 : Analyse bivariée des thèmes d'indication entre tous les professionnels et entre les ostéopathes uniquement

INDICATIONS	Médecins généralistes		Médecins Ostéopathes		Kinésithérapeutes Ostéopathes		Ostéopathes exclusifs		MG, MO, KO, OE	MO, KO, OE
	N	%	N	%	N	%	N	%	p	P
Indications ostéo-articulaires	144	98,6%	52	100,0%	66	98,5%	50	96,2%	0,4778	0,4979
Indications pédiatriques	42	28,8%	11	21,2%	37	55,2%	37	71,2%	<0,0001	<0,0001
Indications Céphalées globale	16	11,0%	31	59,6%	21	31,3%	22	42,3%	<0,0001	0,0083
Indications viscérales	9	6,2%	3	5,8%	26	38,8%	21	40,4%	<0,0001	<0,0001
Indications ORL	2	1,4%	4	7,7%	9	13,4%	5	9,6%	0,0012	0,6048
Indications psychiatriques	6	4,1%	2	3,8%	5	7,5%	2	3,8%	0,6969	0,6306

*test exact de Fisher

Nous remarquons l'unanimité des indications ostéo-articulaires entre les professionnels interrogés ainsi que la très faible retenue des indications psychiatriques et ORL. Les indications pédiatriques, céphalées et viscérales sont réparties de façon très hétérogène.

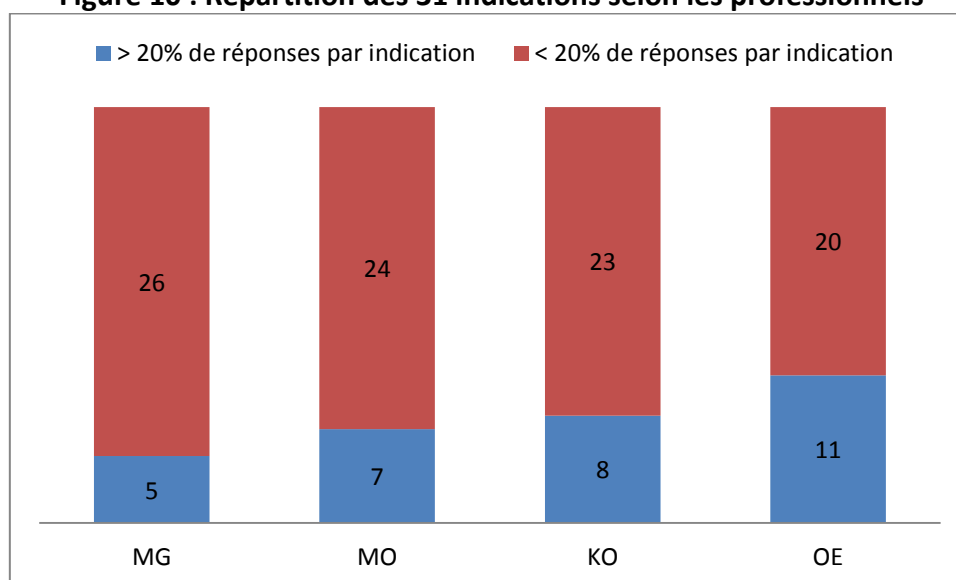
3.3.6. Nombre de d'indications citées par professionnel

La plupart des professionnels ostéopathes ont donné les cinq indications demandées. Seuls six médecins ostéopathes (11.5%) et trois kinésithérapeutes (4.5%) ont donné quatre indications ou moins. Un seul ostéopathe exclusif nous a donné seulement 4 indications sans justification. Les médecins généralistes se sont limités à quatre réponses ou moins pour 52.1% d'entre eux. (Tableau 12)

Tableau 12 : Répartition du nombre de réponses par praticien

Nombre de réponses données	MG (%)	MO (%)	KO (%)	OE (%)
1 réponse	12 (8.2)	0(0)	0(0)	0(0)
2 réponses	12 (8.2)	0(0)	0(0)	0(0)
3 réponses	23 (15.8)	1(1.9)	1 (1.5)	0(0)
4 réponses	29(19.9)	5(9.6)	2 (3.0)	1 (1.9)
5 réponses	70(47.9)	46(88.5)	64 (95.5)	51(98.1)
Total de réponses	571 (100.0)	253(100.0)	331(100.0)	259(100.0)

3.3.7. Nombre d'indications les plus citées par les professionnels

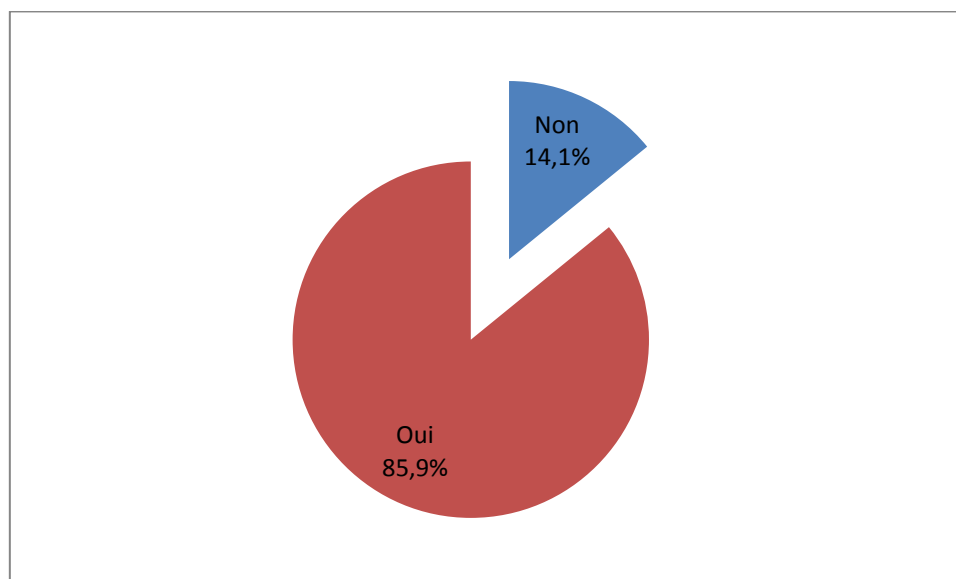
Figure 10 : Répartition des 31 indications selon les professionnels

Lecture : 11 indications parmi les 31 ont obtenu plus de 20% de réponses pour les OE alors que 5 indications ont obtenu plus de 20% de réponses chez les MG.

Nous observons que les professionnels de santé se limitent en nombre d'indications d'ostéopathie alors que les ostéopathes, du fait de leur exclusivité, en évoquent plus.

3.3.8. Relations médecins généralistes et professionnels ostéopathes

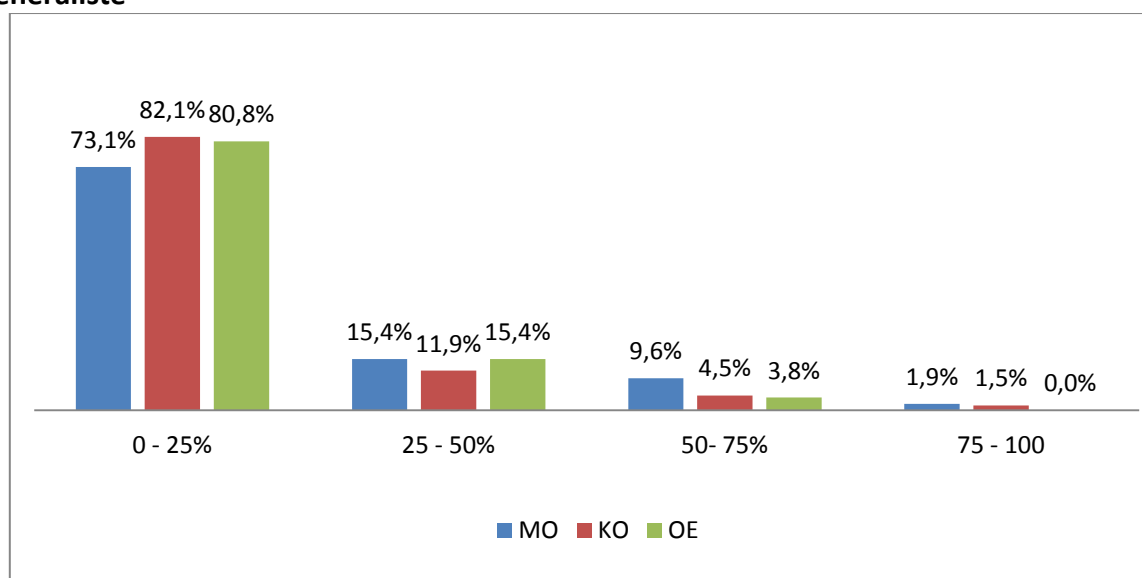
Figure 11 : Taux de médecins généralistes adressant ou prescrivant de l'ostéopathie à leurs patients



Taux médecins généralistes ayant répondu "oui" : 85,9% (IC 95% [80,3 ; 91,5])

Taux médecins généralistes ayant répondu "non" : 14,1% (IC 95% [8,5 ; 19,7])

Figure 12 : Estimation par les ostéopathes du taux de patients adressés par un médecin généraliste



Nous observons que de nombreux médecins généralistes (85.9%) utilisent l'ostéopathie pour traiter leurs patients lorsqu'elle est indiquée, c'est-à-dire en absence de pathologie organique intercurrente. Et pourtant, une très grande majorité d'ostéopathes estiment que

leur patientèle vient spontanément sans avis d'un médecin généraliste (entre 73.1% et 82.1% des professionnels estiment que moins d'un quart de leur patientèle est adressée par un médecin généraliste).

3.4. Discussion

3.4.1. Critiques de l'étude

3.4.1.1. Forces de l'étude

Cette étude est la première dans le comparatif des indications que retiennent les médecins généralistes et les professionnels de l'ostéopathie. Nous n'avons pas retrouvé d'étude similaire. Alors que la démographie de l'ostéopathie en France depuis sa reconnaissance en 2002 est en croissance continue, l'utilisation des thérapies alternatives par les patients est de plus en plus importante. Aussi, nous pensons qu'il est important que les médecins connaissent l'ostéopathie sans pour autant y croire et puissent informer leurs patients sur cette thérapie.

L'étude est réalisée par téléphone permettant un échantillonnage important pour obtenir des résultats comparables et les plus représentatifs. Le questionnaire téléphonique a permis d'obtenir un bon taux de réponse de 59.6% pour 572 professionnels interrogés soit 341 réponses. Le taux de participation et d'intérêt pour cette étude le plus élevé (72.2%) est celui des OE qui sont très intéressés par ce type d'études, car il est dans leur intérêt de pouvoir se comparer aux autres ostéopathes professionnels de santé et notamment aux médecins généralistes qui sont les principaux acteurs dans la prise en charge médicale de la population française.

Pour obtenir un taux de réponse important, nous avons réalisé un questionnaire très succinct comprenant trois questions pour envisager une durée de communication la plus courte possible.

3.4.1.2. Faiblesses de l'étude

Nous avons été limités par le nombre de médecins ostéopathes trop faible dans la région par rapport aux autres groupes et avons dû diminuer les effectifs des autres bras pour obtenir des échantillons comparables en nombres. Et pourtant, la Lorraine est une région à forte densité de médecins ostéopathes (19% des ostéopathes sont médecins alors que la France

compte un pourcentage moyen de 9% de médecins ostéopathes parmi les professionnels ostéopathes)(4).

Nous avons choisi d'envisager des échantillons comparables d'ostéopathes, car l'objectif de cette étude était de comparer les avis de prescripteurs (les MG) et des effecteurs (les professionnels ostéopathes) et non d'envisager une généralisation à la population lorraine ou française. Donc la généralisation de cette étude semble difficile face au non-respect et aux variations des proportions de professionnels ostéopathes lorrains et français.

Les listes fournies par l'ARS de Lorraine n'étaient pas toujours complètes. Nous avons complété les listes avec le site des « PagesJaunes.fr© » et avons avant chaque questionnaire redemandé le titre exact du praticien interrogé. Nous avons aussi réajusté la liste après échantillonnage pour les médecins généralistes.

Le questionnaire téléphonique est une technique de recueil de données efficace, mais spontanée où le professionnel interrogé peut se sentir obligé de répondre et peut être décontenancé dans ses réponses, car souvent dérangé pendant une consultation. Nous avons systématiquement résumé à l'oral les réponses que le praticien avait données et lui avons toujours laissé la possibilité de compléter s'il avait exprimé moins de cinq réponses ou de les modifier. Cette technique de recueil est aussi pourvoyeuse de biais, car nous avons parfois dû orienter les praticiens pour que les indications correspondent à celles proposées, en vue de réaliser des statistiques. Cette orientation consistait à évoquer les grands thèmes d'indications avec quelques exemples pouvant interférer avec les réponses du praticien. Nous avons essayé de ne pas toujours évoquer les mêmes indications selon les thèmes.

L'échantillonnage des MG a été réalisé par classement de villes pour éviter de sur représenter les MG beaucoup plus nombreux en ville, les autres groupes notamment les KO et les OE ont été classés par noms de famille, ce qui pourrait être à l'origine d'un biais de sélection.

Dans le cadre de la relation médecins et ostéopathes, nous aurions pu évaluer la préférence d'adressage des médecins généralistes, car certains d'entre eux ont volontairement précisé qu'ils n'adressaient qu'à des MO. Mais dans un souci de réaliser un questionnaire très rapide, nous avons limité un maximum les questions pour obtenir un taux de réponse élevé. De plus, les médecins n'apprécient pas toujours d'être questionnés sur leurs pratiques et certains risquaient de couper court au questionnaire s'ils l'avaient trouvé trop intrusif.

3.4.2. Analyse des résultats

3.4.2.1. Tous les professionnels sont en accord sur deux indications

Tous les praticiens incluent parmi leurs cinq premières réponses les indications lombaires et cervicales aiguës. Le lumbago est de façon unanime en première indication. Ce sont les deux principales indications pour lesquelles il existe le plus d'étude de forte puissance prouvant leur efficacité.

Pour la lombalgie, l'académie de médecine présente un rapport du 5 mars 2013 en s'appuyant sur trois revues de littérature regroupant 91 essais contrôlés randomisés : « [...]On peut donc conclure, dans l'état actuel des connaissances, que la manipulation rachidienne est, pour le traitement de la lombalgie, principalement aiguë ou subaiguë, d'efficacité équivalente ou légèrement supérieure aux traitements d'usage courant, mais seulement dans le court terme et pour un bénéfice finalement très modeste [...] ».(35)

Pour les cervicalgies, la revue de littérature Cochrane « Manipulation or Mobilisation for neck pain » de A. Gross réalisée en 2010 : « Les techniques de manipulation et de mobilisation cervicale amènent des changements similaires. Elles apportent soit un soulagement immédiat soit un soulagement à court terme; il n'y a pas de données disponibles quant aux effets à long terme [...] »(36). L'académie de médecine s'appuie sur cette revue de littérature en reconnaissant une efficacité de l'ostéopathie pour les cervicalgies aiguës.(35)

Nous concluons que les quatre groupes de professionnels sont en accords sur deux principales indications d'ostéopathie qui sont le lumbago et la cervicalgie aiguë.

Mais dans l'ensemble, il existe une grande disparité des réponses selon les différents groupes de professionnels.

3.4.2.2. De nombreuses différences même parmi ces deux indications

3.4.2.2.1. Des différences remarquables sur le lumbago et la cervicalgie aiguë.

Nous venons de voir que les indications de lumbago et de cervicalgies aiguës faisaient l'unanimité parmi les professionnels interrogés. On remarque tout même une différence statistiquement significative entre tous les professionnels dans le Tableau 9 ($p = 0.0051$ pour le lumbago et $p = 0.0327$ pour la cervicalgie aiguë) alors que nous ne la retrouvons pas dans l'analyse bivariée des professionnels ostéopathes (Tableau 10) ($p = 0.7642$ pour le lumbago

et $p = 0.5197$ pour la cervicalgie aiguë). Cette différence s'explique par une proportion plus importante de médecins généralistes retenant ces indications par rapport aux professionnels ostéopathes (85.6% pour le lumbago et 67,1% pour la cervicalgie aiguë). Cette différence est probablement due au nombre important d'études de forte puissance sur ces indications dans la littérature médicale et parce que les recommandations françaises reconnaissent une bonne efficacité de l'ostéopathie à court terme (36), (38). Mais peut-être au détriment d'autres indications que nous évoquerons plus tard. Cette différence statistique s'explique aussi par la diversité des indications retenues par les ostéopathes. Comme le montre la Figure 10, les OE évoquent à plus de 20% de réponses 11 indications, les KO : 8 indications les MO : 7 indications et les MG : 5 indications. Les MG concentrent la grande majorité de leurs réponses dans 5 indications expliquant cette différence statistique.

Les médecins généralistes recommandent pour 85.9% d'entre eux l'ostéopathie, (Figure 11) mais ne se limitent qu'aux pathologies ostéo-articulaires rachidiennes et périphériques et un peu plus de la moitié d'entre eux se limitent à moins de cinq indications (Tableau 12 et Tableau 4). Les médecins lorrains, pour une grande majorité d'entre eux, recommandent l'ostéopathie, mais se limitent face au manque de preuves d'efficacité de l'ostéopathie et par une probable méconnaissance et méfiance de l'ostéopathie et des ostéopathes.

Le besoin de preuves rationnelles des médecins n'est vraisemblablement pas partagé par tous les patients. On observe de plus en plus de patients qui consultent des ostéopathes et notamment pour des troubles douloureux ostéo-articulaires. Selon une étude anglaise de 2010 « The standardised data collection project » du National Council for Osteopathic Research, portant en partie sur les motifs de consultations en ostéopathie, montrait que ces motifs étaient pour 36% d'origine lombaire, 15% d'origine cervicale et 7.9% d'origine sacro-iliaques. (38) Les motifs sont essentiellement d'origine douloureuse articulaire et pour 51% des consultations ces symptômes dataient de moins de six semaines donc étaient considérés comme aigus. Ces troubles sont très subjectifs et spécifiques à chaque patient. Pour les médecins généralistes, ce motif est évoqué dans 43% des consultations(40) et reste très difficile à évaluer. Cette difficulté pourrait entraîner une consommation excessive d'antalgiques ou une potentielle sous estimation de la douleur par le médecin qui n'objective aucune cause organique dans certains cas. Le patient continuerait de souffrir et se sentirait délaissé ou intoxiqué par l'escalade thérapeutique antalgique de la médecine conventionnelle. Certains patients envisagent alors de se soulager avec les médecines alternatives notamment l'ostéopathie. L'ostéopathe envisage le patient dans sa globalité pendant une consultation qui dure en moyenne 47 minutes pour les OE(41) et 30 minutes pour les MO(42). Les médecins généralistes dont la consultation moyenne est de 15 minutes(43) ne peuvent envisager cette globalité et l'examen clinique reste focalisé sur le symptôme et non sur la totalité du patient. La trop faible rémunération des consultations de médecine générale à 23€ est aussi un frein alors que les OE en France cotent en moyenne leur consultation à 53€(41) et les MO à 46€(44). Ils peuvent se rendre plus disponibles que les médecins généralistes permettant une meilleure écoute, et consacrer plus de temps à

l'examen avant d'envisager une manipulation. Est-ce que les patients souffrant de douleurs ne chercheraient justement pas cette prise en charge immédiate, quel qu'en soit le prix ?

Selon un sondage OpinionWay datant de 2010 (pour le Syndicat de Médecine Manuelle Ostéopathique de France), sur 1000 personnes interrogées, 42% ont déjà consulté un ostéopathe et 20% déclarent avoir bénéficié d'une consultation chez un ostéopathe dans les 12 mois précédents. (44) Nous observons un véritable enthousiasme des patients pour l'ostéopathie qui n'hésitent plus à aller consulter un ostéopathe sans prendre l'avis de leur médecin en première intention. Cela pourrait retarder la prise en charge de certains diagnostics graves, car les ostéopathes n'ont pas la formation pour établir un diagnostic médical, mais seulement ostéopathique. Le risque est donc une majoration du nombre de patients en errance thérapeutique et un risque plus important d'abus de la part d'ostéopathes mal intentionnés qui, face à une explosion de la concurrence, exposeraient les patients à un certain clientélisme. En effet, la France est actuellement l'un des pays les plus dotés en densité d'ostéopathes par habitant dans le monde, il a été formé en 2012 près de 3000 ostéopathes selon un communiqué de presse de l'Union Fédérale des Ostéopathes de France (UFOF)(46). Toutefois, il est important de noter le revirement récent de situation qui pourrait réduire ce risque en réduisant l'offre d'ostéopathes : les politiques tentent en effet de limiter le nombre d'ouvertures d'écoles d'ostéopathies et leur quota d'élève en précisant les décrets sur la durée et le contenu de la formation en ostéopathie(15).

Malgré tout, la population d'ostéopathes augmente d'année en année et la médecine conventionnelle perd progressivement de son attractivité. Seulement 91% des postes ouverts en internat de médecine générale ont été pourvus en 2014(47). La population de médecins généralistes installés a diminué de 1 526 médecins généralistes libéraux en 2014 alors que la population de patients est toujours plus demandeuse de soins. Selon le ROF le nombre d'ostéopathes non-médecins a augmenté de 2 184 nouveaux ostéopathes non médecins dont 1 509 ostéopathes exclusifs. (4)

Certains ostéopathes consultés dans le cadre de cette thèse confiaient trouver problématique de voir des patients n'ayant pas consulté leur médecin traitant et auraient été intéressés par un mode de fonctionnement par ordonnance d'ostéopathie. Ce mode de fonctionnement, permettrait d'éviter des manipulations sans un diagnostic médical préalable. En outre, cela permettrait un échange entre professionnels pour que les médecins sachent et apprennent à faire confiance aux ostéopathes grâce à un retour de courrier toujours dans l'idée humaniste de soins bénéfiques pour les patients.

3.4.2.2.2. Des différences entre les médecins généralistes et les professionnels ostéopathes

On retrouve deux indications qui diffèrent selon les avis des ostéopathes et des médecins généralistes.

Comme nous l'avons déjà évoqué le lumbago est la première indication retenue par tous les professionnels interrogés, mais avec une proportion de MG beaucoup plus importante que celle des professionnels ostéopathes.

À l'inverse, pour les céphalées, les MG relèvent très peu l'indication d'ostéopathie (4.1%) alors que les professionnels ostéopathes et surtout les MO (44.2%) retiennent cette indication ($p < 0.0001$ Tableau 9). En regroupant les indications de céphalées (Tableau 11) pour limiter les erreurs dues aux amalgames possibles entre céphalées, migraines et névralgies d'Arnold, on retrouve aussi une différence significative ($p < 0.0001$) d'opinion avec une proportion de médecins généralistes bien moindre que les autres professions. Ce sont les MO qui relèvent en majorité cette indication à 59,6% d'entre eux. La différence est significative aussi entre les différents professionnels ostéopathes ($p = 0.0083$), car nous pensons que les médecins ostéopathes sont plus sensibles aux reconnaissances de l'ostéopathie par les hautes instances médicales et aux études publiées dans un souci déontologique de respect du serment d'Hippocrate.

Les MO placent les céphalées immédiatement après toutes les indications rachidiennes aiguës et chroniques alors que les autres professionnels ne relèvent cette indication qu'après les indications pédiatriques ou viscérales dont les bénéfices sont à prouver. L'académie de médecine dans son rapport du 5 mars 2013 (35) estime que « *sur l'état des connaissances en la matière, les manipulations rachidiennes peuvent se montrer modérément efficaces [...] sur la céphalée d'origine cervicale[...] et à un moindre degré sur la migraine* ». Une étude pilote italienne récente de septembre 2014(48) a réalisé chez des patients présentant des céphalées de tensions en simple aveugle contre de fausses manipulations une évaluation de la douleur à 1 et 3 mois. Les résultats ont montré une réduction significative sur la douleur dans le groupe ayant bénéficié d'une manipulation vertébrale. Mais cette étude pilote n'a été réalisée que sur 40 patients et manque donc de puissance. Nous estimons que cette différence entre les MG et les ostéopathes est liée à une insuffisance des connaissances des médecins généralistes et parce qu'ils ont un arsenal thérapeutique immédiat peut-être plus facile à mettre en œuvre comme la prescription d'antalgiques ou anti-inflammatoires non stéroïdiens efficaces dans ces indications, l'ostéopathie pourrait être une alternative avec peut-être moins d'effets indésirables que les traitements médicamenteux et peut-être un gain sur le plan économique. Il existe très peu d'étude à l'heure actuelle sur le gain économique de l'ostéopathie ou sur le plus faible taux de complications de l'ostéopathie. Deux revues de littératures ont évoqué le sujet du

rapport coût/efficacité de l'ostéopathie. La première de 2006 conclut que l'adjonction d'une thérapie alternative au traitement habituel provoque un coût supplémentaire dans le cadre de rachialgies, mais que cela semble améliorer la qualité de vie des patients. La deuxième revue, réalisée en 2014, conclut à un certain avantage économique de l'ostéopathie face aux traitements habituels pour des rachialgies, des scapulalgies et des douleurs de chevilles. Ces deux études nuancent leurs résultats en affirmant qu'il serait nécessaire de standardiser les évaluations économiques et que le manque de preuve d'efficacité de l'ostéopathie et le bénéfice lié aux effets non spécifiques de l'ostéopathie pourraient être biaisés.(49)(50)

3.4.2.2.3. Les différences entre les professionnels de santé et les ostéopathes exclusifs

Les professionnels de santé (les MG, les MO et les KO) ont plus retenu les indications de dorsalgies aiguës et de douleurs chroniques rachidiennes que les OE. Seuls les OE se différencient en incluant largement moins le dorsalgo ($p < 0.0001$ Tableau 9) et les douleurs chroniques rachidiennes ($p < 0.0001$ Tableau 9) au bénéfice des indications pédiatriques (Plagiocéphalie et/ou torticoli du nourrisson et reflux gastro-œsophagien et coliques du nourrisson). Les professionnels de santé (Ostéopathes et non-ostéopathes) s'accordent sur la bonne efficacité de l'ostéopathie sur les pathologies du rachis aiguës et chroniques. Comme nous l'avons évoqué auparavant, les médecins (ostéopathes et non-ostéopathes) se doivent de suivre avant tout les recommandations de la haute autorité de santé (37,38,51). Les réponses des KO sont probablement liées à leur utilisation conjointe de l'ostéopathie et de la kinésithérapie qui se concentre essentiellement sur les pathologies du rachis et des articulations périphériques. Même si le motif de consultation et l'opinion du thérapeute ne sont pas nécessairement liés, on peut évoquer le fait que le kinésithérapeute soit plus efficace dans le traitement ostéopathique de pathologies articulaires et donc qu'il l'évoque plus facilement.

Les indications de lombosciatique de l'adulte et de la femme enceinte retrouvent une distribution comparable entre les différents professionnels de santé. Une grande majorité d'OE retient cette indication (40.4% pour la lombosciatique et 25% pour la lombosciatique de la femme enceinte) comparativement aux autres professionnels qui les évoquent beaucoup moins (Annexe 4, Tableau 9).

Nous obtenons une différence statistiquement significative entre les MG et tous les professionnels de l'ostéopathie ($p < 0.0001$) pour la lombosciatique périnatale malgré un effectif très faible chez les MG et les MO. Cette différence peut s'expliquer par le faible niveau de preuve de l'efficacité de l'ostéopathie et par la crainte des médecins généralistes de confier des patients fragiles et donc, à risques de complications (hernie discale, ou fausse couche) à des professionnels ostéopathes et préfèrent se limiter à des thérapies connues

mieux maîtrisées. Pourtant, les OE évoquent beaucoup plus cette indication, car ils sont consultés librement par les femmes qui recherchent parfois des soins autres que médicamenteux pour se protéger du risque malformatif iatrogénique médicamenteux (notamment les AINS qui sont très souvent utilisés dans les pathologies articulaires, mais contre-indiqués pendant la grossesse). Dans la littérature, on retrouve récemment en 2015 une étude évaluant l'ostéopathie chez 400 femmes lombalgiques au troisième trimestre de grossesse. Elles étaient réparties en trois groupes : ostéopathie avec traitements habituels, traitements habituels seulement et ultrasons placebo avec traitement habituel. Le traitement manipulatif était plus efficace que le traitement habituel seul, mais non significativement différent du traitement par ultrasons placebo. Les auteurs estiment que le traitement par ultrasons placebo avait des composantes de soins communes avec les manipulations (temps d'examen, interaction avec la patiente, le toucher), mais que l'ostéopathie pouvait améliorer les douleurs en association avec les traitements habituels.

Pour la lombosciatique, nous retrouvons des résultats comparables avec une différence significative entre les réponses des différents professionnels ($p < 0.0001$ Tableau 9). La différence statistiquement significative est aussi retrouvée entre les professionnels ostéopathes ($p = 0.0098$ Tableau 10). Cette différence entre les ostéopathes est probablement liée à la prise en charge immédiate des patients lombosciatalgiques par leur médecin généraliste. Ils les orientent préférentiellement vers des kinésithérapeutes ou des confrères médecins rééducateurs ou chirurgiens plutôt qu'à des ostéopathes, car le risque d'une lésion d'origine discale est non négligeable. Le taux élevé de réponses des OE est probablement lié à un biais de sélection lié à l'étiologie de la lombosciatique. Nous n'avons pas précisé dans l'indication lombosciatique son origine : radiculaires ou tronculaires. Pour les formes tronculaires, une origine musculaire est le plus souvent en cause et elles relèvent tout à fait d'un traitement fonctionnel donc potentiellement manipulable par les ostéopathes. Il est possible, mais non prouvé que les OE aient un biais de sélection dans leur patientèle qui présente essentiellement des sciaticques tronculaires alors que les sciaticques radiculaires (dont 95% sont d'origine discale(52) sont rapidement pris en charge par les médecins grâce à de multiples traitements (médicamenteux, infiltratifs, chirurgicaux...).

3.4.2.2.4. Les différences entre les médecins et les non-médecins

Les médecins retiennent l'indication des pathologies chroniques pour l'ostéopathie à 51.4% pour les MG et à 53.8% pour les MO alors que les KO sont à 22.4% et les OE à 23.1% ($p < 0.0001$). Cette différence s'explique par l'utilisation par les médecins de l'ostéopathie pour les pathologies chroniques qui sont douloureuses et donc favorisent la consommation de médicaments pourvoyeurs d'effets secondaires non négligeables. Les médecins en tant que prescripteurs sont à la recherche de thérapies alternatives dans le but de diminuer la

consommation d'antalgiques de leurs patients et étant 85,9% à utiliser l'ostéopathie, ils retiennent plus aisément l'indication de rachialgies chroniques. Ceci pourrait expliquer pourquoi ils citent beaucoup plus les rachialgies chroniques que les KO et les OE. Ces derniers les relèvent moins, car en tant que thérapeutes manipulateurs ils trouvent peut être l'efficacité plus limitée de l'ostéopathie sur les douleurs chroniques plutôt que des douleurs aiguës. Comme le montre cette revue Cochrane de 2011 « Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain ». (52) Les auteurs concluent que l'efficacité de l'ostéopathe est la même que le traitement médicamenteux ou fonctionnel de la douleur uniquement dans le court terme et qu'il serait plutôt intéressant de déterminer et comparer le rapport coût/efficacité de ces soins. Ainsi nous concluons que les médecins (ostéopathes ou non) utilisent l'ostéopathie en complément de thérapeutiques conventionnelles, mais que les ostéopathes non-médecins observent une efficacité limitée comme le montre la revue Cochrane de 2011. C'est pourquoi ils retiennent moins cette indication. La différence s'explique essentiellement par les points de vue des praticiens prescripteurs et non prescripteurs.

L'intérêt de l'ostéopathie devrait plutôt être exploré sur le rapport bénéfices / risques des traitements médicamenteux (notamment les anti-inflammatoires non stéroïdiens à risques d'atteintes digestive ou rénale). On peut souligner l'absence de complication grave du traitement ostéopathique dans cette revue de littérature. Une étude sur le coût des soins pourrait aussi s'avérer intéressante. Mais à l'heure actuelle, les études menées sur l'ostéopathie ne rivalisent pas avec les études médicamenteuses réalisées en double aveugle et donc les comparer serait une source de biais. Une revue de littérature menée en 2014 par Tsertsvadze A et Al montre un certain avantage économique de la thérapie manuelle face à d'autres interventions utilisées dans la gestion des troubles musculo-squelettiques, mais qu'actuellement il y a encore un manque de preuves sur le rapport coût/efficacité et/ou sur l'évaluation du rapport coût/utilité des thérapies manuelles. L'industrie pharmaceutique n'a pas d'intérêt à financer des essais dans un secteur qui pourrait entraîner une baisse de la consommation médicamenteuse. Cette carence ne fait qu'alimenter les réticences des systèmes de santé à reconnaître ces pratiques, par crainte d'une hausse des dépenses publiques. Ce champ est donc majoritairement laissé à la charge des patients et de leurs assurances privées. Les études sur les techniques ostéopathiques doivent être perfectionnées pour obtenir un plus haut niveau de preuve selon la note officielle de Matignon de 2012. (53) Ainsi, des études sur les bénéfices / risques et sur l'apport économique et thérapeutique de l'ostéopathie pourront être réalisées.

Inversement, certaines indications sont plus retenues par les non-médecins. Nous retenons tout d'abord les pathologies pédiatriques comme la plagiocéphalie/torticoli du nourrisson et les reflux et coliques du nourrisson. Cette différence est bien sûr liée à l'absence de preuve suffisamment puissante comme le révèle cette revue de littérature Cochrane de décembre

2012 « Manipulative therapies for infantile colic ».(55) Les auteurs concluent à un nombre insuffisant de données et des études de trop faible qualité (absence de simple aveugle, car les parents savaient si les enfants avaient bénéficié d'une manipulation et étaient interrogés sur la diminution du nombre de pleurs de l'enfant après la manipulation). Pourtant, les non-médecins retiennent beaucoup plus ces indications alors que la loi voudrait que les enfants leur soient adressés par un médecin avec l'établissement d'un certificat de non-contre-indication. Le problème comme signalé au-dessus est que les ostéopathes non-médecins sont le plus souvent consultés directement par les parents qui sont mal informés sur ce décret de loi. Pour rappel, le décret n°2007-435 (8) exige pour toute manipulation du crâne, du rachis et de la face du nourrisson de moins de 6 mois la réalisation d'un certificat de non-contre-indication établi par un médecin. Devant une telle différence on peut évoquer une très probable absence de réalisation de certificat. Le problème est le même que celui des cervicalgies où les médecins ne voudraient pas risquer de partager la responsabilité des complications provoquées par un ostéopathe. On ne retrouve pas plus de complications engendrées par les manipulations pédiatriques selon cette revue Cochrane « Manipulative therapies for infantile colic » (55). Les techniques ostéopathiques les plus utilisées par les ostéopathes en pédiatrie sont des techniques non forcées de mobilisations et très peu pourvoyeuses de complications. Dans cette revue, aucun effet indésirable n'avait été relaté sur un échantillon de 325 nourrissons. Cela ne permet pas de conclure, mais oriente sur la probable innocuité des manipulations pédiatriques pour le traitement des coliques. Nous pensons que l'intérêt dans l'application de ce décret est surtout d'éviter les retards de diagnostics médicaux et d'anticiper la prise en charge d'une pathologie organique par un médecin plutôt que de prévenir les complications liées aux manipulations. Seul un médecin a les compétences cliniques et paracliniques pour dépister ces pathologies.

On retrouve le même rapport de réponses entre les médecins et les non-médecins pour les colopathies de l'adulte ($p < 0.0001$ pour la comparaison entre tous les professionnels et $p < 0.0001$ pour la comparaison entre les professionnels ostéopathes). Il est encore plus marqué que pour la pédiatrie. La colopathie est traitée par l'ostéopathie grâce à l'action manuelle externe sur les viscères. Cette pathologie nommée par les médecins comme trouble fonctionnel intestinal pourrait être indiquée dans le cadre de l'ostéopathie selon la loi. Mais très peu d'articles font preuve de son efficacité ce pour quoi les médecins sont très peu prescripteurs. Cette branche de l'ostéopathie paraît encore plus ésotérique aux médecins. Nous retrouvons une étude de faible puissance relatant une efficacité notable de l'ostéopathie sur les troubles fonctionnels intestinaux (TFI). Elle est réalisée par l'Association de recherche et d'études pour le développement de l'ostéopathie en Europe (AREDOE) en 1999. 42 patients souffrants de TFI depuis plus d'un an ont été intégrés dans cet essai contrôlé randomisé en simple aveugle. Le critère de jugement principal était basé sur la douleur à l'aide de l'Echelle Visuelle Analogique (EVA). Il en est ressorti une amélioration significative des scores de douleur dans le groupe traité par ostéopathie, mais une consommation médicamenteuse non significativement différente dans les deux groupes.

(55) Nous notons un taux très bas de MO (1.9%) ayant relevé cette indication alors que 31,3% des KO et 30,8% des OE la retiennent. Nous expliquons cette différence entre ostéopathes ($p < 0.0001$) par l'origine de la formation d'une grande partie des médecins. Ils ont pour la plupart suivi la formation de médecine manuelle créée en France par le Dr Robert Maigne et étendue à une très grande partie des DIU de MMO à travers la France et qui n'incluent pas la thérapie viscérale.

Voici trois indications dont les avis divergent selon les médecins et les non-médecins. On remarque tout d'abord que ces indications ont très peu de preuves scientifiques ce qui explique le peu de médecins les évoquant. Pour les pathologies chroniques rachidiennes, les médecins se retrouvent limités par des complications des traitements médicamenteux ou par leur efficacité. Pour les patients qui sont atteints par des douleurs chroniques invalidantes ou des symptômes pédiatriques qui rendent parfois les parents impuissants face aux pleurs incessants, aux régurgitations, ou aux troubles esthétiques (plagiocéphalie) de leur nourrisson l'ostéopathie serait pour eux une alternative à la médecine conventionnelle. Elle ne propose que des solutions médicamenteuses ou l'attente de l'amélioration spontanée des symptômes en cas d'origine fonctionnelle. Pour la pédiatrie, les parents, qui observent leurs enfants pleurer et potentiellement souffrir de maux divers et qui cherchent à éviter des thérapeutiques médicamenteuses, préfèrent une thérapie manuelle qui pourrait leur donner l'impression de contrôler les actes réalisés sur leur enfant voire, se conforter d'avoir essayé pour leur enfant un acte saint et non toxique, car réalisé en douceur par des mains expertes. Face à la multiplication des scandales médicamenteux les patients préfèrent envisager des traitements qu'ils maîtrisent même si le manque de preuves est criant plutôt que d'ingérer des médicaments dont la liste d'effets indésirables possibles est très longue, mais dont l'efficacité est prouvée comme l'établit cette note officielle d'analyse de Matignon d'octobre 2012(54). Implicitement nous pourrions aussi évoquer cette volonté par les MG et les MO à rechercher des thérapies moins nocives pour des patients de plus en plus demandeurs. Au Royaume-Uni, 65 % des médecins généralistes considèrent que les médecines complémentaires ont une place dans la médecine "officielle".(57)

3.4.2.2.5. L'opinion d'un professionnel diverge des autres

Les KO ont majoritairement retenu l'indication d'ostéopathie des arthropathies périphériques comparativement aux MG et aux autres professionnels ostéopathes. Cette différence ($p = 0.0470$ Tableau 9) illustre l'utilisation de l'ostéopathie que pratiquent les KO. En effet, beaucoup de kinésithérapeutes utilisent l'ostéopathie en complément de leur pratique de kinésithérapie. Pour les pathologies articulaires périphériques (entorses, tendinites...), les kinésithérapeutes sont en première ligne pour ce genre de pathologies sur prescription des médecins. Ils suivent donc particulièrement ce type de pathologies en plus

des pathologies vertébrales et améliorent leur prise en charge en intégrant des techniques d'ostéopathies à celles de la masso-kinésithérapie.

Les MO évoquent les douleurs projetées d'origines rachidiennes alors que très peu de médecins, de KO et d'OE l'évoquent ($p=0.0470$ Tableau 9). Cette indication est essentiellement retenue par les MO, car c'est une notion ostéopathique décrite par le Dr Robert Maigne par le syndrome cellulo-téno-myalgique vertébral segmentaire. Il recherche des signes distants de cellulalgie et de cordons myalgiques(26). Ce syndrome est très peu décrit dans la formation des MG. Concernant les KO et les OE, ils connaissent probablement ce syndrome, mais l'intègrent peut-être dans les pathologies rachidiennes aiguës.

On note avec ces indications que les praticiens ostéopathes n'ont pas tous les mêmes avis et que chaque praticien utilise l'ostéopathie en fonction de sa pratique ou de la patientèle qui le consulte. Cela montre la grande transversalité de l'ostéopathie, mais que les avis divergents sur certaines indications.

3.4.2.3. Les indications évoquées par la loi

Certaines indications sont évoquées dans les décrets d'application de la loi et il est demandé : « *Après un diagnostic établi par un médecin attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie, le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe est habilité à effectuer les actes suivants : Manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois et Manipulations du rachis cervical* ». (8) Dans cet article, il est donc exigé que pour toutes les manipulations sus-citées, un médecin réalise un certificat de non-contre-indication à la manipulation ostéopathique.

Dans notre étude : les professionnels de santé sont d'un même avis sur l'indication des cervicalgies à la différence des OE qui retiennent moins cette indication. (46.2%) Cette différence pourrait être une conséquence de ce décret. Il pourrait être mis en cause, car il limite les actes thérapeutiques des ostéopathes non-médecins et notamment des OE. S'ils envisagent de traiter une cervicalgie aiguë, il est nécessaire avant toute manipulation que le patient soit examiné par un médecin et qu'il rédige un certificat écartant toute contre-indication à la manipulation du rachis cervical (notamment en réalisant un examen clinique neurologique et vasculaire selon les recommandations de la SOFMMOO(29) et la réalisation de radiographie du rachis cervical chez le jeune de moins de 25 ans(31)). La réalisation de ce certificat imposant une double responsabilité par le médecin et l'ostéopathe n'a fait qu'aggraver la défiance entre les médecins et les non-médecins. Peu de médecins accepteraient de partager la responsabilité d'une complication de manipulation cervicale avec un professionnel ostéopathe qui n'est pas reconnu comme professionnel de santé.

L'une des principales et des plus graves complications est la dissection vertébrale pouvant induire des séquelles neurologiques voir un locked-in syndrome(30).

Il est par ailleurs difficile de demander à un médecin de réaliser un certificat de non-contre-indications alors qu'une grande partie d'entre eux ne connaît pas cette obligation légale. Selon la thèse du Dr Mingam en 2010, 79% des médecins généralistes de France interrogés ignoraient l'existence de ce certificat de non-contre-indication. (17) De plus, la connaissance de l'ostéopathie par les médecins généralistes est très limitée et n'est pas intégrée dans leur formation médicale. Selon le Dr Mingam, 52% des MG déclarent aucune ou peu de connaissances en matière d'indication ou de contre-indication. Comment peut-on exiger légalement aux médecins la recherche de contre-indications alors que la moitié d'entre eux ne connaît pas les techniques d'ostéopathie. Beaucoup de médecins préfèrent se protéger en adressant leurs patients auprès de médecins ostéopathes. Ceux-ci ayant les compétences pour réaliser un double diagnostic médical et ostéopathique. Les risques sont minimisés pour les médecins ne connaissant pas l'ostéopathie, mais pour lesquels les patients sont demandeurs de ce type de soin. Nous n'avons pas évalué dans ce questionnaire à qui les MG adressaient préférentiellement leurs patients. Mais plusieurs MG ont précisé explicitement adresser leurs patients uniquement chez des MO. Selon le travail du Dr Mingam en 2010 80% des MG adressent leurs patients à des MO.(18)

Il se pose un autre problème concernant le décret n°2007-435 du 25 mars 2007. Comme nous l'avons cité au préalable, il est exigé un certificat de non-contre-indication pour toute manipulation d'un enfant de moins de 6 mois et pour toute manipulation cervicale. Or les ostéopathes non-médecins contournent cet article en dissociant la manipulation de la mobilisation, ce que ne fait pas la loi. La loi décrit dans l'article 1, la manipulation ostéopathique comme : « Ces manipulations sont musculo-squelettiques et myofasciales, exclusivement manuelles et externes ». Cette définition reste floue quant au terme de manipulation. Et l'intervention de Philippe Sterlingot (président du Syndicat Français Des Ostéopathes SFDO) dans une émission (57) consacrée à l'ostéopathie agrmente cette dérive. Il affirme que « [...] l'ostéopathe a le droit de faire deux types d'actes : les manipulations et les mobilisations. Les manipulations doivent faire l'objet d'une autorisation du médecin, mais pas les mobilisations et la plupart des soins chez l'ostéopathe sont des soins doux sans craquement et l'on peut exercer directement... » Ainsi, les ostéopathes non-médecins contournent cette loi et l'interprètent à leur avantage. La loi encadrant l'ostéopathie reste encore floue et donc interprétable par chacun et elle n'a finalement que peu d'intérêt. L'académie d'ostéopathie (association d'ostéopathes) a réalisé une recherche parmi des dictionnaires médicaux et non médicaux sur les termes de manipulations et de mobilisation. Le terme de manipulation en général exprime un traitement manuel de mobilisation de manière mesurée. C'est lorsque l'on associe le terme articulaire que la définition évoque un mouvement forcé qui porte brusquement les éléments articulaires au-

delà de leur jeu physiologique habituel. Certains dictionnaires médicaux définissent la manipulation comme un mouvement forcé dépassant la barrière physiologique. Le décret de loi n'évoque absolument pas le terme de manipulation articulaire, mais de manipulations qu'il faudrait donc prendre au sens général du terme pour la loi et non au sens médical strict. La confusion est portée dans la deuxième partie de l'article 1 de ce décret qui stipule : *« Pour la prise en charge de ces troubles fonctionnels, l'ostéopathe effectue des actes de manipulations et mobilisations non instrumentales, directes et indirectes, non forcées, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de santé »*. C'est cette dissociation entre manipulation et mobilisation qui permet aux ostéopathes non-médecins de passer outre la loi et d'utiliser les termes comme il leur semble. Selon l'avis de la HAS du 17 janvier 2007(13) : *«[...] le collège a relevé, sans se prononcer sur la pertinence des solutions retenues que, dans leur principe même, les dispositions de la loi du 4 mars 2002 et ses projets de textes d'application reflétaient la volonté des pouvoirs publics d'encadrer, au bénéfice des patients, une pratique aujourd'hui largement répandue.»* Donc il semblerait que les autorités souhaitent avant tout, le bénéfice du patient et donc l'objectif de ce décret serait de limiter les risques de complications des manipulations cervicales et du nourrisson et aussi d'éviter tout retard de diagnostic médical que les ostéopathes n'ont pas la capacité de réaliser.

Le décret de loi doit être précisé dans l'utilisation de ces termes. Son rôle doit être, soit de limiter les manipulations articulaires forcées (par thrust) par les ostéopathes non médecins sur des nourrissons ou dans le cadre de cervicalgies communes comme le comprennent les ostéopathes exclusifs. Soit, pour limiter l'ostéopathie en général chez les nourrissons où les patients présentant des cervicalgies afin de limiter un éventuel retard diagnostique ou des possibles complications manipulatives comme l'évoque le rapport de la HAS. (10) Et il s'agirait d'en informer les patients et les parents de nourrisson qui envisagent des soins ostéopathiques afin d'éliminer toute cause organique relevant du diagnostic médical, mais cela relève essentiellement du médecin généraliste dont les connaissances en ce domaine restent très limitées.

3.4.2.4. L'avis des médecins généralistes

Les médecins généralistes évoquent l'ostéopathie essentiellement pour les pathologies rachidiennes aiguës et chroniques et pour les arthropathies périphériques. On remarque que parmi les 85,9% des médecins généralistes qui utilisent l'ostéopathie comme thérapie alternative, la plupart se limitent aux pathologies ostéo-articulaires (rachidiennes aiguës et chronique et périphériques). Et qu'un peu plus de la moitié des médecins interrogés (52.1%) ne retiennent pas plus de 4 indications. La principale explication est le manque de preuve de

l'efficacité de l'ostéopathie selon l'Evidence Based Medicine (EBM). Il est difficile pour un médecin en qui les patients ont toute confiance, de conseiller une thérapie qui n'a encore pas fait ses preuves et qui va lui coûter cher. Alors que l'académie de médecine reconnaît l'efficacité de l'ostéopathie dans les rachialgies cervicales, lombaires aiguës et chroniques(35) et il n'en est rien concernant les pathologies articulaires périphériques que les MG évoquent pourtant pour 25% des réponses (5^e réponse sur 31 par ordre d'importance). Nous estimons que les médecins utilisent l'ostéopathie pour des douleurs vertébrales, car des études à haut niveau de preuve confirment leur efficacité, mais concernant les pathologies articulaires périphériques et malgré un faible niveau de preuve des études actuelles les MG recommandent l'ostéopathie comme traitement. Peut-être estiment-ils le risque très faible de complications pour ces articulations par rapport à une amélioration probable de la fonction et de la douleur ? La thèse du Dr Aline Mouchette, réalisée en 2015, porte sur une revue de la littérature de la prise en charge ostéopathique versus traitement conventionnel d'une épaule douloureuse non traumatique. Elle conclut que l'ostéopathie pourrait avoir des effets bénéfiques sur la douleur et l'amélioration de la fonction de l'épaule, mais que face à un nombre trop faible d'études (22 articles étudiés) et de puissance limitée, il est nécessaire avant tout, d'envisager des standards d'évaluation de l'ostéopathie pour pouvoir généraliser ces résultats. Elle conclut aussi qu'aucun effet indésirable n'a été rapporté. (58) Il existe une revue de littérature de mars 2014 sur le traitement ostéopathique des entorses aiguës et chroniques de cheville. Mais la conclusion qui évoque une amélioration de la douleur et de la fonction est incertaine et aucune critique des études n'est évoquée dans le résumé ne permettant pas de conclure sur l'efficacité de l'ostéopathie dans les entorses de cheville.(60)

A contrario, le traitement ostéopathique des céphalées d'origines cervicales reconnu par l'académie de médecine et des migraines à un moindre degré n'est que très peu évoqué par les MG comme nous l'avons évoqué. Peut-être que cette réticence face à l'ostéopathie dans cette indication est liée à la crainte du risque, bien que minime, de dissection de l'artère vertébrale et des conséquences gravissimes telles que le locked in syndrome(30)

Les médecins connaissent et recommandent en partie les principales indications d'ostéopathie notamment certaines reconnues par les autorités de médecine. Mais il y a toujours une certaine appréhension face aux risques du traitement manipulatif articulaire cervicale notamment et l'utilisation d'antalgiques et de physiothérapie semble mieux contrôlée par les médecins généralistes et leur apporte un meilleur rapport bénéfice / risque.

3.4.2.5. Les rapports entre médecins généralistes et ostéopathes

Le nombre de médecins généralistes recommandant l'ostéopathie pour certaines indications est très élevé (85.9%) et quel que soit le professionnel ostéopathe. Ce chiffre semble comparable à ceux du Dr Mingam (80% des MG adressent leurs patients chez un MO et 60% chez un ostéopathe non médecin en 2010). (17) Dans notre étude, nous remarquons une part très faible des patients adressés par un MG selon les ostéopathes interrogés. Moins d'un quart de leur patientèle est adressée (par courrier ou par conseil oral) par un médecin généraliste.(Figure 12) Donc la plupart des patients viennent chez l'ostéopathe sans recommandation médicale. Comme le confirme cette enquête auprès de la population britannique du General Osteopathic Council de 2006 : 52% des patients ayant consulté un ostéopathe l'ont fait de leur propre gré, et 26% sur recommandation d'un proche. Seulement 1.5% ont été envoyés par un médecin généraliste. (60) Nous avons donc une grande discordance entre la prescription/recommandation de l'ostéopathie par les médecins généralistes et le nombre de patients consultant sur avis médical un ostéopathe. Cette différence est essentiellement due à un nombre très important de patients consultant un ostéopathe sans avis médical. Au cours de cette étude, certains ostéopathes voulant informer le médecin généraliste, de la consultation d'un de leur patient, ont eu un refus de la part du patient qui ne souhaitait pas que son médecin ne soit informé de peur d'être jugé par le médecin qui ne croit pas en l'ostéopathie. Ce cas très sporadique illustre tout de même l'affront qu'il peut y avoir entre les médecins et les professionnels ostéopathes et que ressentent les patients. Beaucoup de médecins n'adressent leur patient qu'à des MO comme le montre la thèse du Dr Mingam. (80% des médecins adressent leurs patients à un MO) Cette défiance est renforcée par les décrets exigeants la rédaction de certificats de non-contre-indication engageant la double responsabilité médecin et ostéopathe. Mais comme l'évoque l'avis de la HAS du 17 janvier 2007, ne faut-il pas envisager un travail ensemble pour être le plus bénéfique pour les patients en encadrant une profession très largement répandue ?

3.4.2.6. Les indications très peu citées

Il y a deux grands groupes d'indications peu citées par l'ensemble des professionnels. Ce sont les indications ORL et psychiatriques. Même après le regroupement des indications, les chiffres restent bas et n'ont pas de valeur interprétative statistiquement. On peut néanmoins évoquer le fait que l'ostéopathie se définit comme une thérapie traitant des pathologies fonctionnelles du corps et par extension non organiques selon la loi. Et qu'à la vue de ces indications peu évoquées, il faut que l'ensemble des professionnels en lien avec l'ostéopathie garde en tête que cette thérapie très jeune se porte garante de nombreuses pathologies, mais que face à un manque criant de preuves pour les principales indications, elle doit être pratiquée et envisagée avec la plus grande précaution par tous les praticiens pour le bienfait du patient uniquement.

4. CONCLUSION

L'ostéopathie est une thérapie en pleine expansion en France. Elle prend une place de plus en plus importante dans les démarches de soins des patients. Tous les professionnels interrogés évoquent les lombalgies aiguës communes et les cervicalgies aiguës communes comme indications pour lesquelles l'ostéopathie est la plus efficace.

Les médecins généralistes lorrains connaissent les principales indications reconnues d'ostéopathie en évoquant en premier lieu les pathologies rachidiennes aiguës et chroniques pour lesquelles des recommandations de la HAS ont été publiées. Alors qu'ils citent pour la moitié d'entre eux moins de cinq indications, les médecins généralistes recommandent de plus en plus cette thérapie complémentaire en proposant les indications sur les arthropathies périphériques ou en pédiatrie alors que peu de preuves existent. Ils semblent ne pas connaître ou craindre le traitement des céphalées dont le nombre d'études de plus forte puissance montre une certaine efficacité. On retrouve tout à fait ces indications chez les médecins ostéopathes qui sont plus sensibilisés aux travaux de recherche et donc, aux indications pour lesquelles l'ostéopathie est la plus efficace.

Parmi les professionnels ostéopathes, les médecins ostéopathes citent essentiellement les indications ostéo-articulaires du fait de leur formation plus orientée vers ces pathologies grâce à la médecine manuelle du Dr Robert Maigne. On retrouve chez les kinésithérapeutes ostéopathes, les principales indications ostéo-articulaires rachidiennes et périphériques, mais les indications telles que la colopathie ou la pédiatrie sont plus citées que par les médecins ostéopathes. Pour les ostéopathes exclusifs, la pédiatrie a une place très importante en matière d'efficacité de l'ostéopathie. La colopathie est aussi une indication énormément citée contrairement aux médecins ostéopathes et non ostéopathes.

Il existe de grandes différences entre les opinions des médecins ostéopathes et des non-médecins bien qu'ils s'accordent tous sur les bonnes indications de la lombalgie et de la cervicalgie commune. Les ostéopathes non-médecins qui sont consultés de plus en plus par les patients et sans avis médical sont de plus en plus nombreux. Les textes de loi régulant certaines pratiques sont imprécis et laissent libre interprétation à chaque professionnel. Bien que la formation des ostéopathes non-médecins soit de plus en plus performante afin de limiter tout retard diagnostic, la question de l'avis médical initial reste en suspens. Il n'est pas décent vis-à-vis des patients de demander à un professionnel non-médecin de réaliser un diagnostic d'exclusion alors qu'il n'a pas la possibilité ni la formation pour les diagnostiquer.

Ainsi, deux solutions pourraient être envisagées. Soit d'autoriser les ostéopathes non médecins à avoir accès à la prescription d'examens complémentaires et l'amélioration de leur formation sur le diagnostic médical, ce qui reviendrait comme aux États-Unis à les intégrer dans la formation médicale, mais à orientation ostéopathique. Ils pourraient porter le titre de docteur en ostéopathie et peut-être, pourraient-ils combler le manque de médecins généralistes installés dont la population ne se renouvelle pas et même, décline. L'inconvénient de cette proposition est la difficulté d'intégrer dans une filière universitaire une formation qui se fonde sur très peu de preuves scientifiques alors que la base de la formation médicale repose sur l'Evidence Based Medicine. D'autre part, l'intégration de l'ostéopathie dans un cursus universitaire impliquerait de proposer une équivalence à tous les professionnels ostéopathes actuellement installés dont les formations sont actuellement très hétérogènes et parfois ésotériques. Cette proposition semble difficile et coûteuse à réaliser.

L'autre proposition, plus accessible, serait d'intégrer les ostéopathes dans le parcours de soin avec une possibilité de remboursement du même ordre que l'homéopathie sur prescription médicale. Les contre-indications imposées par la loi resteraient applicables. Les ostéopathes non-médecins continueraient à réaliser des mobilisations douces sans thrust pour les indications cervicales et pédiatriques. En cas d'avis favorable ordonné par le médecin pour des manipulations structurelles, l'ostéopathe serait autorisé légalement à réaliser ces techniques sur ces deux indications. La loi gagnerait en clarté en interdisant les manipulations structurelles à type de thrust pour les non-médecins en l'absence de demande du médecin. Cela protégerait aussi les patients d'un possible retard diagnostic en obligeant au préalable la consultation du médecin généraliste pour bénéficier du remboursement. Les médecins réalisant alors une ordonnance d'ostéopathie seraient protégés du risque de complications, car les manipulations structurelles resteraient interdites. Avec l'intégration des ostéopathes exclusifs dans le parcours de soin, le dialogue serait facilité, les médecins sauraient ce que les ostéopathes font aux patients par retour de courrier et les ostéopathes seraient assurés de ne pas retarder le diagnostic d'une éventuelle pathologie organique. Les patients bénéficieraient aussi d'une meilleure prise en charge.

L'ostéopathie commence à faire ses preuves comme le reconnaissent les autorités médicales. Il reste encore beaucoup d'études à réaliser pour prouver sa complète efficacité et envisager cette possible intégration dans le système de soins. Des études doivent être aussi réalisées pour prouver l'apport économique de l'ostéopathie par rapport aux thérapies médicamenteuses. Comme le stipule la loi, elle n'agit que sur des troubles fonctionnels et n'a aucune prétention de guérir des troubles organiques comme le prétendait son fondateur initial. C'est une médecine du bien-être que les patients affectionnent de plus en plus, mais qui doit encore se libérer de ces théories holistiques et métaphysiques. La médecine moderne a évolué pendant plusieurs milliers d'années pour arriver à être aussi

performante de nos jours. L'ostéopathie est une thérapie nouvelle qui n'a que 200 ans, mais qui doit être prise en compte par la communauté médicale pour en tirer le meilleur et afin d'éviter tout excès pour protéger et soigner les patients souffrants.

BIBLIOGRAPHIE

1. Benchmarks for training in traditional / complementary and alternative medicine. ost, ost,. Geneve: World Health Organization; 2010.
2. Abehsera A, Cornillot P. Traité de médecine ostéopathique. Charleroi, Belgique; 1986. 233 p.
3. Thiriat E. Caractéristiques des patients consultant en médecine manuelle et ostéopathie: profils, attentes et satisfaction [Thèse d'exercice]. [France]: Université Henri Poincaré-Nancy 1. Faculté de médecine; 2006.
4. Peris M. Démographie des ostéopathes en France [Internet]. Registre des Ostéopathes de France; 2015. Available from: <http://www.osteopathie.org/>
5. Vautravers P, Goussard J-C. Robert Maigne (1923–2012). Ann Phys Rehabil Med. 2012 Oct;55(7):451.
6. Newsletter n° 6 : Démographie 2014, vers une stabilisation de la croissance... ? Registre des Ostéopathes de France; 2014.
7. LE BRETON-LEROUVILLOIS G. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE situation au 1 janvier 2014.
8. Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.
9. Décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes.
10. Code général des impôts - Article 261. Code général des impôts.
11. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 - Article 75.
12. AUQUIER C de M. RAPPORT au nom d'un Groupe de travail Ostéopathie et Chiropraxie. 2006 Jan [cited 2015 Jun 4]; Available from: http://www.delplanque-formation.com/Files/95_osteopathie_02.pdf
13. Haute Autorité de Santé. Avis du 17 janvier 2007 sur deux projets de décrets relatifs à l'ostéopathie. 2007 [cited 2015 Jun 4]; Available from: http://www.researchgate.net/profile/Michel_Gedda/publication/267981557_Avis_de_la_HAS_sur_deux_projets_de_dcret_relatifs_l'ostopathie/links/545e7a8e0cf27487b44f0bbb.pdf
14. Duraffourg M, Vernerey M. Le dispositif de formation à l'ostéopathie. Inspection Générale des affaires sociales;
15. Décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie. 2014-1043 Sep 12, 2014.

16. Décret n° 2014-1505 du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie. 2014-1505 décembre, 2014.
17. République Française. Journal Officiel n°157. 2015.
18. La médecine manuelle ostéopathie en France : enquête sur les opinions, les pratiques, les connaissances et les interactions entre les différents intervenants. Faculté de médecine Paris Descartes; 2010.
19. Maigne R. La dorsalgie inter-scapulaire : manifestation de la souffrance du rachis cervical inférieur. Le point cervical du dos. Available from: <http://www.sofmmoo.org/ais.htm>
20. Arrêté du 12 décembre 2014 relatif aux dispenses d'enseignement susceptibles d'être accordées en vue de la préparation au diplôme permettant d'user du titre d'ostéopathe.
21. Favier N. Evaluation d'un traitement ostéopathique sur les effets secondaires et la qualité de vie de patients sous chimiothérapie. Essai clinique multicentrique randomisé [Internet]. Ecole supérieure d'Ostéopathie de Paris; 2012. Available from: <http://www.larevuedelosteopathie.com/>
22. Santé | Miviludes [Internet]. 2012 [cited 2015 Aug 5]. Available from: <http://www.derives-sectes.gouv.fr/quest-ce-quune-d%C3%A9rive-sectaire/o%C3%B9-la-d%C3%A9celer/sant%C3%A9>
23. Maigne J-Y, Vautravers P. Mode d'action des manipulations vertébrales. Rev Rhum. 2003 Oct;70(9):713–9.
24. Nicholas AS, Nicholas EA. Atlas des techniques ostéopathiques. Paris, France: Maloine; 2011. xvi+505 p.
25. Maigne R. Sémiologie clinique des dérangements intervertébraux mineurs [Internet]. Available from: http://www.sofmmoo.org/semiologie_dim.htm
26. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES DOULEURS COMMUNES D'ORIGINE RACHIDIENNE. Une nouvelle approche - Robert Maigne [Internet]. [cited 2015 Aug 5]. Available from: <http://www.decite.fr/livres/diagnostic-et-traitement-des-douleurs-communes-d-origine-rachidienne-9782704613014.html>
27. Evans DW. Mechanisms and effects of spinal high-velocity, low-amplitude thrust manipulation: Previous theories. J Manipulative Physiol Ther. 2002 May;25(4):251–62.
28. Ward RC. Foundations for Osteopathic Medicine. Lippincott Williams & Wilkins; 2003. 1314 p.
29. Vautravers P, Isner-Horobeti M-È, Maigne J-Y. Manipulations vertébrales – ostéopathie. Évidences/ignorances. Rev Rhum. 2009 May;76(5):405–9.

30. Vautravers P, Maigne J-Y. Manipulations cervicales et principe de précaution. *Rev Rhum.* 2000 Jan 1;67:349–54.
31. Maigne J-Y, Goussard J-C, Dumont F, Marty M, Berlinson G. Faut-il faire des radiographies systématiques avant manipulation vertébrale? Recommandations de la Société française de médecine manuelle orthopédique et ostéopathique (SOFMMOO). *Ann Réadapt Médecine Phys.* 2007 Mar;50(2):111–6.
32. Miller T, Hooker RS, Mains DA. Characteristics of osteopathic physicians choosing to practice rural primary care. *J Am Osteopath Assoc.* 2006 May;106(5):274–9.
33. L'OSTÉOPATHIE DANS LE MONDE [Internet]. Available from: <http://www.osteopathie.org/100-l-osteopathie-dans-le-reste-du-monde.html>
34. Dosquet DP, Blanchard N, Couvineau N, Fagnani F, Gedda M, Gadenne S. Étude documentaire sur les professions d'ostéopathe et de chiropracteur en Europe: Belgique, Royaume Uni, Suède, Suisse. [cited 2015 Jun 4]; Available from: https://afosteo.org/resources/files/etude_doc_osteopathe_chiropracteur.pdf
35. BONTOUX D, COUTURIER D, MENKÈS C-J. THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES-acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi-leur place parmi les ressources de soins. Académie Natl Médecine 05 Mars 2013 [Internet]. 2013 [cited 2015 Jun 4]; Available from: http://www.blog-acupuncture.com/Base_connaissances/4.rapport-Th%C3%A9rapies-compl%C3%A9mentaires1.pdf
36. Gross A, Miller J, D'Sylva J, Burnie SJ, Goldsmith CH, Graham N, et al. Manipulation or Mobilisation for Neck Pain. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2010 [cited 2015 Aug 9]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004249.pub3/abstract>
37. Haute Autorité de Santé, others. Lombalgies communes de moins de trois mois - RPC 2000 - Recommandations. 2000 février;
38. Haute Autorité de Santé. Masseur-kinésithérapeute dans les cervicalgies communes et dans le cadre du « coup du lapin » ou whiplash. 2003.
39. Fawkes C, Leach J, Mathias S, Moore AP. The standardised data collection project. 2010 [cited 2015 Aug 9]; Available from: http://about.brighton.ac.uk/sohp/research/publications/SDC_final_report_2011.pdf
40. Prévalence et prise en charge de la douleur en médecine générale [Internet]. EM-Consulte. [cited 2015 Jul 22]. Available from: <http://www.em-consulte.com/article/81878/article/prevalence-et-prise-en-charge-de-la-douleur-en-med>
41. Landurier G. Rapport OSEOstéo Ostéopathes Exclusifs 2012. 2012.
42. Bezard L. Rapport OSEOstéo Médecins Ostéopathes 2011. 2011.
43. La durée des séances des médecins généralistes.pdf. DREES; 2006.

44. Revenus des Médecins Ostéopathes en 2011. Observatoire socio-économique de l'Ostéopathie;
45. Barry C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. Inserm U669 [Internet]. 2012 [cited 2015 Jun 4]; Available from: <http://www.inserm.fr/layout/set/print/content/download/75074/592913/version/1/fil%20e/Ost%20op%20athie.pdf>
46. Communiqué de presse : Trop d'ostéos : l'UFOF tire la sonnette d'alarme. UFOF; 2011.
47. AFFECTATIONS DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE REÇUS AUX ECN* 2014. ARS Ile de France; 2015.
48. Rolle G, Tremolizzo L, Somalvico F, Ferrarese C, Bressan LC. Pilot trial of osteopathic manipulative therapy for patients with frequent episodic tension-type headache. *J Am Osteopath Assoc*. 2014 Sep;114(9):678–85.
49. Canter PH, Coon JT, Ernst E. Cost-Effectiveness of Complementary Therapies in the United Kingdom—A Systematic Review†. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2006 Dec;3(4):425–32.
50. Tsertsvadze A, Clar C, Court R, Clarke A, Mistry H, Sutcliffe P. Cost-Effectiveness of Manual Therapy for the Management of Musculoskeletal Conditions: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Evidence From Randomized Controlled Trials. *J Manipulative Physiol Ther*. 2014 Jul;37(6):343–62.
51. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. 2000.
52. GRELLIER P. Sciatique, cruralgie et canal lombaire étroit neuro chir.pdf [Internet]. Campus de Neurochirurgie; 2009. Available from: <http://campus.neurochirurgie.fr/spip.php?article385>
53. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendelft WJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain. In: The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2011 [cited 2015 Jul 19]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008112.pub2>
54. Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ? (Note d'analyse 290 - Octobre 2012) [Internet]. [cited 2015 Jun 4]. Available from: <http://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/quelle-reponse-des-pouvoirs-publics-lengouement-pour-les-medecines-non-conventionnelles-note.html>
55. Dobson D, Lucassen PL, Miller JJ, Vlieger AM, Prescott P, Lewith G. Manipulative therapies for infantile colic. In: The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cited 2015 Jul 19]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004796.pub2>

56. Brisard V, Guillaume J-P. Traitement ostéopathique du colopathe fonctionnel. Etude prospective, randomisée en simple aveugle, versus placebo [Internet]. 1999. Available from: <http://www.entretiens-internationaux.mc/guillaumef.htm>
57. Ernst E. Towards Quality in Complementary Health Care: is the German “Heilpraktiker” a Model for Complementary Practitioners? *Int J Qual Health Care*. 1996 Jan 1;8(2):187–90.
58. Emission France 5 Allo docteur sur l’Ostéopathie du 18/03/2010 [Internet]. [cited 2015 Aug 12]. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=J8u_tO8_-jk
59. Mouchette A. Evaluation de la prise en charge d’un adulte souffrant d’une épaule douloureuse non traumatique en médecine générale conventionnelle versus médecine manuelle-ostéopathie. *Revue de Littérature*. Lorraine; 2015.
60. Loudon JK, Reiman MP, Sylvain J. The efficacy of manual joint mobilisation/manipulation in treatment of lateral ankle sprains: a systematic review. *Br J Sports Med*. 2014 Mar;48(5):365–70.
61. General Osteopathic Council. Findings of a survey conducted for the General Osteopathic Council [Internet]. 2006. Available from: <http://www.osteopathy.org.uk/news-and-resources/document-library/research-and-surveys/public-awareness-survey-2006-findings/>

ANNEXES

Annexe 1 : Première partie du questionnaire

Étude comparative des indications d'ostéopathie des médecins généralistes et de celles retenues par les praticiens ostéopathes Lorrains.

Thèse de médecine générale de Guillaume Humbert, Faculté de médecine de Nancy

Vous êtes :

- ☐ Médecin généraliste non diplômé en ostéopathie
- ☐ Médecin diplômé en ostéopathie
- ☐ Kinésithérapeute diplômé en ostéopathie
- ☐ Ostéopathe Exclusif

Annexe 2 : Partie adressée aux médecins généralistes non diplômé d'ostéopathie

Étude comparative des indications d'ostéopathie des médecins généralistes et de celles retenues par les praticiens ostéopathes Lorrains.

Dans votre pratique, orientez-vous vos patients vers un professionnel de l'ostéopathie?
Dans le cas où vous ne retrouvez aucune contre-indication.

- ☐ Oui
- ☐ Non

Dans votre pratique, quelles sont les 5 principales indications que vous adressez à un ostéopathe en termes d'efficacité?

Que ce soit un médecin ostéopathe, un kiné ostéopathe ou un ostéopathe exclusif.

Vous pouvez cocher entre 1 et 5 indications si vous en retenir moins de 5.

- ☐ Torticolis
- ☐ Cervicalgie aiguë
- ☐ Névralgie cervico-brachiale
- ☐ Dorsalgie
- ☐ Névralgies intercostales
- ☐ Lumbago
- ☐ Lombosciatique
- ☐ Coccygodynie
- ☐ Douleurs chroniques rachidiennes
- ☐ Douleurs projetées d'origine rachidienne
- ☐ Arthrose débutante

- ☐ Arthropathies périphériques (membres supérieurs et inférieurs)
- ☐ Migraines
- ☐ Céphalées
- ☐ Névralgie d'Arnold
- ☐ Troubles de la posture
- ☐ Colopathies
- ☐ Reflux gastro-œsophagien adulte
- ☐ Plagiocéphalie et/ou torticoli du nourrisson
- ☐ Reflux gastro-œsophagien et coliques du nourrisson
- ☐ Trouble du sommeil du nourrisson
- ☐ Pathologies ORL répétés de l'enfant (Otite, sinusites...)
- ☐ Syndrome dépressif majeur
- ☐ Fibromyalgie
- ☐ Anxiété
- ☐ Lombosciatique périnatale
- ☐ Troubles gynécologiques
- ☐ Troubles urinaires
- ☐ Syndrome algo dysfonctionnel de l'appareil manducateur
- ☐ Vertiges
- ☐ Acouphènes

Annexe 3 : Partie adressée aux professionnels ostéopathes

Quelles sont les 5 meilleures indications d'ostéopathie en termes d'efficacité?
 Vous pouvez cocher entre 1 et 5 indications si vous en retenir moins de 5.

- ☐ Torticoli
- ☐ Cervicalgie aiguë
- ☐ Névralgie cervico-brachiale
- ☐ Dorsalgie
- ☐ Névralgies intercostales
- ☐ Lumbago
- ☐ Lombosciatique
- ☐ Coccygodynie
- ☐ Douleurs chroniques rachidiennes
- ☐ Douleurs projetées d'origine rachidienne
- ☐ Arthrose débutante
- ☐ Arthropathies périphériques (membres supérieurs et inférieurs)
- ☐ Migraines
- ☐ Céphalées
- ☐ Névralgie d'Arnold
- ☐ Troubles de la posture
- ☐ Colopathies

- ☐ Reflux gastro-œsophagien adulte
- ☐ Plagiocéphalie et/ou torticoli du nourrisson
- ☐ Reflux gastro-œsophagien et coliques du nourrisson
- ☐ Trouble du sommeil du nourrisson
- ☐ Pathologies ORL répétées de l'enfant (Otite, sinusites...)
- ☐ Syndrome dépressif majeur
- ☐ Fibromyalgie
- ☐ Anxiété
- ☐ Lombosciatique périnatale
- ☐ Troubles gynécologiques
- ☐ Troubles urinaires
- ☐ Syndrome algo dysfonctionnel de l'appareil manducateur
- ☐ Vertiges
- ☐ Acouphènes

Quelle proportion de votre patientèle d'ostéopathie vous est adressée par un médecin généraliste? (autre que vous même si vous êtes médecin ostéopathe)

- ☐ 0 - 25%
- ☐ 25 - 50%
- ☐ 50- 75%
- ☐ 75 – 100%

Annexe 4 : Analyse bivariable des indications d'ostéopathies par tous les professionnels interrogés

INDICATIONS	Médecins Généralistes		Médecins Ostéopathes		Kinésithérapeutes Ostéopathes		Ostéopathes Exclusifs		Comparaison MG/MO/KO/OE
	N	%	N	%	N	%	N	%	p
Lumbago	125	85,6%	34	65,4%	48	71,6%	36	69,2%	0.0051
Cervicalgie aiguë	98	67,1%	27	51,9%	38	56,7%	24	46,2%	0.0327
Dorsalgie	96	65,8%	28	53,8%	31	46,3%	11	21,2%	<0,0001
Douleurs chroniques rachidiennes	75	51,4%	28	53,8%	15	22,4%	12	23,1%	<0,0001
Arthropathies périphériques (membres supérieurs et inférieurs)	38	26,0%	13	25,0%	28	41,8%	11	21,2%	0.0470
Plagiocéphalie et/ou torticoli du nourrisson	23	15,8%	3	5,8%	25	37,3%	23	44,2%	<0,0001*
Douleurs projetées d'origine rachidienne	19	13,0%	32	61,5%	10	14,9%	8	15,4%	0.0470
Lombosciatique	16	11,0%	10	19,2%	12	17,9%	21	40,4%	<0,0001
Reflux gastro-œsophagien et coliques du nourrisson	14	9,6%	7	13,5%	15	22,4%	22	42,3%	<0,0001
Névralgie cervico-brachiale	8	5,5%	2	3,8%	8	11,9%	5	9,6%	0.2468*
Trouble du sommeil du nourrisson	8	5,5%	1	1,9%	8	11,9%	7	13,5%	0.0502*
Colopathies	7	4,8%	1	1,9%	21	31,3%	16	30,8%	<0,0001*
Céphalées	6	4,1%	23	44,2%	9	13,4%	16	30,8%	<0,0001
Migraines	6	4,1%	4	7,7%	7	10,4%	5	9,6%	0.2319*
Anxiété	6	4,1%	0	0,0%	3	4,5%	2	3,8%	0.5432*
Névralgie d'Arnold	5	3,4%	8	15,4%	7	10,4%	4	7,7%	0.0230*
Troubles de la posture	5	3,4%	4	7,7%	2	3,0%	1	1,9%	0.5230*
Torticoli	3	2,1%	8	15,4%	9	13,4%	5	9,6%	0.0008*
Lombosciatique périnatale	3	2,1%	3	5,8%	9	13,4%	13	25,0%	<0,0001*
Névralgies intercostales	2	1,4%	6	11,5%	4	6,0%	3	5,8%	0.0136*
Coccygodynie	2	1,4%	2	3,8%	0	0,0%	0	0,0%	0.2954*
Arthrose débutante	2	1,4%	1	1,9%	2	3,0%	1	1,9%	0.9315*
Reflux gastro-œsophagien adulte	1	0,7%	2	3,8%	4	6,0%	3	5,8%	0.0480*
Vertiges	1	0,7%	2	3,8%	4	6,0%	3	5,8%	0.0480*
Syndrome algo dysfonctionnel de l'appareil manducateur	1	0,7%	2	3,8%	4	6,0%	2	3,8%	0.0637*
Troubles gynécologiques	1	0,7%	0	0,0%	3	4,5%	3	5,8%	0.0497*
Fibromyalgie	0	0,0%	2	3,8%	1	1,5%	0	0,0%	0.0775*
Pathologies ORL répétées de l'enfant (Otitite, sinusites...)	0	0,0%	0	0,0%	2	3,0%	2	3,8%	0.0464*
Syndrome dépressif majeur	0	0,0%	0	0,0%	1	1,5%	0	0,0%	0.5394*
Acouphènes	0	0,0%	0	0,0%	1	1,5%	0	0,0%	0.5394*
Troubles urinaires	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1*

*test exact de Fisher

Annexe 5 : Analyse bi variée des indications d'ostéopathies par les professionnels Ostéopathes uniquement

INDICATIONS	Médecins Ostéopathes		Kinésithérapeutes Ostéopathes		Ostéopathes Exclusifs		Comparaison MO/KO/OE
	N	%	N	%	N	%	P
Lumbago	34	65,4%	48	71,6%	36	69,2%	0.7642
Cervicalgie aiguë	27	51,9%	38	56,7%	24	46,2%	0.5196
Dorsalgie	28	53,8%	31	46,3%	11	21,2%	0.0016
Douleurs chroniques rachidiennes	28	53,8%	15	22,4%	12	23,1%	0.0003
Arthropathies périphériques (membres supérieurs et inférieurs)	13	25,0%	28	41,8%	11	21,2%	0.0313
Plagiocéphalie et/ou torticoli du nourrisson	3	5,8%	25	37,3%	23	44,2%	<0,0001*
Douleurs projetées d'origine rachidienne	32	61,5%	10	14,9%	8	15,4%	<0,0001
Lombosciatique	10	19,2%	12	17,9%	21	40,4%	0.0098
Reflux gastro-œsophagien et coliques du nourrisson	7	13,5%	15	22,4%	22	42,3%	0.0025
Néuralgie cervico-brachiale	2	3,8%	8	11,9%	5	9,6%	0.3038*
Trouble du sommeil du nourrisson	1	1,9%	8	11,9%	7	13,5%	0.0689*
Colopathies	1	1,9%	21	31,3%	16	30,8%	<0,0001*
Céphalées	23	44,2%	9	13,4%	16	30,8%	0.0009
Migraines	4	7,7%	7	10,4%	5	9,6%	0.9455*
Anxiété	0	0,0%	3	4,5%	2	3,8%	0.3851*
Néuralgie d'Arnold	8	15,4%	7	10,4%	4	7,7%	0.5087*
Troubles de la posture	4	7,7%	2	3,0%	1	1,9%	0.3827*
Torticoli	8	15,4%	9	13,4%	5	9,6%	0.6691
Lombosciatique périnatale	3	5,8%	9	13,4%	13	25,0%	0.0248*
Néuralgies intercostales	6	11,5%	4	6,0%	3	5,8%	0.5801*
Coccygodynie	2	3,8%	0	0,0%	0	0,0%	0.1824*
Arthrose débutante	1	1,9%	2	3,0%	1	1,9%	1*
Reflux gastro-œsophagien adulte	2	3,8%	4	6,0%	3	5,8%	0.9158*
Vertiges	2	3,8%	4	6,0%	3	5,8%	0.9158*
Syndrome algo dysfonctionnel de l'appareil manducateur	2	3,8%	4	6,0%	2	3,8%	0.8171*
Troubles gynécologiques	0	0,0%	3	4,5%	3	5,8%	0.3210*
Fibromyalgie	2	3,8%	1	1,5%	0	0,0%	0.4979*
Pathologies ORL répétés de l'enfant (Otite, sinusites...)	0	0,0%	2	3,0%	2	3,8%	0.5574*
Syndrome dépressif majeur	0	0,0%	1	1,5%	0	0,0%	1*
Acouphènes	0	0,0%	1	1,5%	0	0,0%	1*
Troubles urinaires	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1*

*test exact de Fisher

Annexe 6 : Tableau de regroupement des indications

Les indications ostéo-articulaires	Les indications pédiatriques et obstétriques	Les indications céphalés	Les indications viscérales	Les indications ORL
Lumbago	Reflux gastro-œsophagien et coliques du nourrisson	Céphalées	Reflux gastro-œsophagien adulte	Vertiges
Douleurs projetées d'origine rachidienne	Plagiocéphalie et/ou torticoli du nourrisson	Névralgie d'Arnold	Colopathies	Syndrome algo dysfonctionnel de l'appareil manducateur
Dorsalgie	Trouble du sommeil du nourrisson	Migraines	Troubles gynécologiques	Acouphènes
Douleurs chroniques rachidiennes	Pathologies ORL répétés de l'enfant (Otite, sinusites...)		Troubles urinaires	
Cervicalgie aiguë	Lombosciatique périnatale			
Arthropathies périphériques (membres supérieurs et inférieurs)				
Lombosciatique				
Torticoli				
Névralgies intercostales				
Troubles de la posture				
Névralgie cervico-brachiale				
Coccygodynie				
Arthrose débutante				

VU

NANCY, le 14 septembre 2015
Le Président de Thèse

NANCY, le 17 septembre 2015
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Bruno CHENUEL

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 8041

NANCY, le 21 septembre 2015

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,
Par délégation le Vice-Président

Martial DELIGNON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

L'ostéopathie bénéficie d'un intérêt grandissant de la part de différents professionnels. Les médecins généralistes sont en première ligne pour informer les patients sur cette médecine alternative. Ce titre se partageant entre différents professionnels de tous ordres, nous avons voulu savoir si leurs opinions sur les meilleures indications d'ostéopathie étaient en adéquation avec celles des médecins généralistes. **Méthode :** Étude transversale descriptive par comparaison d'opinion de quatre groupes de professionnels lorrains : Médecins généralistes (MG), Médecins ostéopathes (MO), Kinésithérapeutes ostéopathes (KO) et Ostéopathes exclusifs (OE). **Résultats :** Tous les professionnels retiennent les indications de lumbago et de cervicalgies aiguës parmi les cinq premières indications. Les professionnels de santé (MG, MO, KO) s'accordent sur les indications articulaires rachidiennes aiguës et chroniques et articulaires périphériques. Les MO sont les plus en accord avec les études de forte puissance en intégrant aussi dans leurs premières réponses les céphalées. Les OE aussi, mais ils retiennent beaucoup plus les indications pédiatriques et la colopathie qui manquent toutes de preuves scientifiques. Les MG se limitent essentiellement aux indications rachidiennes aiguës et chroniques pour plus de 50% de leurs réponses et ils sont 85.9% à utiliser l'ostéopathie comme thérapie. **Conclusion :** Les MG indiquent l'ostéopathie comme une grande partie des professionnels de l'ostéopathie en suivant en partie les études de fortes puissances. L'ostéopathie est encore jeune et doit bénéficier d'études de haut niveau de preuves, car les opinions divergent tout de même entre les professionnels de l'ostéopathie alors que cette thérapie connaît un essor très important en France ces dernières années.

TITRE : Comparative analysis of the best indications of osteopathy mentioned between the general practitioners and three major professionals of osteopathy of Lorraine.

THÈSE : MEDECINE GENERALE – ANNÉE 2015

MOTS-CLEFS : Médecine complémentaire et alternative, Médecine manuelle - Ostéopathie, Médecine générale, Comparaison d'opinion, Indications d'ostéopathie

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY Cedex
