

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER  
FACULTÉS DE MÉDECINE

---

ANNÉE 2016

2016 TOU3 1029

THÈSE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
Spécialité MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

par

Cécile MIGNON LE VAILLANT

Le 14 avril 2016

**Ostéopathie et Lombalgie aiguë commune : Connaissances  
et intérêt des internes de médecine générale en Midi-Pyrénées**

Directrice de thèse : Dr Anne-Lise YVERNES

**JURY**

Monsieur le Professeur MARQUE Président

Monsieur le Professeur STILLMUNKES Assesseur

Monsieur le Docteur GASQ Assesseur

Monsieur le Docteur IZARD Assesseur

Madame le Docteur YVERNES, Assesseur

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2015**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FORTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

**Professeurs Émérites**

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

<b>P.U. - P.H.</b> Classe Exceptionnelle et 1ère classe		<b>P.U. - P.H.</b> 2ème classe	
M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
		<b>P.U.</b>	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale

**P.U. - P.H.**  
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

**P.U. - P.H.**  
2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROSTAING Lionel (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Toxicologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme MAZEREUEW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

Professeur Associé de Médecine Générale  
Pr VIDAL Marc  
Pr STILLMUNKES André  
Professeur Associé en O.R.L  
Pr WOISARD Virginie

<b>M.C.U. - P.H.</b>		<b>M.C.U. - P.H</b>	
M. APOIL Poi Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	M. GASQ David	Physiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	Mme LEOBON Céline	Cytologie et histologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
M. MONTOYA Richard	Physiologie	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	M. RIMALHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB Janie	Biochimie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie		
M. TAFANI Jean-André	Biophysique		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement		
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire		
			<b>M.C.U.</b>
		M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
		Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry  
Dr ABITTEBOUL Yves  
Dr CHICOULAA Bruno  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel  
Dr BOYER Pierre  
Dr ANE Serge

## **Remerciements**

Au Professeur Marque

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury. Vos qualités de médecin rééducateur vous rendent à même de juger ce travail.

Au Professeur Stillmunkes

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail en acceptant de le juger.

Au Dr David Gasq

Merci David d'avoir accepté de juger ce travail. En tant que responsable du DIU de Médecine Manuelle-Ostéopathie, ton avis était primordial. Voilà le résultat d'un travail qui avait commencé à germer il y a quelques années, qui a évolué et s'est un peu écarté de l'idée de départ... Merci à toi de m'avoir aidé à démarrer et à rebondir plusieurs fois.

Au Dr Philippe Izard

Philippe, je te remercie d'avoir accepté spontanément de juger mon travail et d'être à mes côtés ce jour là. Merci d'avoir toujours répondu présent pour m'aider à construire mon étude... Merci pour ton entrain et tes blagues... Je suis heureuse d'avoir croisé ta route.

Au Dr Anne-Lise Yvernès

Merci à toi, Anne-Lise, d'avoir accepté il y a longtemps de diriger ce travail. Merci pour ta patience, tes conseils avisés, ton soutien et ton écoute... Merci d'y avoir cru depuis le début et de m'avoir fait y croire.

A Pierre-Yves pour ta patience (!), à Gustave pour tes sourires... Et à l'île qui nous attend.

A mes parents : pour votre soutien, votre écoute, votre optimisme et votre tolérance... Merci pour les plantes, algues et recettes de guérisseuse !

A mes grands-parents :

François que je n'ai pas eu le temps de bien connaître, Marie-Thérèse,

Pa que j'admire depuis toujours et qui m'a ouvert la voie, Ma pour ta sagesse, ton optimisme et ton écoute. Merci pour cette grande famille que vous nous avez offerte.

À mon grand frère Benoit, et à Marie, Mathilde, Maël et Basile,

A mes frères loups Antoine et Arthur, et à Rosalie, Merlin et Théodore,

A Etienne, merci à l'oncle d'Afrique d'avoir gardé Monsieur Gus' et de nous avoir cuisiné de bons petits plats,

A ma petite sœur préférée : Marianne. May et sa vie d'artiste, son art de vivre...

A la famille Le Vaillant :

A mes oncles et tantes : Luc et Dominique, Jean-Baptiste et Isabelle, Pierre et Cathy, Yves-Marie et Anne, Claire et Jean-Bernard. Merci pour votre soutien, merci à Claire pour la traduction et à Isabelle pour la logistique ! Merci à Maryse. Merci pour tous ces bons moments au Fort tous ensemble.

Merci à Claire et Jean-Bernard pour le petit nid familial de Pau...

A mes cousins et cousines : Arthur, Pol, Manon, Anaëlle, Raphaëlle, Mathieu, Jean-Baptiste le petit (le filleul de tata la marraine), François, Elouan, Yann et Gabriel. Merci pour la guitare, les expéditions en planche, kayak, bateau, et les baignades à l'ouest.

Au Fort et aux amis du Fort : A Florent, Merci cousin ! À Cécile et Cécile, aux Andrieu, aux Lobut, à Coline, aux Bouchardeau, aux Marion... à nos aventures à l'île de Batz !

A Annie qui aurait aimé être là.

A la famille Guillou Ferdinand, Colette, Jacqueline et Pierre. A tous les cousins cousines... pour les pique-niques à Santec.

A ma belle famille : Bernard, Armelle, Perrine et Mael, et Martin. Merci pour votre accueil, votre soutien, et votre mac !

Aux amis d'enfance : Kévin, Estelle, Gaëlle, Anne-Laure, Alicia...

Au festival « De la boue sur les sabots », au comité directeur et amis du festival : Tof, Ju, Cam's, Marie-Charlotte, Marie Lulu, Seb, Mick de Mick et Yo, Yo de Mick et Yo, Anne-Sophie, Thomas, Erell, Antoine, Lucile, Maria, Camille, Coraline, et Martin de loin...

A Ronan et nos épopées marines, à l'Irlande, aux Scilly, à la Galice qu'on a jamais vue... au Spi éclaté dans le rail d'Ouessant.

A Erell pour ton amitié (...et tes conseils!). Aux Letty et Quénach De Quivillic pour tous ces bons moments familiaux.

A Leïla et Mélanie pour notre amitié et votre soutien, à Camille-Charlotte, à Antonin, Vincent et à Pierre et Lulu, à Elsa, Christophe, Elijah, Swan et Loup...pour ces moments Toulousains et Pyrénéens qui nous manqueront mais qu'on viendra retrouver!

A Mélanie et Vincent sur leurs vélos... A Max et Madoo, à JC et Marie-Christine pour ces fabuleux week-end à Gerde, et sur nos vélo dans les col d'Aspin et du Tourmalet...

A l'équipe d'ostéo , Florence (merci pour les révisions ! Et pour cette aventure au CREPS!) et Charlotte, Sabrina et à Seb pour tes blagues...et tes conseils ! Aux maîtres d'ostéopathie rencontrés pendant ce DIU.

Aux amis rencontrés pendant l'internat : les deux Hélène (Soufflette et Jouin's), Sophie et Jean, Hugues à Purpan et à Villeuf, Bénédicte, Maria ma chintok, Duc et Hugo à Saint

Gaudens, Marie c'est le fourgon, Manu et Laurane à Villeuf, Aurelien en podologie du sport.

A Cécile et à notre stage aux urgences de Naplouse, à notre voyage en Cisjordanie et en Israël.

Aux amis rencontrés sur la route : David et Calissia, Roberta et Alessandro pendant l'année d'Erasmus à la Cattolica del Sacro Cuore a Roma, Adrien et Cécile Michon, Bounta, Gou et Sou dans le service de maladies infectieuses de Vientiane.

Aux gars des huitres et à Romich.

A Josiane et au yoga.

A Aude Fribourg-Blanc pour mon premier remplacement.

A Villefranche de Rouergue où j'ai passé un an de mon internat avec plaisir, une seconde maison: Michel, Véro et toute l'équipe de médecine... A Mme Rakotonarivo pour mon premier stage d'internat... Merci pour votre enseignement et votre gentillesse.

A mes Maîtres de médecine générale :

Le premier : Jean-Michel et les bons repas de Marie-Christine (Mathurine) le midi, le second : Gilles et les réunions au sommet du mardi matin, le troisième : Philippe qui a su me donné confiance et m'a lancé en médecine générale.

A Brigitte et la famille Verrez pour leur accueil Nord Aveyronnais.

A Catherine Rubion qui m'a donné envie de prendre soins des gens avec mes mains.

A Madeleine pour sa relecture et son aide précieuse pendant les remplacements à Foix.

A Evelyne la nounou sans qui les thèses ne seraient pas terminées.

## **Abréviations**

AIMG-MP	Association des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées
ANAES	Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
COST B13	Cooperation in field of scientific and technical research
DDIM	Dysfonction douloureuse intervertébrale mineure
DES	Diplôme d'étude spécialisée
DIU	Diplôme Inter-Universitaire
DUMG	Département universitaire de médecine générale
LNS	Lombalgie non spécifique
MMO	Médecine manuelle-ostéopathie
OMS	Organisation mondiale de la santé
SAE	Stage ambulatoire effectué
SANE	Stage ambulatoire non effectué
TCEM1	Troisième cycle d'étude médicale 1ère année
TCEM2	Troisième cycle d'étude médicale 2ème année
TCEM3	Troisième cycle d'étude médicale 3ème année

# **Table des matières**

<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>12</b>
<b>2. MATERIEL ET METHODE</b>	<b>14</b>
2.1. Objectifs de l'étude	14
2.2. Type d'étude	14
2.3. Population de l'étude	14
2.4. Questionnaire	15
2.5. Comité éthique	16
2.6. Durée de l'enquête et recueil des données	16
2.7. Méthode d'analyse statistique des données	16
<b>3. RESULTATS</b>	<b>17</b>
3.1. Taux de réponse et caractéristiques de l'échantillon	17
3.2. Satisfaction concernant leur prise en charge de la lombalgie aiguë commune	17
3.3. Connaissances	19
3.4. Intérêt et limites à la proposition d'une prise en charge ostéopathique	22
<b>4. DISCUSSION</b>	<b>26</b>
4.1. Synthèse des résultats principaux	26
4.2. Critiques de l'étude	26
4.3. Interprétation des résultats	28
<b>5. CONCLUSION</b>	<b>33</b>
<b>6. BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>34</b>
<b>7. ANNEXES</b>	<b>37</b>

# **1. Introduction**

La lombalgie est définie comme une « douleur lombo-sacrée à hauteur des crêtes iliaques ou plus bas (pli fessier), médiane ou latéralisée, avec possibilité d'irradiation ne dépassant pas le genou mais avec prédominance de la douleur lombosacrée.»(1)

La lombalgie aiguë est définie par un épisode de moins de 6 semaines(2).

La lombalgie commune ou non spécifique (LNS) est un symptôme pouvant répondre à la souffrance mécanique de structures rachidiennes et péri rachidiennes diverses(3) sans que l'origine anatomique et les mécanismes en cause dans la genèse des phénomènes douloureux ne soient toujours bien individualisés. Ainsi, elle ne peut pas être liée à un processus pathologique caractérisé et évolutif d'ordre tumoral, infectieux, inflammatoire, traumatique sévère, ostéoporotique ou neurologique déficitaire (syndrome radiculaire ou syndrome de la queue de cheval).

En France, la lombalgie est un problème majeur de Santé Publique.

55 % de la population française, dans la tranche d'âge 30-64 ans, connaît un épisode de lombalgie dans les 12 mois précédents (4). Ce serait, selon l'observatoire de la médecine générale en 2009, le huitième motif de consultation, soit 6,9 % des consultations (5). En soins primaires, environ 85 % des lombalgies sont des lombalgies communes (2).

Les lombalgies communes ont une évolution favorable dans la majorité des cas. Environ 90 % des épisodes lombalgiques guérissent en moins de 4 à 6 semaines (2). La lombalgie devient chronique dans 5 % des cas (6).Le poids socio-économique repose sur cette minorité de patients évoluant vers la chronicité. En effet, la lombalgie chronique serait à l'origine de 85 % des coûts médicaux directs et indirects de toutes les lombalgies (7). En 2003, en France, le coût financier médical direct était évalué à 1,4 milliard d'euros avec des coûts indirects évalués entre 5 et 10 fois plus (8).

La prise en charge d'une lombalgie aiguë doit donc être précoce et maximale dès les premières semaines pour réduire le risque de passage à la chronicité (9). Les recommandations européennes (COST B13) en matière de prévention et de prise en charge de la lombalgie non spécifique (2) rappellent les objectifs principaux du traitement des LNS. Le recours aux manipulations doit être considéré pour les patients souffrant de lombalgie commune ne pouvant pas reprendre leurs activités quotidiennes. Selon les recommandations de l'ANAES en 2000, les manipulations rachidiennes ont un intérêt à court terme dans la lombalgie aiguë (grade B) (10).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « l'ostéopathie consiste, dans une compréhension globale du patient, à prévenir, diagnostiquer et traiter manuellement les

dysfonctions de mobilité des tissus du corps humain susceptible d'en altérer l'état de santé ». La médecine manuelle-ostéopathie (MMO) de R.Maigne permet, dès 1969, la description d'une nouvelle sémiologie. Ceci permettra le développement de l'enseignement et de la recherche clinique. R.Maigne décrit ainsi, une entité clinique reproductible, la Dysfonction Douleuruse Intervertébrale Mineure (DDIM). Il la définit comme « une dysfonction douloureuse et bénigne du segment vertébral, de nature mécanique et réflexe, ayant tendance à être autoentretenu. Elle est réversible, parfois spontanément, le plus souvent par manipulation ou traitement approprié. Le segment concerné est habituellement indemne de lésions objectivables. Elle est la conséquence d'efforts, de faux mouvements, de mauvaises positions, etc » (11).

La DDIM est la cause la plus fréquente des douleurs communes d'origine vertébrale. Selon une étude menée par R.Maigne sur 500 cas, la lombalgie basse dont l'origine est une DDIM dorsolombaire (T12-L1) représentait 30 % des cas totaux de lombalgie commune (12). Nous nous servirons donc de l'entité clinique apportée par la MMO pour évaluer les connaissances des internes dans notre étude.

Une étude de Little et al (13) publiée dans le BMJ montrait que les médecins généralistes étaient peu satisfaits de leur prise en charge de la lombalgie aiguë commune (médiane de 5,1/10).

Par ailleurs, une étude menée auprès de médecins généralistes de Midi-Pyrénées (14) montrait qu'ils avaient recours aux manipulations dans la prise en charge de la lombalgie aiguë commune mais qu'ils étaient insuffisamment formés sur l'ostéopathie et les manipulations vertébrales. Une autre étude auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique (15) montrait qu'ils souhaitaient une formation intégrée aux études médicales ou en post internat pour les aider à adresser leurs patients à l'ostéopathe dans de bonnes conditions. Très peu d'études s'intéressent aux internes de médecine générale.

Après avoir participé au Diplôme inter universitaire (DIU) de MMO, j'ai constaté que ma prise en charge de la lombalgie aiguë commune en médecine générale avait évolué et me satisfaisait d'avantage. Beaucoup d'amis internes de médecine générale ou remplaçants m'ont fait part de leur insatisfaction et de leur souhait d'être d'avantage formés sur ces notions sans pour autant vouloir participer à un DIU de MMO.

L'objectif principal de ce travail était donc d'évaluer les connaissances et l'intérêt des internes de médecine générale en Midi-Pyrénées, concernant le recours à l'ostéopathie dans la prise en charge de la lombalgie aiguë commune.

L'objectif secondaire était de recenser leur besoin de formation dans ce domaine.

## **2. Matériel et méthode**

### **2.1. Objectifs de l'étude**

Les objectifs de cette étude étaient de faire l'état des lieux des connaissances et de l'intérêt des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant le recours à l'ostéopathie dans la prise en charge de la lombalgie aiguë commune et d'évaluer secondairement leur besoin de formation dans ce domaine.

### **2.2. Type d'étude**

Cette étude épidémiologique, descriptive et transversale, portait sur un échantillon d'internes de médecine générale de Midi-Pyrénées. Elle a été réalisée sur une période de 3 semaines, du 13 janvier 2016 au 3 février 2016.

### **2.3. Population de l'étude**

Les internes inscrits au Diplôme d'Etude Spécialisée (DES) de médecine générale de Midi-Pyrénées pour l'année 2015-2016 et adhérents à l'Association des Internes de Médecine Générale de Midi-Pyrénées (AIMG-MP), composaient la population de cette étude.

La durée de formation des internes de médecine générale étant de trois ans (16), nous nous sommes intéressés aux étudiants des trois niveaux du Troisième cycle des Etudes Médicales (TCEM): TCEM1, TCEM2 et TCEM3.

L'AIMG-MP a établi un listing des mails de ses adhérents. La plupart des étudiants y adhèrent. Nous avons donc décidé d'interroger les adhérents à l'AIMG-MP car la mailing list était accessible et nous avons ainsi accès à un maximum de coordonnées d'internes.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Adhérer à l'AIMG-MP durant l'année 2015-2016
- Appartenir à l'un des niveaux du TCEM de médecine générale : TCEM1, TCEM2 ou TCEM3.

Il n'y avait pas de critères d'exclusion.

La population des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées était composée de 506 internes dont 475 adhérents à l'AIMG-MP qui constituait ainsi notre échantillon.

## **2.4. Questionnaire**

Le questionnaire (Annexe 1) se présentait sous la forme d'un auto-questionnaire informatique. Il contenait :

- 18 questions dont 3 questions filtres
- 16 questions fermées : 7 à choix simultanés où plusieurs réponses étaient possibles, et 6 questions où figurait une proposition « Autre » permettant d'identifier un phénomène non anticipé lors de la réalisation du questionnaire.
- 2 questions ouvertes.
- Une question intitulée « Commentaires libres » était proposée à titre facultatif à la fin du questionnaire afin de permettre à l'interne de s'exprimer librement sur le sujet.

Le questionnaire était composé de 3 parties.

La première partie : « Formation initiale de l'interne » permettait de déterminer la situation étudiante actuelle de l'interne et d'enquêter sur leur satisfaction concernant la prise en charge de la lombalgie commune et la formation dans ce domaine.

La seconde : « Ostéopathie et lombalgie commune » était une évaluation de leurs connaissances concernant la notion de DDIM et l'examen clinique amenant à proposer une prise en charge ostéopathique. Leur intérêt pour cette option thérapeutique ainsi que leurs préférences quant au choix du professionnel de santé ostéopathe étaient également mesurées dans cette partie.

La troisième : « Intérêt d'une formation » mesurait l'intérêt de l'interne concernant la mise en place d'une formation sur le DDIM et sur l'ostéopathie en général.

Le questionnaire a été réalisé par l'intermédiaire de l'application web Google Forms<sup>®</sup> (17).

Il n'existait pas de questionnaire validé dans ce domaine. Nous avons donc soumis notre questionnaire à un pré-test sur un échantillon de 58 personnes de tout âge, sexe, profession, ce qui représentait un peu plus de 10 % de la population estimée. 25 réponses ont été recueillies correspondant à un taux de réponse de 43 %. L'échantillon ainsi obtenu correspondait à 5,2 % de l'effectif global (18). Les 25 réponses à ce pré-test nous ont permis d'arriver à saturation des données et ainsi d'apporter des ajustements nécessaires avant la diffusion du questionnaire aux internes de notre échantillon, et d'estimer le temps de passation de celui-ci.

Le temps de passation estimé était de moins de quatre minutes. Le questionnaire était accompagné d'un texte de diffusion expliquant brièvement l'étude et ses objectifs.

## **2.5. Comité éthique**

Nous avons reçu l'accord du comité éthique du Département Universitaire de Médecine générale (DUMG) pour le questionnaire de cette étude. L'anonymisation était assurée par le traitement des données via google forms mais les internes pouvaient nous transmettre leur adresse mail s'ils voulaient être tenus au courant des résultats de l'étude.

## **2.6. Durée de l'enquête et recueil des données**

Le temps de recueil des données était de trois semaines, du 13 janvier 2016 au 3 février 2016. Ce recueil de données a été entrepris grâce à l'application web google forms et les réponses ont été organisées par l'intermédiaire du logiciel Excel.

Le questionnaire a été auto administré par mail à la population cible par l'intermédiaire de la mailing liste de l'AIMG- MP.

Les relances étaient au nombre de deux : à J7 et à J15. Chaque nouvelle diffusion du questionnaire était accompagnée d'un texte encourageant à y répondre et rappelant brièvement l'objectif de l'étude.

## **2.7. Méthode d'analyse statistique des données**

La saisie des résultats et le traitement des données ont été réalisés sous Excel.

Le site d'analyses statistiques en ligne BiostaTGV nous a permis de réaliser certains tests statistiques. Le test de t de Student a été utilisé pour comparer les moyennes et le test exact de Fischer pour comparer les fréquences car certains effectifs étaient trop faibles (19). La p-value inférieure 0,05 était notre seuil de significativité.

Nous avons décidé d'analyser les résultats en comparant le groupe ayant effectué le stage ambulatoire de médecine générale et celui ne l'ayant pas encore effectué, car nous estimions que ce facteur pouvait être déterminant.

Il nous paraissait également intéressant de comparer les TCEM1, les TCEM2 et TCEM3 pour analyser leurs connaissances avant et après le cours sur le rachis dispensé par le DUMG au deuxième semestre de TCEM1.

### **3. Résultats**

#### **3.1. Taux de réponse et caractéristiques de l'échantillon**

Le questionnaire a été diffusé par mail aux 475 internes inscrits au DES de médecine générale de Midi-Pyrénées pour l'année 2015-2016 et adhérents à l'AIMG-MP. Nous avons recueilli 206 réponses, soit un taux de participation de 43,4 %.

202 réponses (42,5 %) ont pu être exploitées. 4 questionnaires n'ont pas été traités car ils étaient incomplets.

La situation des internes est détaillée dans le tableau 2. Notre échantillon comptait 202 internes inscrits au DES de médecine générale de Midi-Pyrénées pour l'année 2015-2016. L'externat avait été effectué à Toulouse pour 102 internes soit 50,5 %.

Les internes en stage ambulatoire de médecine générale au moment de l'enquête devaient cocher « stage ambulatoire effectué » dans notre questionnaire car nous avons estimé qu'en deux mois de stage ils avaient déjà eu un bon aperçu de la médecine générale et des pathologies rencontrées au quotidien.

	<b><u>TCEM1</u></b>		<b><u>TCEM2</u></b>		<b><u>TCEM3</u></b>		<b><u>Total</u></b>	
	n		n		n		n	
<b>Situation actuelle</b>	66	32,70%	60	29,70%	76	37,60%	202	100%
<b>Inscrit en DIU MMO</b>	0	0%	1	1,7%	1	1,3%	2	1%
<b>Inscrit en DESC (tout DESC)</b>	0	0,0%	0	0,0%	3	3,9%	3	1,50%
<b>Stage ambulatoire effectué ou en cours</b>	0	0%	51	85,0%	76	100%	127	62,90%
<b>Stage ambulatoire non effectué</b>	66	100%	9	15,0%	0	0%	75	37,10%

**Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon**

#### **3.2. Satisfaction concernant leur prise en charge de la lombalgie aiguë commune**

##### **3.2.1. Satisfaction sur la prise en charge de la lombalgie aiguë commune en**

## **consultation de médecine générale**

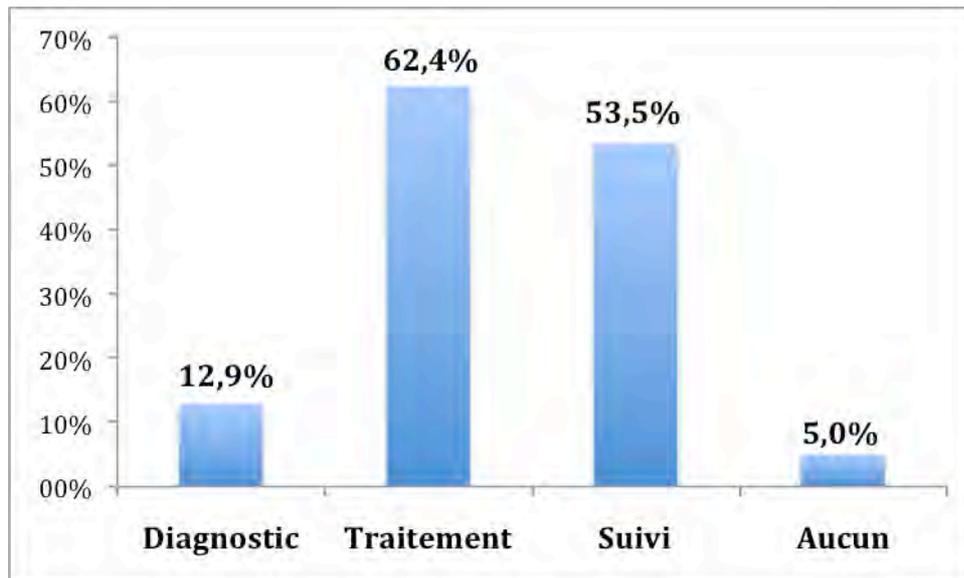
Le degré de satisfaction des internes concernant leur prise en charge de la lombalgie commune lors d'une consultation de médecine générale était en moyenne de 5,29/10 (IC 95 % [5,02-5,59]). La médiane était à 6,0/10.

Une analyse en sous groupe retrouve une différence significative ( $p < 0,01$ ) entre la satisfaction des internes de TCEM1 4,59/10 (IC 95 % [4,1-5,1]) et celle des TCEM2 5,68/10 (IC 95 % [5,17-6,2]). La différence entre la satisfaction des TCEM1 et des TCEM3 5,63/10 (IC 95 % [5,2-6,1]) était significative ( $p < 0,01$ ). Celle entre TCEM2 et TCEM3 était non significative ( $p = 0,88$ ). Les résultats des analyses en sous groupe sont détaillés dans les annexes.

Les internes passés au moins une fois en stage ambulatoire de médecine générale étaient satisfaits en moyenne à 5,68/10 (IC 95 % [4,7-6,7]) contre 4,65/10 (IC 95 % [3,6-5,7]) pour les internes encore jamais passés en stage ambulatoire. La différence était significative ( $p < 0,01$ ).

Les niveaux de prise en charge qui leur posaient problème sont regroupés dans la figure 1. Il ressortait principalement des difficultés dans le traitement et dans le suivi d'une lombalgie. Il n'y avait pas de différence significative entre le groupe « stage en ambulatoire effectué » (SAE) et le groupe « stage en ambulatoire non effectué » (SANE).

Les réponses en texte libre apportaient des précisions quant à leurs difficultés dans le suivi : « la chronicisation » (réponse questionnaire n°16 et 164) et « la prévention des récurrences » (réponse questionnaire n° 6 et 16). Et pour le traitement, ils évoquaient des problèmes dans « le soulagement de la douleur » et « l'éducation du patient ».



**Figure 1 : Problèmes ressentis par les IMG dans la prise en charge du patient présentant une lombalgie aiguë commune**

### **3.2.2. Satisfaction de la formation sur la lombalgie aiguë commune**

Leur degré de satisfaction sur leur formation concernant la prise en charge de la lombalgie aiguë commune était en moyenne de 4,62/10 (IC 95 % [4,30-4,96]) pendant l'externat et de 4,83/10 (IC 95 % [4,51-5,19]) durant l'internat. Il n'y avait pas de différence significative ( $p=0,38$ ).

Les TCEM2 et TCEM3 étaient davantage satisfaits de leur formation durant l'internat. Il existait une différence statistiquement significative entre la satisfaction des TCEM1 3,88/10 (IC 95 % [3,37-4,38]) d'une part et des TCEM2 et TCEM3 d'autre part 5,2 /10 (IC 95% [4,55-5,84]) ( $p<0,01$ ) et 5,41/10 (IC 95 % [4,85-5,95]) ( $p<0,01$ ). Par contre, la différence entre la satisfaction des TCEM2 et des TCEM3 n'était pas significative ( $p=0,63$ ).

## **3.3. Connaissances**

### **3.3.1. Adresser à un ostéopathe un patient lombalgique**

72,3 % (146 internes) ne savaient pas orienter leur patient souffrant de lombalgie aiguë commune vers un ostéopathe à partir de leur examen clinique. Différence non significative entre les internes ayant effectué ou non leur stage en ambulatoire ( $p=0,43$ ).

### **3.3.2. La Dysfonction Douloreuse Intervertébrale Mineure (DDIM)**

#### **3.3.3. Apprentissage de cette notion**

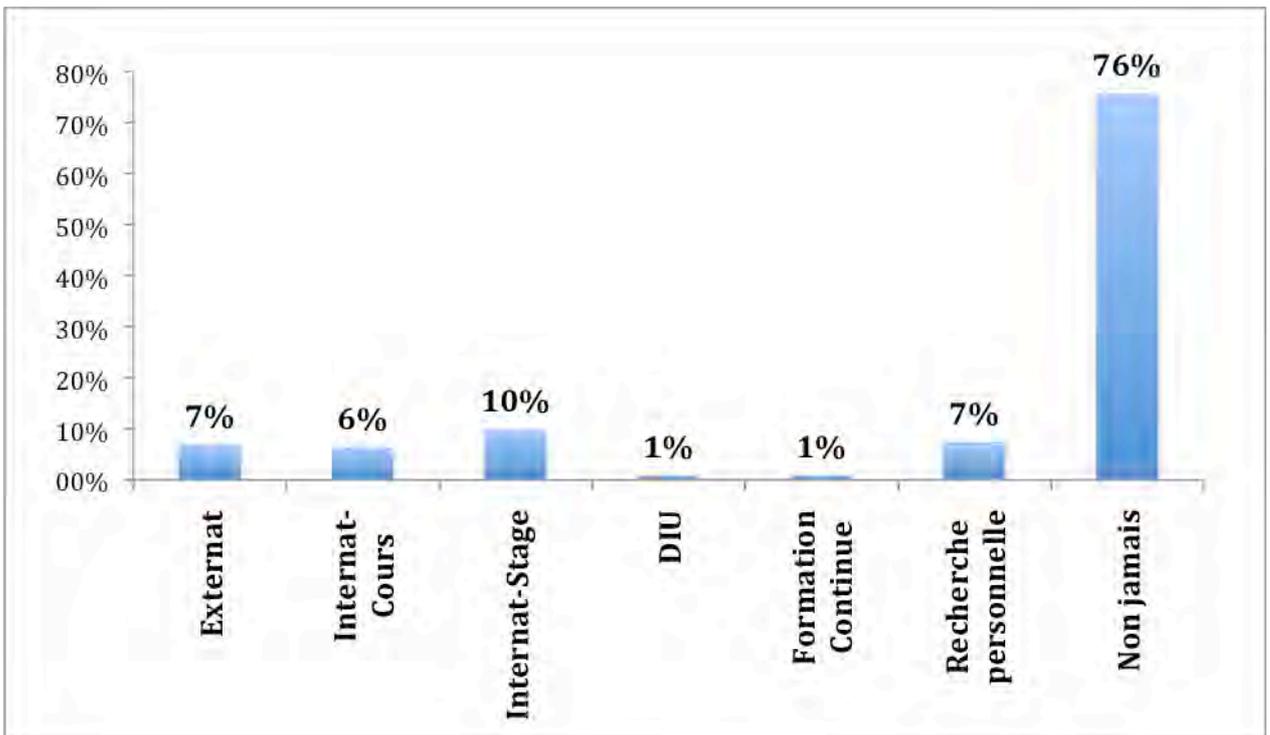
Les connaissances sur la notion de DDIM sont résumées dans la figure 2. On retient principalement que 76 % des internes n'avaient jamais entendu cette notion.

La différence n'était pas significative ni dans la comparaison entre le groupe SAE et le groupe SANE ni entre les différents niveaux de TCEM.

La différence entre les groupes SAE et SANE concernant l'apprentissage en stage pendant l'internat était significative ( $p < 0,01$ ). La différence était également significative pour cet apprentissage en stage d'internat entre les TCEM1 et les TCEM2 ( $p = 0,03$ ) et entre TCEM1 et TCEM3 ( $p < 0,01$ ) mais pas entre TCEM2 et TCEM3 ( $p = 0,15$ ).

14 étudiants (11 %) du groupe SAE et 1 interne (1,3 %) du groupe SANE avaient déjà entendu parler de DDIM par recherches personnelles ou discussions avec des connaisseurs, soit une différence significative ( $p = 0,02$ ). Les recherches personnelles permettaient à 1 interne de TCEM1, 2 de TCEM2 et 12 (15,7 %) de TCEM3 d'avoir déjà entendu parler de cette notion. La différence était significative entre TCEM1 et TCEM3 ( $p < 0,01$ ) et entre TCEM2 et TCEM3 ( $p < 0,01$ ) mais pas entre TCEM1 et TCEM2 ( $p = 0,61$ ).

10 internes (7,9 %) SAE et 3 (4 %) SANE en avaient entendu parlé en cours pendant l'internat, la différence n'étant pas significative ( $p = 0,38$ ). La différence n'était pas non plus significative entre les différents niveaux de TCEM.



**Figure 2 : Apprentissage de la notion de DDIM**

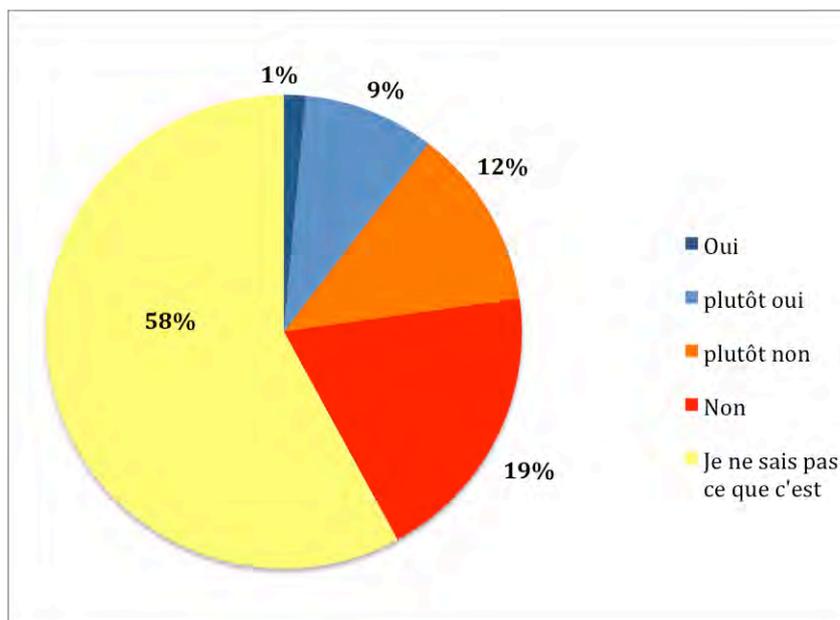
### **3.3.4. Savoir diagnostiquer une DDIM**

31,7 % des internes pensaient ne pas pouvoir diagnostiquer une DDIM.

58,0 % des internes ne savaient pas ce que signifiait ce terme. La différence n'était pas significative ( $p=0,55$ ) entre les groupes SAE et SANE.

9,0 % des internes pensaient plutôt pouvoir diagnostiquer une DDIM. La différence était significative ( $p<0,01$ ) entre les internes du groupe SAE et ceux du SANE. La différence était également significative ( $p<0,01$ ) pour cette réponse « Plutôt Oui » entre TCEM1 et TCEM3.

Parmi les internes qui avaient déjà entendu la notion de DDIM (24 %), 25 internes (51,0 %) ne pensaient pas pouvoir la diagnostiquer, 20 (40,1 %) pensaient pouvoir en faire le diagnostic, et 4 (8,0 %) ne connaissaient pas la signification exacte du terme.



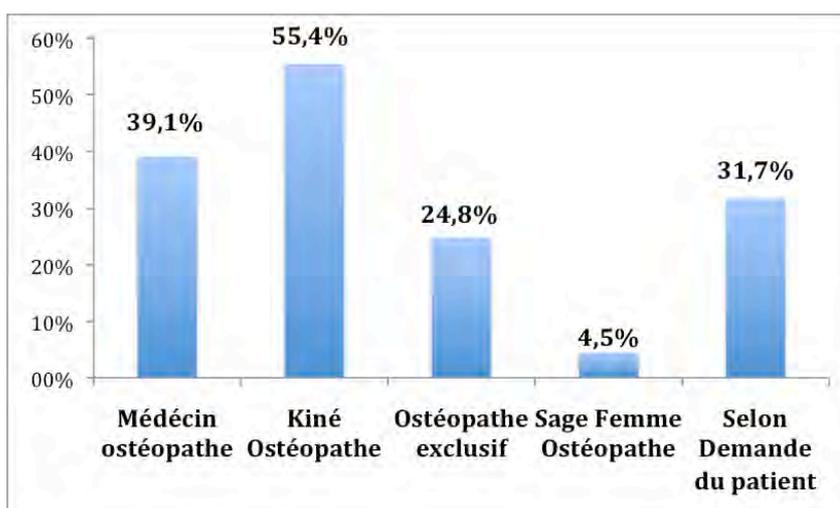
**Figure 3 : Savoir Diagnostiquer une DDIM**

### **3.4. Intérêt et limites à la proposition d'une prise en charge ostéopathe**

#### **3.4.1. Intérêt d'une prise en charge ostéopathe**

130 internes soit 64,4 % orienteraient leur patient lombalgique à un ostéopathe. La différence n'était pas significative ( $p=0,64$ ), entre les groupes SAE (61,4 %) et SANE (69,3 %).

Ils adresseraient leur patient lombalgique de préférence à un masseur kinésithérapeute ostéopathe, et à un médecin manuel ostéopathe.

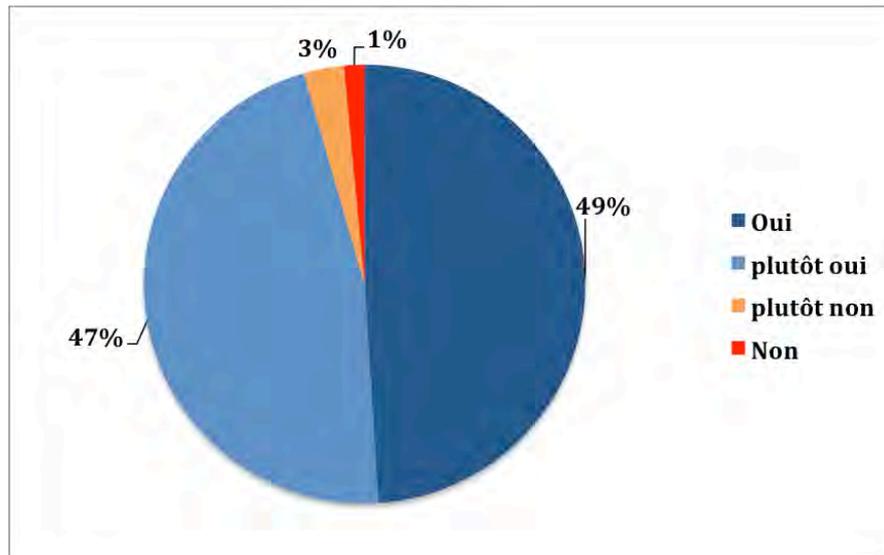


**Figure 4 : Vers quel professionnel orienter ?**

#### **3.4.2. Intérêt d'une formation sur la DDIM et l'ostéopathie**

La formation sur la notion de DDIM était jugée intéressante par 95,5 % des internes. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes « passé en ambulatoire » et « non

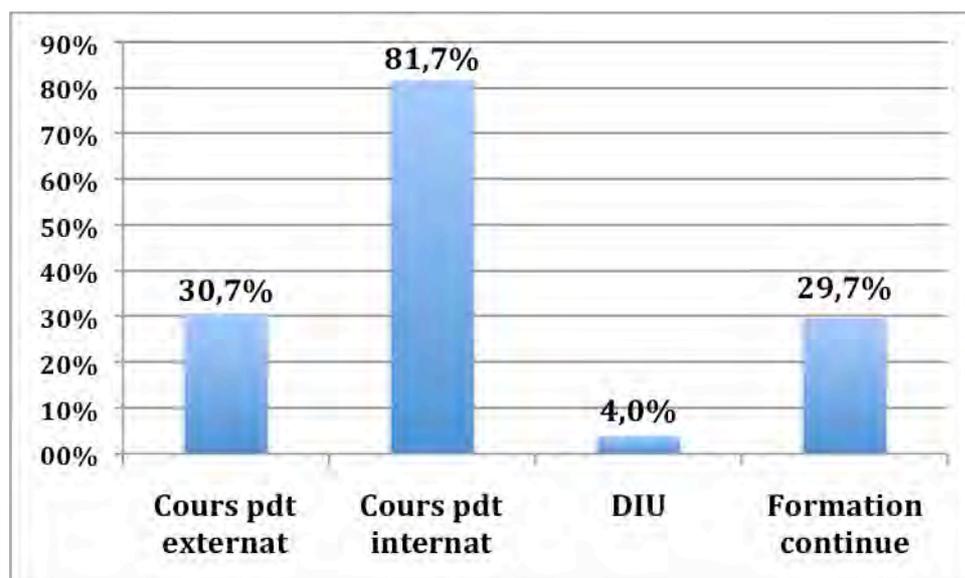
passé en ambulatoire ».



**Figure 5 : Intérêt d'une formation à la DDIM**

Parmi les internes intéressés par la formation sur la DDIM, 165 (81,7 %) l'imagineraient pendant l'internat, sous forme d'un cours dispensé par le DUMG. Il était précisé en texte libre qu'ils aimeraient qu'elle soit sous la forme de « stages pratiques +++ ». Les autres réponses sous forme de verbatims en rapport avec cet intérêt pour la formation sont indiquées dans le tableau « Réponses en texte libre : Obstacles et intérêts pour la formation à la DDIM et à l'ostéopathie » (Annexe n°4).

Aucune différence significative n'existait entre les groupes SAE et SANE.

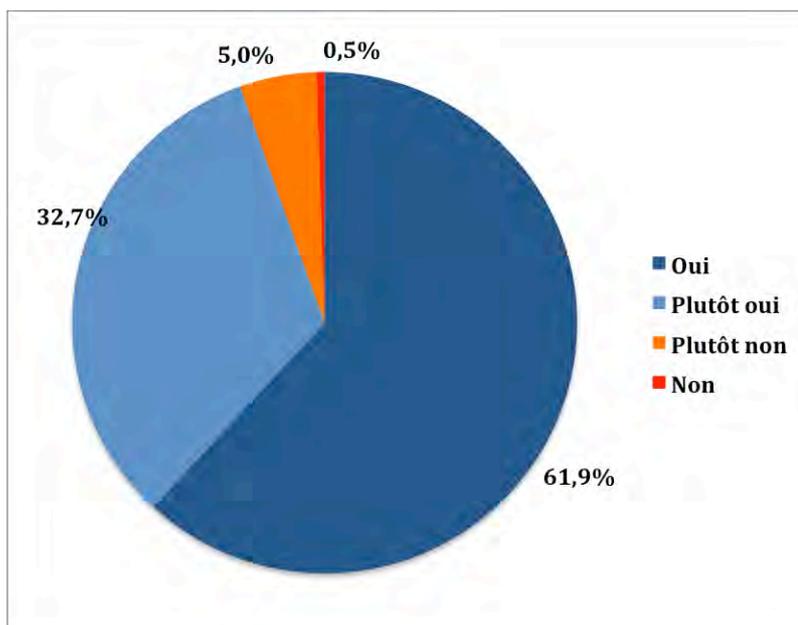


**Figure 6 : Type de formation à la DDIM souhaitée**

Un cours d'information sur l'ostéopathie avec un point sur ses indications et contre-indications, sur les différents cursus des praticiens, sur son efficacité et les risques inhérents à

sa pratique, était proposé dans la question concernant leur intérêt pour une formation dans ce domaine.

94,6 % des internes déclarent être intéressés pour une formation sur l'ostéopathie en général. La différence n'était pas significative entre les groupes SAE et SANE.



**Figure 7 Intérêt d'une formation sur l'ostéopathie**

Parmi les internes intéressés par une formation sur l'ostéopathie en générale, 165 (81,7 %) l'imaginaient pendant l'internat lors d'un cours dispensé par le DUMG. La distribution des autres résultats était identique à celle constatée pour les souhaits de formation sur la DDIM. Il n'y avait aucune différence significative entre les groupes SAE et SANE.

### **3.4.3. Obstacles à la proposition d'une prise en charge ostéopathique dans la lombalgie aiguë commune**

Les obstacles à la proposition d'une prise en charge ostéopathique pour un patient souffrant de lombalgie aiguë commune étaient :

- Une mauvaise connaissance des indications et contre-indications des manipulations vertébrales (28,7 %).
- Une mauvaise connaissance des différents cursus des ostéopathes (médecins, kinésithérapeutes, sage femmes, ostéopathes exclusifs) (17,8 %).
- Le manque d'études cliniques et d'efficacité prouvée des manipulations (15,8 %).
- Ne pas connaître d'ostéopathe de confiance à qui adresser son patient lombalgique (12,9 %).
- La peur d'engager sa responsabilité professionnelle (8,4 %).

- L'ostéopathie n'avait aucun intérêt dans la prise en charge de la lombalgie aiguë commune (4,0 %).
- La vision négative de l'ostéopathie : 2,0 % à cause de mauvais retours de patients et 1,5 % à cause d'un mauvais vécu personnel de l'ostéopathie.

Il était ajouté en texte libre :

- L'ostéopathie constituait un traitement de seconde intention après échec des médicaments : « je n'adresse pas à l'ostéopathe en première intention, d'abord thérapeutiques médicamenteuses » (réponse questionnaire n° 143). Plutôt après la phase aiguë : « mais l'intérêt après la phase aiguë de l'ostéopathe est important pour moi » (réponse questionnaire n° 107)
- Après bilan radiologique seulement : « pas sans cliché radiologique » (réponse questionnaire n° 13)
- Le fait que l'acte ostéopathique soit cher et non remboursé était également évoqué (réponse questionnaire n° 16,18, 142 et 190)
- « Je préfère orienter vers une kinésithérapeute formée à l'ostéopathie. Pour ne pas manipuler dangereusement. » (réponse questionnaire n° 107)
- La peur de « rupture de contact avec le patient » (réponse questionnaire n° 98) était avancée.

#### **3.4.4. Obstacles à la formation sur la DDIM et l'ostéopathie**

Les obstacles à la formation sur la DDIM et sur l'ostéopathie sont résumés avec les verbatims dans le tableau « réponses en texte libre : Obstacles et intérêt pour la formation sur la DDIM et l'ostéopathie » (annexe 4).

Les obstacles nous paraissant les plus importants à évoquer étaient :

- Le rôle du médecin était plutôt « d'éliminer une cause organique » et « pour le fonctionnel, je pense que l'ostéopathe fera son diagnostic » (réponse questionnaire n° 2). Le médecin n'avait pas de rôle dans l'orientation d'un patient vers un ostéopathe : « Les patients qui souhaitent aller voir un ostéopathe y vont spontanément » (réponse questionnaire n° 190)
- Un coût trop important et non remboursé : « l'absence de remboursements par la sécurité sociale est un vrai frein, à 50 euros la séance, qui doit parfois être renouvelé » (réponse questionnaire n° 16), « non remboursé par la sécurité sociale » (réponse questionnaire n° 142), « cette pratique n'est pas remboursée » (réponse questionnaire n° 190)

## **4. Discussion**

### **4.1. Synthèse des résultats principaux**

Cette étude avait pour objectif principal d'évaluer les connaissances et l'intérêt des internes de médecine générale concernant l'ostéopathie dans la lombalgie aiguë commune.

Elle a montré que ces derniers ne sont pas satisfaits de leur niveau de connaissance, et montrent un réel intérêt pour l'ostéopathie.

### **4.2. Critiques de l'étude**

#### **4.2.1. Limites et faiblesses**

Il existait un biais de sélection en raison de notre méthodologie par questionnaires électroniques. En effet, les étudiants ayant répondu à cette étude étaient sûrement d'avantage intéressés et plus informés sur le sujet.

Cette étude était déclarative, les réponses des étudiants ne pouvaient pas être vérifiées. De même, la présence de plusieurs questions fermées qui orientaient les réponses de nos participants, induisait un risque de biais de subjectivité. Nous avons tenté de l'amoindrir en insérant des zones de texte libre. Cependant, Il existait également une part d'auto-évaluation des connaissances. Nous avons donc accès à la vision qu'ils avaient de leurs connaissances et non pas à leurs connaissances objectives.

Nous avons décidé d'analyser les résultats en comparant le groupe ayant effectué le stage ambulatoire de médecine générale et celui ne l'ayant pas encore effectué, car nous avons estimé que ce facteur pouvait être déterminant. Cependant, il se trouvait que les internes passés au moins une fois en stage ambulatoire de médecine générale correspondaient aux populations TCEM3 intégralement et en bonne partie TCEM2 (85 %) et que le groupe SANE était composé de l'intégralité des TCEM1 et de 9 TCEM2. Ceci était donc un élément confondant. Une analyse multivariée sur des effectifs plus importants aurait été nécessaire pour limiter ce risque de biais de confusion.

Il existait un risque de biais de mesure. En effet, n'existant pas de questionnaire validé dans ce domaine, nous avons créé un questionnaire. Les termes employés dans celui-ci étaient parfois imprécis et des incohérences dans les réponses ont été retrouvées. Ainsi, la notion de « suivi » manquait de précision. Cette précision était néanmoins en partie apportée par les

commentaires des internes dans la zone de texte libre proposée à cet effet. Le terme « Ostéopathe de confiance » n'était pas adapté à la pratique des internes qui n'ont pas encore de réseau de correspondants.

Enfin, le sujet aurait pu être traité selon deux méthodes : qualitative et quantitative. La méthode qualitative aurait pu être choisie pour évaluer plus finement l'intérêt et le questionnement des internes sur un sujet pauvre en bibliographie. Cependant, la méthode quantitative permettait de mesurer leur degré d'intérêt. Nous nous sommes néanmoins inspirés de la méthode qualitative pour analyser les réponses des questions ouvertes et le texte libre.

#### 4.2.2. Forces et intérêt de l'étude

Le taux de réponse élevé (42,5 %) était favorisé par un questionnaire court aux questions fermées, ainsi que la diffusion et le recueil des données par internet. Ceci donnait une bonne puissance à l'étude.

La faiblesse de cette étude était de ne pas avoir été réalisée à partir d'un questionnaire validé. La réalisation de notre questionnaire à partir de données bibliographiques, le pré-test sur un bon nombre de personnes et l'utilisation d'une échelle visuelle numérique validée et reproductible pour certaines questions permettait d'amoindrir cette faiblesse.

La représentativité était respectée car la population cible était homogène et correspondait à l'effectif de l'AIMG-MP (Tableau 2) :

**Tableau 2 Comparaison entre échantillon et effectif de l'AIMG-MP**

	Population cible		Adhérents AIMG-MP		<i>p</i>
	n		n		
TCEM1	66	32,7%	142	29,9%	0,60
TCEM2	60	29,7%	163	34,3%	0,44
TCEM3	76	37,6%	170	35,8%	0,81
Total	202		475		

La littérature concernant la satisfaction de la prise en charge de la lombalgie commune, les connaissances de la DDIM et de l'ostéopathie est pauvre. La thèse de C. Babled (14) montrait que les médecins généralistes de Midi-Pyrénées avaient recours à l'ostéopathie dans la prise en charge de la lombalgie aiguë commune mais qu'ils manquaient de formation dans ce domaine. Seule la thèse de S. Mingam (20) concernait des internes de médecine générale à Paris Descartes. Notre étude venait ainsi compléter cette dernière.

### **4.3. Interprétation des résultats**

#### **4.3.1. Prise en charge de la lombalgie aiguë commune en consultation de médecine générale et satisfaction concernant la formation dans ce domaine**

Les internes étaient moyennement satisfaits de leur prise en charge de la lombalgie aiguë commune en consultation de médecine générale (5,3/10) (IC 95 % [5,02-5,59]) médiane (6,0/10). Une étude réalisée auprès des médecins généralistes (13) trouvait une médiane de satisfaction concernant leur prise en charge de la lombalgie de 5,1/10. La satisfaction des médecins et des internes était comparable et plutôt moyenne. Il existe donc une insatisfaction globale concernant la prise en charge de la lombalgie aiguë commune en médecine générale.

Les internes passés en stage ambulatoire et les TCEM2 et TCEM3 étaient néanmoins significativement plus satisfaits de leur prise en charge. Cette différence pouvait être due à l'influence de la formation dans ce domaine pendant l'internat et au passage en stage ambulatoire, stage qui les confronte d'avantage aux lombalgies et à l'apprentissage pratique auprès de leurs pairs. Dans leur prise en charge, le traitement et le suivi leur posaient problème sans que ni le passage en stage ambulatoire ni le cours sur le rachis ne leur aient apporté un bénéfice significatif. L'ostéopathie était évoquée par certains comme une alternative intéressante au traitement conventionnel qu'ils jugeaient parfois insuffisant ou insatisfaisant. On peut donc penser qu'il leur serait possible d'améliorer leur satisfaction en intégrant davantage l'ostéopathie dans leur arsenal thérapeutique.

Même s'ils étaient moyennement satisfaits de leur formation sur la lombalgie aiguë commune, les TCEM2 (5,2/10) et TCEM3 (5,4/10) l'étaient significativement plus que les TCEM1 (3,9/10). Ainsi, on pourrait penser que le module dispensé par le DUMG sur ce thème est utile mais qu'il pourrait être complété avec les spécificités évoquées dans cette étude.

#### **4.3.2. Connaissances de la DDIM et de l'examen clinique pour adresser un patient lombalgique vers un ostéopathe**

76,0 % n'avaient jamais entendu parler de DDIM. Le passage en stage ambulatoire et les niveaux de TCEM différents n'avaient pas eu d'effet sur ces connaissances.

C'est surtout en stage pendant l'internat et par des recherches personnelles que les internes avaient pris connaissance de la DDIM. Les TCEM2 et TCEM3 n'avaient cependant significativement pas entendu d'avantage la notion en cours pendant l'internat. Les étudiants n'ont peut être pas compris la notion ou n'y ont pas prêté attention lors de leur participation

au module dispensé par le DUMG.

72,3 % des internes disaient ne pas savoir adresser leur patient lombalgique à un ostéopathe à partir de leur examen clinique.

Pourtant, la formation sur le sujet évoque la possibilité d'une prise en charge par manipulations vertébrales. Pendant l'externat, l'item 215 (21) validé pour les ECN, indique que « les manipulations vertébrales peuvent être efficaces dans la prise en charge de la lombalgie aiguë commune ». Pendant l'internat, la notion peut être évoquée dans le module 15 « Situations pratiques en traumatologie avec utilisation de kits orthopédiques » en deuxième semestre de TCEM1. Ce module initialement destiné à familiariser les étudiants à l'examen clinique des articulations périphérique aborde aussi maintenant la lombalgie. L'enseignement optimal de tous ces thèmes en une seule journée peut s'avérer difficile, d'autant plus que les étudiants semblent vouloir d'avantage de pratique concrète et d'examens physiques. Mises en situation qui sont très chronophages dans une formation.

#### **4.3.3. Intérêt pour l'ostéopathie et sa formation**

La majorité (64,4 %) des internes adresserait leur patient lombalgique à un ostéopathe.

Cet intérêt des médecins généralistes et des internes pour l'ostéopathie était retrouvé dans plusieurs thèses. Dans leur pratique quotidienne, 72 % des médecins interrogés en Loire-Atlantique (15), 82 % des médecins et 85 % des internes interrogés à Paris (20) adressaient leur patient vers un ostéopathe. Plus spécifiquement pour la prise en charge de la lombalgie aiguë commune, 60 % des médecins interrogés en Midi-Pyrénées adressaient leur patient vers un ostéopathe (14).

Dans notre étude, les internes se trouvaient limités dans leur prise en charge de la lombalgie commune. Ils constataient un recours plus fréquent des patients à l'ostéopathie et étaient démunis face à une demande croissante d'informations sur cette pratique.

Le recours aux médecines complémentaires et surtout à l'ostéopathie ne cesse d'augmenter. 70 % des européens ont fait appel à une thérapie complémentaire au moins une fois dans leur vie et 25 % y recourent chaque année soit près de 1 français sur 4 (22). L'ostéopathie appartient, selon l'OMS, aux médecines complémentaires et alternatives (23) « Ces termes font référence à un vaste ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la médecine conventionnelle du pays et ne sont pas pleinement intégrées à son système de santé prédominant ». 13 millions de français ont recours à l'ostéopathie chaque année et les douleurs musculo-squelettiques représentent 62 % des motifs de consultation. Ces douleurs

sont essentiellement des rachialgies (42,6 %) et surtout de douleurs aiguës (46,7 %) (24).

Les internes préféraient orienter leur patient vers un masseur kinésithérapeute ostéopathe (55,4 %) et un médecin ostéopathe (39,1 %). Il était parfois précisé qu'ils préféraient le kinésithérapeute car il avait d'avantage l'habitude des thérapies manuelles.

En Midi-Pyrénées, C. Babled (14) retrouvait une préférence des médecins généralistes pour les médecins ostéopathes (70,0 %). Mais les médecins de Loire-Atlantique, dans la thèse de C. Dumoulin (15), adressaient aussi plutôt vers des kinésithérapeutes ostéopathes qu'ils trouvaient plus performants, opinion partagée par les internes de notre étude.

La quasi totalité était favorable à la mise en place d'une formation sur la notion de DDIM (95,5 %) et sur l'ostéopathie en général (94,6 %). Selon eux, un cours pendant l'internat était un moment adéquat pour intégrer cette formation (81,7 %). Cette formation leur permettrait de compléter leur formation actuelle, d'informer convenablement leurs patients et de les adresser au mieux à un ostéopathe.

Les thèses de S. Mingam (20) et de C. Dumoulin (15) corroborent cet attrait pour la formation dans ce domaine. Ainsi, 78,0 % des internes et 62,0 % des médecins généralistes à Paris (20) déclaraient vouloir améliorer leurs connaissances en médecine manuelle-ostéopathie pour les aider à adresser leur patient à un ostéopathe dans de bonnes conditions. 75,0 % des internes, lors d'un cours dispensé par la faculté, ou une formation intégrée aux études médicales, et 64,0 % des médecins lors d'une formation continue, en post-universitaire.

#### **4.3.4. Limites à la prescription d'ostéopathie**

L'un des obstacles retrouvé dans notre étude, à la prescription d'ostéopathie était une mauvaise connaissance des indications et contre-indications (28,7 %). On retrouve également cet obstacle mais plus important à Paris puisque 55,0 % des internes interrogés (20) ne connaissaient pas les indications et contre-indications de l'ostéopathie. Par contre les médecins interrogés dans différentes thèses (14,15) n'exprimaient pas ce frein à la prescription.

La mauvaise connaissance des différents cursus des professionnels était également évoqués (17,8 %). Certains décrivaient la peur d'une mauvaise prise en charge du patient par un professionnel dont on ne connaît pas le parcours. C'était un élément limitant également pour 50,0 % des médecins de Midi-Pyrénées et pour ceux de Loire-Atlantique qui remettaient

en cause les ostéopathes avec leurs formations et leurs pratiques hétérogènes, plus que l'ostéopathie en elle-même.

L'ostéopathie en France est pratiquée par des thérapeutes d'origines professionnelles très différentes : Ostéopathes dits exclusifs, médecins (médecine manuelle ostéopathie), masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, infirmières... Ces thérapeutes ont de fait des formations menant à des définitions différentes et à des pratiques différentes. Le nombre d'ostéopathes en France ne cesse d'augmenter. En juillet 2011, le Registre des Ostéopathes de France (25) estimait à 15 083 les personnes autorisées à porter le titre d'ostéopathe. Parmi lesquelles on comptait : 49 % d'ostéopathes exclusifs, 40 % de masseurs kinésithérapeutes ostéopathes et 9 % de médecins ostéopathes. L'inégalité de formation par un nombre d'établissements de formation important et d'inégale qualité, augmente les risques pour les patients avec perte de chance et accidents (26).

Face à cet engouement pour les thérapies complémentaires, et à l'augmentation des risques par une augmentation conjointe de l'offre et de la demande, les pouvoirs publics se doivent d'encadrer la pratique et la formation des thérapeutes (23). Les médecins doivent pouvoir diagnostiquer, écarter les risques et contre-indications, et informer le patient dans ce domaine.

Et enfin, il était évoqué comme frein à l'orientation vers un ostéopathe, le manque d'études cliniques et d'efficacité prouvée des manipulations. Le groupe COST B13 (2) a réalisé la synthèse de quatre revues systématiques (27–30) dont une revue de littérature Cochrane (31) sur l'apport des manipulations vertébrale. Par comparaison avec un placebo, les patients traités par manipulation présentent à court terme (moins de six semaines) une amélioration plus importante de leur statut algofonctionnel (niveau A) sans qu'il n'y ait cependant de différence à six mois. Par comparaison avec la prise en charge du médecin, les antalgiques, un traitement physique, des exercices ou l'école du dos, les manipulations ne sont pas plus efficaces sur le statut algofonctionnel des patients (niveau A). Le recours aux manipulations doit être considéré pour les patients souffrant de lombalgie commune ne pouvant pas reprendre leurs activités quotidiennes (2). Cependant, l'analyse menée sur l'efficacité des manipulations rachidiennes « spinal manipulation » ne permet pas toujours de juger de la nature de la technique évaluée (médecine manuelle, chiropraxie ou ostéopathie) (32) ou bien entre mobilisation et manipulation qui sont souvent regroupées sous le terme « spinal manipulation package » (2).

#### **4.3.5. Les obstacles à la formation sur l'ostéopathie et la notion de DDIM.**

La minorité (6,0 %) d'internes défavorables à la formation dans ces domaines énonçait des idées que nous jugeons intéressantes à évoquer comme base de réflexion pour une meilleure intégration de cette thérapeutique dans la prise en charge de la lombalgie aiguë commune.

Des étudiants trouvaient que le rôle du médecin était de diagnostiquer les pathologies organiques, qu'il n'avait pas sa place dans la prise en charge de pathologies fonctionnelles. Or, l'OMS définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (33). L'ostéopathie trouverait donc toute sa place dans la préservation de l'état de santé en complétant la prise en charge conventionnelle. Et le rôle du médecin est bien de savoir diagnostiquer une DDIM et de poser l'indication ou la contre indication à la prise en charge ostéopathique, de savoir informer son patient sur les risques ou les bienfaits de l'ostéopathie, et de savoir orienter leur patient vers un ostéopathe digne de confiance.

Le coût de l'ostéopathie et l'absence de remboursement de l'acte ostéopathique étaient un vrai frein à la proposition d'une prise en charge ostéopathique et également à la formation dans ce domaine. Or, une formation aux indications et contre indications pourrait aider les médecins à informer les patients et orienter seulement à bon escient vers un ostéopathe. Ces obstacles étaient également bien notifiés par les médecins de Loire-Atlantique (15).

Certains avaient mentionné la peur de perdre le contact avec leur patient. On pouvait peut être l'interpréter comme la peur de perdre la maîtrise de la prise en charge. Cette idée était clarifiée dans l'étude qualitative auprès des médecins de Loire-Atlantique (15) . Ainsi les médecins se sentaient parfois mis en porte-à-faux face à la demande d'exams complémentaires ou autres de la part des ostéopathes et avaient l'impression qu'ils devenaient plus prescripteurs que thérapeutes.

## 5. Conclusion

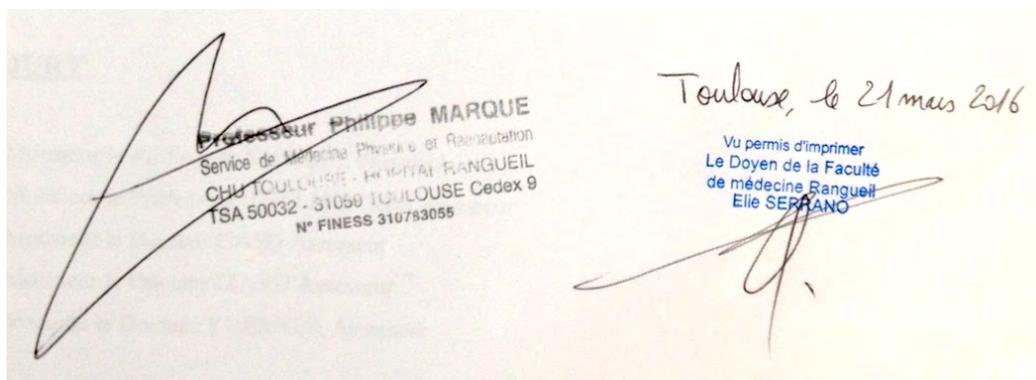
La lombalgie aiguë commune est une pathologie fréquente en médecine générale face à laquelle les médecins généralistes peuvent se sentir en difficulté.

Une prise en charge ostéopathique peut être proposée (grade B) comme option thérapeutique pour un effet à court terme et une reprise des activités.

La DDIM est une lésion élémentaire souvent mis en cause dans la lombalgie commune. Cette entité est définie par un ensemble de signes cliniques. Elle est la base du traitement ostéopathique dans la plupart des cas. Sa connaissance est donc essentielle pour poser les indications du traitement ostéopathique de la lombalgie aiguë commune.

Cette étude a permis de montrer que les internes étaient moyennement satisfaits de leur prise en charge de la lombalgie aiguë commune et de leur formation dans ce domaine. La DDIM et les indications au traitement ostéopathique étaient mal connues mais les internes auraient recours à l'ostéopathie dans leur prise en charge. Les internes étaient intéressés (95%) par la mise en place d'un cours sur la notion de DDIM et par une information concernant l'ostéopathie en général. Le moment adéquat à la réalisation d'une telle formation était, selon eux, lors d'un cours pendant l'internat.

Une formation sur la DDIM et l'ostéopathie en général pourrait donc être proposée durant le troisième cycle des études de médecine générale. Les résultats de cette étude pourraient contribuer à élaborer une telle formation.



## **6. Bibliographie**

1. Section rachis de la Société Française de Rhumatologie. Définition de la lombalgie.
2. Van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MTG, Hutchinson A, et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc.* mars 2006;15 Suppl 2:S169-91.
3. Jenner et coll. Définition de la lombalgie commune ou non spécifique. 1995.
4. J.Gourmelen G. Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64 ans résultats issus de deux enquêtes nationales.
5. SFMG. Observatoire de la médecine générale TOP 25 / Les diagnostics les plus fréquents.
6. Koes BW, van Tulder MW, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ.* 17 juin 2006;332(7555):1430-4.
7. Poiraudeau S, Lefevre Colau M-M, Fayad F, Rannou F, Revel M. Lombalgies. *EMC - Rhumatologie-Orthopédie.* 2004 Jul;1(4):295-319.
8. Direction Générale de Santé en collaboration avec l'INSERM. Lombalgies. Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique : Définition d'objectifs. 2003, Groupe Technique National de Définition des Objectifs de santé publique (GTNDO). p. 571-7. 2003.
9. Valat J-P, Mammou-Mraghni S, Mulleman D. Comment évoluent les lombalgies aiguës communes ? *Rhumatologie.* 2004;56(5):4-6.
10. Service des Recommandations et Références Professionnelles. ANAES Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. 2000.
11. Robert Maigne. Déangement douloureux intervertébral mineur (DDIM). In: Douleurs d'origine vertébrale comprendre, diagnostiquer et traiter. ELSEVIER MASSON. 2006. p. 119-30.
12. Robert Maigne. Lombalgie basse d'origine dorsolombaire: la lombalgie méconnue. In: Douleurs d'origine vertébrale comprendre, diagnostiquer et traiter. ELSEVIER MASSON. 2006. p. 245-59.
13. Little P, Smith L, Cantrell T, Chapman J, Langridge J, Pickering R. General practitioners' management of acute back pain: a survey of reported practice compared with clinical guidelines. *BMJ.* 24 févr 1996;312(7029):485-8.
14. Babled C. Le médecin généraliste et l'ostéopathie: évaluation du recours aux manipulations vertébrales par les médecins généralistes dans la lombalgie aiguë

- commune en Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2014.
15. Dumoulin-Champetier de Ribes Cécile. Recours des médecins généralistes à l'ostéopathie: enquête auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée. [Thèse d'exercice, Faculté de médecine de Nantes]; 2012.
  16. Légifrance. Annexe V de l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. Article 13 du décret n°2004-67 précisé par l'article 1er et l'article 4 de l'arrêté du 29 avril 1988 modifié par l'arrêté du 19 octobre 2001.
  17. Créer un formulaire avec Google Drive | Espace multimédia du canton de Rocheservière [Internet]. [cité 14 nov 2015]. Disponible sur: <http://espacemultimedia.cc-canton-rocheserviere.fr/2013/09/15/tutoriel-creer-un-formulaire-avec-google-drive/>
  18. Hubert Maisonneuve, Jean-Pascal Fournier. Construire une enquête et un questionnaire. E-Respect Octobre-Novembre 2012. nov 2012;(n°2):15-21.
  19. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. [cité 8 mars 2016]. Disponible sur: <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=tests>
  20. Stéphanie Mingam, Dr P.Cornelis. La médecine Manuelle-Ostéopathie en France: enquête sur les opinions, les pratiques, les connaissances et les interactions entre les différents intervenants. [Faculté Cochin, Broussais, Hôtel Dieu, Paris]; 2010.
  21. COFER, Collège Français des Enseignants en Rhumatologie. Item 215: Rachialgies. Université Médicale Virtuelle Francophone; 2010.
  22. Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ? (Note d'analyse 290 - Octobre 2012) [Internet]. [cité 19 mars 2016]. Disponible sur: <http://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/quelle-reponse-des-pouvoirs-publics-lengouement-pour-les-medecines-non-conventionnelles-note.html>
  23. WHO Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. World Health Organization; 2005. 236 p.
  24. T.Dubois et coll. Etude Most-Etude des Motifs de consultation en Ostéopathie. 2012.
  25. Registre Des Ostéopathes de France ROF - Association ostéopathie [Internet]. [cité 14 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.osteopathie.org/>
  26. Caroline Barry Bruno Falissard. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. Inserm; 2012.
  27. Evans G, Richards S. Low back pain: an evaluation of therapeutic interventions [Internet]. 1996 [cité 15 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?ID=11996008102>
  28. Van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain. A systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. Spine. 15 sept 1997;22(18):2128-56.
  29. Bronfort G. Spinal manipulation: current state of research and its indications. Neurol

Clin. févr 1999;17(1):91-111.

30. Koes BW, Assendelft WJ, van der Heijden GJ, Bouter LM. Spinal manipulation for low back pain. An updated systematic review of randomized clinical trials. *Spine*. 15 déc 1996;21(24):2860-71; discussion 2872-3.
31. Assendelft WJ, Morton SC, Yu EI, Suttorp MJ, Shekelle PG. Spinal manipulative therapy for low-back pain. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [cité 15 mars 2016]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000447.pub3/abstract>
32. D.BONTOUX, D.COUTURIER, C-J MENKES. Thérapies complémentaires leur place parmi les ressources de soins. Rapport de l'académie nationale de médecine; 2013.
33. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. [Internet]. [cité 22 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

## **7. Annexes**

Annexe 1 : Questionnaire

Annexe 2 : Analyse des sous groupes : Stage ambulatoire effectué et stage ambulatoire non effectué

Annexe 3 : Analyse des sous groupes TCEM1 TCEM2 et TCEM3

Annexe 4 : Tableau des réponses en texte libre : Obstacles et intérêts pour la formation à la DDIM et à l'ostéopathie

## Annexe 1 : Questionnaire

### Formations initiales de l'interne

Quelle est votre situation actuelle ? \*

Plusieurs réponses possibles

- TCEM1
- TCEM2
- TCEM3
- DESC en cours
- DIU Médecine Manuelle Ostéopathique (validé ou en cours)

Avez-vous déjà effectué vos stages ambulatoires obligatoires durant l'INTERNAT (stage actuel inclus) ? \*

plusieurs réponses possibles

- Oui, Praticien niveau 1
- Oui, Gynécologie-pédiatrie ambulatoire
- Oui, SASPAS
- Non, aucun

Dans quelle ville avez-vous effectué votre EXTERNAT ? \*

- Toulouse
- Autre :

Quel est votre degré de satisfaction sur votre formation concernant la prise en charge de la lombalgie aiguë commune ? \*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
(mauvais) (excellent)

Durant votre  
EXTERNAT  
Durant votre  
INTERNAT

Quel est votre degré de satisfaction concernant votre prise en charge de la lombalgie aiguë commune lors d'une consultation de médecine générale ? \*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

mauvais excellent

Quel(s) niveau(x) de prise en charge vous pose(nt) problème ? \*

plusieurs réponses possibles

- Le diagnostic
- Le traitement
- Le suivi
- Aucun

Autre :

## Ostéopathie et lombalgie commune

Sauriez-vous orienter, à partir de votre examen clinique, un patient lombalgique vers un ostéopathe ? \*

- Oui
- Non

Le feriez-vous ? \*

- Oui
- Non

Vers quel(s) professionnel(s) l'orienteriez-vous ?

plusieurs réponses possibles

- Médecin détenteur d'un diplôme universitaire de Médecine Manuelle Ostéopathique
- kinésithérapeute ostéopathe
- Sage femme ostéopathe
- Ostéopathe Ni médecin Ni kinésithérapeute Ni sage femme ("Ostéopathe exclusif")
- Selon la demande du patient
- Autre :

Avez-vous déjà entendu parler de la notion de Dysfonction Douleuruse Intervertébrale Mineure (DDIM) ? \*

Plusieurs réponses possibles

- Oui pendant un cours ou en stage durant l'externat
- Oui pendant un cours durant l'internat
- Oui en stage durant l'internat
- Oui en participant à un DU ou DIU de Médecine Manuelle Ostéopathique
- Oui durant une formation continue
- Oui par des recherches personnelles ou par discussion avec des connaisseurs
- Non jamais
- Autre :

Pensez vous pouvoir diagnostiquer une Dysfonction Douleuruse Intervertébrale Mineure ? \*

- Oui
- Plutôt Oui
- Plutôt Non
- Non
- Je ne sais pas ce que c'est

**Comment imagineriez-vous cette formation ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Pendant l'externat lors d'un cours dispensé par la faculté
- Pendant l'internat lors d'un cours dispensé par le DUMG
- Durant un DU ou de DIU uniquement
- Lors d'une formation continue (après l'internat)

Autre :

**Commentaires libres.**

(facultatif)

**Si vous souhaitez connaître les résultats de cette étude, veuillez m'indiquer votre adresse mail, je vous les transmettrai avec plaisir.**

En vous remerciant pour votre participation.

## Annexe 2 : Analyse des sous groupes : Stage ambulatoire effectué et stage ambulatoire

### non effectué

	Groupe Ambulatoire		Non ambulatoire		p-value
		n		n	
<b>Satisfaction prise en charge lombalgie aiguë commune</b>					
En médecine générale	5,68 /10		4,65 /10		<0,001
<b>Niveaux de prise en charge problématiques</b>					
Diagnostique	10,2%	13	17,3%	13	0,21
Traitement	56,7%	72	72,0%	54	0,35
Suivi	53,5%	68	53,3%	40	1
Aucun	4,7%	6	5,3%	4	1
<b>Savent orienter vers ostéopathe?</b>					
Oui	33,1%	42	18,7%	14	0,11
Non	66,9%	85	81,3%	61	0,43
<b>Notion DDIM déjà entendue</b>					
Externat	3,2%	4	13,3%	10	0,02
Cours internat	7,90%	10	4,0%	3	0,38
Stage internat	15,8%	20	0,0%	0	<0,001
DIU	1,6%	2	0,0%	0	0,53
Formation continue	0,8%	1	1,3%	1	1
Recherches personnelles	11,0%	14	1,3%	1	0,02
Non jamais	70,9%	90	84,0%	63	0,44
<b>Diagnostiquer une DDIM</b>					
Oui	2,4%	3	0,0%	0	0,3
Plutôt oui	13,4%	17	1,3%	1	0,007
Plutôt non	13,4%	17	10,7%	8	0,66
Non	16,5%	21	24,0%	18	0,37
Je ne sais pas ce que c'est	54,3%	69	64,0%	48	0,55
<b>Orienteraient à un ostéopathe?</b>					
Oui	61,4%	78	69,3%	52	0,64
Non	38,6%	49	30,7%	23	0,47
<b>Favorable à une formation sur la DDIM?</b>					
Oui	47,2%	60	52,0%	39	0,71
Plutôt oui	48,0%	61	44,0%	33	0,79
Plutôt non	3,2%	4	2,7%	2	1
Non	1,6%	2	1,3%	1	1
<b>Favorable à une formation sur l'ostéopathie?</b>					
Oui	58,3%	74	68,0%	61	0,56
Plutôt oui	33,9%	43	30,7%	23	0,77
Plutôt non	7,1%	9	1,3%	1	0,1
Non	0,8%	1	0,0%	0	1
<b>Type de formation DDIM</b>					
Cours externat	27,6%	35	36,0%	27	0,37
Cours internat	84,3%	107	77,3%	58	0,74
Formation continue	33,0%	42	24,0%		
DU/DIU					

## Annexe 3 : Tableau TCEM

	<b>TCEM1</b>		<b>TCEM2</b>		<b>TCEM3</b>		<b>P<sub>TCEM1 TCEM2</sub></b>	<b>P<sub>TCEM1 TCEM3</sub></b>	<b>P<sub>TCEM2 TCEM3</sub></b>
	<i>n</i>		<i>n</i>		<i>n</i>				
<b>Satisfaction prise en charge lombalgie aiguë commune</b>									
Formation internat	3,9/10		5,2/10		5,4/10		<0,01	<0,01	0,6
En consultation de médecine générale	4,6/10		5,7/10		5,6/10		<0,01	<0,01	0,9
<b>Niveaux de prise en charge problématiques</b>									
Diagnostique	19,7%	13	10,0%	6	9,2%	7	0,2	0,1	1,0
Traitement	72,7%	48	56,7%	34	57,9%	44	0,4	0,4	1,0
Suivi	54,5%	36	56,7%	34	50,0%	38	1,0	0,8	0,8
Aucun	4,5%	3	6,7%	4	3,9%	3	0,7	1,0	0,7
<b>Savent orienter vers ostéopathe?</b>									
Oui	19,7%	13	31,7%	19	31,6%	24	0,3	0,3	1,0
Non	80,3%	53	68,3%	41	68,4%	52	0,6	0,6	1,0
<b>Notion DDIM déjà entendue</b>									
Externat	13,6%	9	3,3%	2	3,9%	3	0,1	0,1	1,0
Cours internat	3,0%	2	6,7%	4	9,2%	7	0,4	0,2	0,7
Stage internat	0,0%	0	8,3%	5	19,7%	15	0,0	<0,01	0,1
DIU	0,0%	0	1,7%	1	1,3%	1	0,5	1,0	1,0
Formation continue	1,5%	1	1,7%	1	0,0%	0	1,0	0,5	0,4
Recherches personnelles	1,5%	1	3,3%	2	15,8%	12	0,6	<0,01	0,0
Non jamais	84,8%	56	80,0%	48	64,5%	49	0,9	0,3	0,4
<b>Diagnostiquer une DDIM</b>									
Oui	0,0%	0	0,0%	0	3,9%	3	1,0	0,3	0,2
Plutôt oui	1,5%	1	8,3%	5	15,8%	12	0,1	<0,01	0,3
Plutôt non	10,6%	7	15,0%	9	11,8%	9	0,6	1,0	0,8
Non	22,7%	15	11,7%	7	22,4%	17	0,2	1,0	0,2
Je ne sais pas ce que c'est	65,2%	43	65,0%	39	46,1%	35	1,0	0,3	0,2
<b>Orienteraient à un ostéopathe?</b>									
Oui	69,7%	46	61,7%	37	61,8%	47	0,7	0,7	1,0
Non	30,3%	20	38,3%	23	38,2%	29	0,6	0,5	1,0
<b>Favorable à une formation sur la DDIM?</b>									
Oui	53,0%	35	40,0%	24	52,6%	40	0,4	1,0	0,4
Plutôt oui	43,9%	29	51,7%	31	44,7%	34	0,6	0,9	0,7
Plutôt non	1,5%	1	6,7%	4	1,3%	1	0,2	1,0	0,2
Non	1,5%	1	1,7%	1	1,3%	1	1,0	1,0	1,0
<b>Favorable à une formation sur l'ostéopathie?</b>									
Oui	69,7%	46	61,7%	37	55,3%	42	0,7	0,4	0,8
Plutôt oui	28,8%	19	35,0%	21	34,2%	26	0,7	0,7	1,0
Plutôt non	1,5%	1	1,7%	1	10,5%	8	1,0	0,0	0,1
Non	0,0%	0	1,7%	1	0,0%	0	0,5	1,0	0,4
<b>Type de formation DDIM</b>									
Cours externat	36,4%	24	33,3%	20	23,7%	18	0,9	0,3	0,4
Cours internat	78,8%	52	80,0%	48	85,5%	65	1,0	0,8	0,7
DU/DIU	4,5%	3	3,3%	2	3,9%	3	1,0	1,0	1,0
Formation continue	21,2%	14	23,3%	14	42,1%	32	0,8	0,1	0,1
<b>Type de formation Ostéopathie</b>									
Cours externat	36,4%	24	28,3%	17	15,8%	12	0,6	0,0	0,2
Cours internat	81,8%	54	85,0%	51	78,9%	60	0,9	0,9	0,8
DU/DIU	12,1%	8	8,3%	5	6,6%	5	0,6	0,4	0,8
Formation continue	21,2%	14	31,7%	19	35,5%	27	0,3	0,2	0,9

## Annexe 4 : Tableau des réponses en texte libre sur les obstacles à la formation

Thèmes prévalence de la lombalgie en médecine générale	Réponses à la question sur la formation à la DDIM	Verbatims Réponses à la question sur la formation à l'ostéopathie	Réponses à la question "commentaires libres"
<b>Besoin de formation</b>			<p>« on suit beaucoup de patients lombalgiques » (réponse questionnaire n°9) « motif récurrent de consultations en médecine générale » (réponse questionnaire n°54) « sujet très fréquent en med générale » (réponse questionnaire n°65)</p> <p>« lacune énorme » (questionnaire n°54), « indispensable que l'on aborde cet aspect de la prise en charge au cours de nos études » (réponse questionnaire n°55) « manque cruel » (réponse questionnaire n°65), « ne pas rester bête quand ils nous posent des questions » (réponse questionnaire n°41) « on se sent totalement démuné et c'est très frustrant de ne prescrire que du paracétamol ! » (réponse questionnaire n°54) « bien trop souvent peu d'efficacité des antalgiques » (réponse questionnaire n°9), « la lombalgie, sujet très fréquent qui laisse peu de recours au médecin autre que les AINS » (réponse questionnaire n°65), « on méconnaît l'ostéopathie et ses indications alors qu'il s'agit, je pense d'un traitement à part entière » (réponse questionnaire n°9)</p>
<b>demande des patients</b>			<p>« étant donné le nombre croissant de patient ayant recours à cette pratique » (réponse questionnaire n°71), « d'autant que les patients sont demandeurs » (réponse questionnaire n°65), « nous sommes souvent sollicités par les patients pour notre avis sur les ostéopathies » (questionnaire n°23)</p>
<b>Modalités pour une formation</b>		<p>« du domaine optionnel avec une formation supplémentaire axée sur l'ostéopathie » (réponse questionnaire n°68), « formation non obligatoire » (réponse questionnaire n°112), « seulement une demi journée, mais pas une journée entière de formation » (réponse questionnaire n°90)</p>	<p>« De même que toutes les médecines appelées « alternatives », on devrait avoir une journée (au moins) de formation sur les indications : que peuvent soigner, quand, et comment l'ostéopathie, la méso, l'acu, l'ostéop : quand adresser, de même qu'on adresse si facilement au spécialiste » (réponse questionnaire n°6), « de même que d'avoir quelques notions sur les plantes, les huiles essentielles, l'hypnose, l'acupuncture » (réponse questionnaire n°41), « cela permettrait d'avoir des alternatives à proposer aux patients (sans aller dans l'excès) » (réponse questionnaire n°41), « pour la prescrire » (réponse questionnaire n°28), « sur ce que sait faire un ostéopathe et quand adresser un patient » (réponse questionnaire n°41), « sur ses indications, efficacité, formation des professionnels, contre-indications » (réponse questionnaire n°71) « sur le rôle et la place de l'ostéopathie dans la prise en charge des pathologies ostéoarticulaires » (réponse questionnaire n°54), « n'étant pas formé aux techniques précises d'ostéopathie, on ne connaît que très peu les indications à la prescription vraiment adéquate de l'ostéopathie » (réponse questionnaire n°99) « je n'ai aucune idée du moment où on peut la recommander » (réponse questionnaire n°136)</p>
<b>Enseignement suffisant</b>	<p>« lombalgie aiguë bien enseignée durant l'externat et l'internat » (réponse questionnaire n°23)</p>	<p>« Je pense que la formation lors des stages de médecine générale avec le praticien est suffisante » (réponse questionnaire n°90)</p>	
<b>Priorité d'enseignement</b>	<p>« parce que nous avons suffisamment de maladies à connaître et qu'il faut faire des choix » (réponse questionnaire n°105)</p>	<p>« D'autres formations prioritaires même si cela pourrait être intéressant » (réponse questionnaire n°31) « je ne sais déjà pas prescrire correctement le kiné alors l'ostéopathie ça viendra après » (réponse questionnaire n°29)</p>	

## Réponses à la question "commentaires libres"

## Réponses à la question sur la formation à l'ostéopathie

## Réponses à la question sur la formation à la DDIM

## Thèmes

### Traitements connus et efficaces

### Rôle du médecin

### Doute sur la pertinence de la notion de DDIM

### Doute sur l'efficacité de l'ostéopathie

### Efficacité ostéopathie constatée

### Formations des ostéopathes hétérogènes

### Esotérisme

### Coût, non remboursé

« les traitements sont connus et efficaces généralement » (réponse questionnaire n°23) « une seule solution à long terme qui profite aux deux catégories : gymnastique, renforcement musculaire abdominal et inter-vertébral etc... » (réponse questionnaire n°164)

« d'éliminer une cause organique et pour le fonctionnel, je pense que l'ostéopathe fera son diagnostic » (réponse questionnaire n°2)

« je n'en ai jamais entendu parler, je ne sais pas ce que ça concerne et donc si c'est pertinent ou intéressant » (réponse questionnaire n°17) « parce que comme son nom l'indique c'est mineur » (réponse questionnaire n°100) « je ne connais pas cette notion donc j'imagine que cela ne doit pas être important » (réponse questionnaire n°105) « vu que cette pathologie n'est jamais évoquée dans les livres ou cours de préparation à l'internat, je ne suis pas sûr qu'elle existe » (réponse questionnaire n°190) « difficile d'identifier les patients souffrant d'un DDIM de ceux qui souffrent de manifestations somatiques relevant plus de la psychothérapie » (réponse questionnaire n°164) « le ne comprend pas l'intérêt d'intégrer un nouveau concept qui vient renforcer la part de réalité d'un certain nombre de patients qui souffrent en réalité d'un mal être socio-culturel et de troubles anxio-dépressifs mineurs ou les bénéfices secondaires d'une plainte fonctionnelle viennent parfois renforcer le trouble ou même la plainte » (réponse questionnaire n°164)

« comment faire la part des choses en 20 minutes », (réponse questionnaire n°164)

« quand certains patients doivent payer 60euros la séance, bon nombre sont effectivement soulagés ; ) qui, de quoi, du comment ; ) » (réponse questionnaire n°164)

« pas d'intérêt en EBM » (réponse questionnaire n°52), « Peu de confiance en l'ostéopathie » (réponse questionnaire n°203), « le niveau de preuve semble faible » (réponse questionnaire n°115) « la chiropraxie est une pratique de santé mieux encadrée et plus performante que l'ostéopathie. » (réponse questionnaire n°59)

« la formation d'ostéopathe n'aboutit pas à un diplôme d'état. » (réponse questionnaire n°23) « les formations sont disparates et différentes selon les écoles » (réponse questionnaire n°23)

« Un peu trop de pensée magique et de mysticisme (la peur est dans le rein, le foie est retourné...des mots de patients ayant consulté des ostéopathes évoquant plus du charlatanisme que de la science médicale) » (réponse questionnaire n°23)

« cette pratique n'est pas remboursée » (réponse questionnaire n°190)

« sur les lombalgies aiguës, c'est bien efficace » (réponse questionnaire n°28), « manifestement est efficace chez un bon nombre de patients et pour de pathologies qui vont bien au delà des douleurs rachidiennes et ostéoarticulaires » (réponse questionnaire n°147)

« Peur de la mauvaise prise en charge de nos patients par un ostéopathe » (réponse questionnaire n°142) « Absence d'homogénéité des professionnels et des pratiques qui fait qu'on ne sait jamais trop sur qui on va tomber. » (réponse questionnaire n°18), « le problème rencontré en pratique est la formation qu'ont les ostéopathes sortis d'écoles privées, certains sont très bons, d'autres ont des pratiques exotiques, il en est de même parmi les médecins et kiné ostéopathes... » (réponse questionnaire n°72), « de nouvelles dénominations » (réponse questionnaire n°75)

« l'absence de remboursements par la sécurité sociale est un vrai frein, à 50 euros la séance, qui doit parfois être renouvelé » (réponse questionnaire n°16), « non remboursé par la sécurité sociale » (réponse questionnaire n°142)

« j'ai l'impression que la kinésithérapie nous suffit très bien » (réponse questionnaire n°203)

« Les patients qui souhaitent aller voir un ostéopathe y vont spontanément » (réponse questionnaire n°190)

« Un peu trop de pensée magique et de mysticisme (la peur est dans le rein, le foie est retourné...des mots de patients ayant consulté des ostéopathes évoquant plus du charlatanisme que de la science médicale) » (réponse questionnaire n°23)

« cette pratique n'est pas remboursée » (réponse questionnaire n°190)

« sur les lombalgies aiguës, c'est bien efficace » (réponse questionnaire n°28), « manifestement est efficace chez un bon nombre de patients et pour de pathologies qui vont bien au delà des douleurs rachidiennes et ostéoarticulaires » (réponse questionnaire n°147)

« Peur de la mauvaise prise en charge de nos patients par un ostéopathe » (réponse questionnaire n°142) « Absence d'homogénéité des professionnels et des pratiques qui fait qu'on ne sait jamais trop sur qui on va tomber. » (réponse questionnaire n°18), « le problème rencontré en pratique est la formation qu'ont les ostéopathes sortis d'écoles privées, certains sont très bons, d'autres ont des pratiques exotiques, il en est de même parmi les médecins et kiné ostéopathes... » (réponse questionnaire n°72), « de nouvelles dénominations » (réponse questionnaire n°75)

« l'absence de remboursements par la sécurité sociale est un vrai frein, à 50 euros la séance, qui doit parfois être renouvelé » (réponse questionnaire n°16), « non remboursé par la sécurité sociale » (réponse questionnaire n°142)

## **Ostéopathie et Lombalgie aiguë commune : Connaissances et intérêt des internes de médecine générale en Midi-Pyrénées**

**Contexte :** La lombalgie est le huitième motif de consultation en médecine générale, dont 85% de lombalgie non spécifique (LNS). La manipulation vertébrale est une option thérapeutique mal connue des médecins généralistes. Parmi les raisons possibles, on peut avancer celle d'un manque de formation. **Objectif :** Évaluer les connaissances et l'intérêt des internes en médecine générale de Midi-Pyrénées concernant le recours à l'ostéopathie dans la prise en charge de la lombalgie aiguë commune et secondairement de recenser leur besoin de formation. **Matériel méthode :** Étude descriptive transversale par questionnaire informatique diffusé en janvier 2016 aux 475 adhérents à l'association des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées. **Résultats :** 202 (42,5%), formulaires ont été analysés. La satisfaction moyenne de leur prise en charge de la lombalgie était de 5,3/10 (IC95% [5,02-5,59]) et de leur formation sur la lombalgie 4,8/10 (IC95 % [4,51-5,19]). 64,4% adresseraient leur patient souffrant de lombalgie à un ostéopathe. 72,3% ne savaient pas l'adresser à l'issue de leur examen clinique. Plus de 94% étaient favorables à une formation sur l'ostéopathie, dont 81,7% pendant un cours lors de l'internat. **Conclusion :** Cette étude montre un intérêt et un désir de formation pendant l'internat des internes pour l'ostéopathie pour compléter la prise en charge de la LNS.

## **Osteopathy and acute low back pain : Knowledge and interest of primary care residents of Midi-Pyrénées**

**Background :** Low back pain (LBP) constitutes the eighth reason for consultation in general practice, 85% of which is non specific low back pain. Spinal manipulation is a treatment option remaining unfamiliar to general practitioners, which could be due to a lack of training. **Purpose:** First: assessing the knowledge and interest of primary care residents from the Midi-Pyrénées area about using osteopathy as a treatment for common acute LBP. Second: identifying training needs. **Methods and materials :** Descriptive cross-sectional study through a computer questionnaire provided in January 2016 to the 475 members of the general internal medicine resident association. **Results :** 202 (42,5 %) forms have been analysed. The average satisfaction for the treatment of LBP was 5.3/10 (IC95% [5,02-5,59]). For the LBP training, it was 4.8/10 (IC95 % [4,51-5,19]). 64% would refer a patient suffering from LBP to an osteopath. 72,3 % couldn't determine that osteopathic treatment was required after examination of the patient. More than 94 % were in favour of osteopathy training, of which 81.7 % would like to have it included in the residency programme.

**Conclusion :** This study shows interest and need for osteopathy training during residency to complete LBP treatment.

---

Discipline : Médecine générale

---

Lombalgie aigue commune, Interne de médecine générale, manipulation rachidienne, ostéopathie  
Acute low back pain, Spinal manipulation, Primary care residents, Osteopathy

---

Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de Médecine Toulouse-Rangueil,  
133, Route de Narbonne 31400 Toulouse

---

Directeur de thèse : Dr Anne-Lise Yvernes