

Année 2017

2017 TOU3 1019
2017 TOU3 1020

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement par

Camille JACQUEMART & Elsa SCHROEDER

Le 21 mars 2017

DÉTERMINANTS DU RECOURS À L'OSTÉOPATHIE EN PREMIÈRE INTENTION

Enquête auprès de la patientèle d'ostéopathes exclusifs en Haute-Garonne et
Hautes-Pyrénées

Directeur de Thèse : Professeur Marc VIDAL

JURY

Mr le Professeur Pierre MESTHÉ
Mr le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN
Mr le Professeur Marc VIDAL
Mme le Docteur Motoko DELAHAYE

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur



Année 2017

2017 TOU3 1019
2017 TOU3 1020

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement par

Camille JACQUEMART & Elsa SCHROEDER

Le 21 mars 2017

DÉTERMINANTS DU RECOURS À L'OSTÉOPATHIE EN PREMIÈRE INTENTION

Enquête auprès de la patientèle d'ostéopathes exclusifs en Haute-Garonne et
Hautes-Pyrénées

Directeur de Thèse : Professeur Marc VIDAL

JURY

Mr le Professeur Pierre MESTHÉ
Mr le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN
Mr le Professeur Marc VIDAL
Mme le Docteur Motoko DELAHAYE

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	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. BONNEVIALLE 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. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
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. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et 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. MALAUAUD 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. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie	P.U. Médecine générale	
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie	M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. RECHER Christian	Hématologie	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
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		

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
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		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CMBUS 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
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	M. GASQ David	Physiologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. MONTOYA Richard	Physiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. TREINER Emmanuel	Immunologie	M. VERGEZ François	Hématologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie		
M.C.U. Médecine générale		M.C.U. Médecine générale	
M. BRILLAC Thierry		M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
		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 ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Pierre Mesthé,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Nous tenions à vous remercier pour le travail quotidien quant à la formation des internes de notre faculté. Recevez l'expression de notre profond respect.

À Monsieur le Professeur Marc Vidal,

Vous avez accepté de diriger ce travail. Nous vous remercions pour vos précieux conseils et votre disponibilité. Vous avez été d'une aide inestimable. Vous avez su nous guider et nous donner confiance en notre travail. Recevez l'expression de notre sincère gratitude et de nos remerciements.

À Madame le Docteur Motoko Delahaye,

Vous avez accepté de participer à ce jury. Nous vous remercions pour votre engagement auprès des internes de médecine générale. Soyez assurée de notre profonde reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Jean-Christophe Poutrain,

Vous avez accepté sans hésitation de participer à ce jury. Recevez ici l'expression de nos sincères remerciements.

À Monsieur le Professeur Stéphane Oustric,

Nous vous remercions de votre engagement quotidien et votre dévouement pour la formation des internes Toulousains. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre gratitude.

À Madame le Docteur Brigitte Escourrou,

Nous vous remercions de votre bienveillance et votre implication dans la formation des internes. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de nos sincères remerciements.

Aux praticiens ostéopathes,

Merci de nous avoir accordé votre confiance et d'avoir accepté de participer à ce projet. Sans vous, ce travail n'aurait pas été possible.

Aux patients,

Merci de nous avoir consacré quelques minutes de votre temps et d'avoir porté de l'intérêt à notre travail.

REMERCIEMENTS de Camille

À mon Papa adoré, merci de m'avoir transmis ton altruisme. Tu m'as encouragé tout au long de mon parcours, et a toujours été là pour moi, de près comme de loin. Tu seras toujours mon Papounet.

À ma Maman chérie, tu es tout pour moi. Même si je ne t'appelle pas aussi souvent que tu le voudrais je pense à toi tous les jours et je sais que tu fais de même. La distance ne changera jamais ce que nous avons de si précieux entre nous.

Je n'aurais jamais pu aller aussi loin sans vous. Je vous remercie d'avoir toujours cru en moi et j'espère vous rendre fiers.

À mon frère, même si tu n'es pas là aujourd'hui et même si nous n'avons pas une relation frère-sœur parfaite, je suis fière d'avoir un grand frère comme toi. Je pense très fort à toi et te souhaite véritablement d'être heureux. J'espère qu'on partagera de plus en plus de choses à l'avenir.

Je vous aime fort.

À Carole, Romain et Thomas, vous êtes chers à mes yeux. Même si on se ne voit pas beaucoup, vous comptez énormément pour moi.

À ma Petite Dindounette de Marie, merci d'être qui tu es et comme tu es depuis le début. Tu es la prune de mes yeux. Merci de toute l'aide que tu m'as apporté d'un point de vue professionnel mais surtout personnel ! Je sais qu'on va vivre encore de folles et très nombreuses aventures – avec ou sans péripétie pour rendre les choses plus drôles ! Quelle hâte !

À ma Laurène, l'une de mes plus vieilles amies. Je suis fière de pouvoir partager une amitié aussi vieille et sincère avec quelqu'un. Merci d'être là pour moi en ce jour si important. Tu pourras toujours compter sur moi et je sais que je pourrai toujours compter sur toi. Le plus beau est à venir j'en suis certaine ! Je me languis de partager ces précieux moments avec toi!

À Héloïse, même si nos chemins se séparent depuis quelques mois, tu restes ma copine d'aventure, celle des voyages farfelus et j'adore ça. Merci pour ces immenses fous rires qui resteront inoubliables. Je repense à ces délicieuses cuisses de grenouilles, et je ris déjà ! Je te souhaite tout le bonheur du monde et j'espère qu'on continuera à partager de sacrés beaux moments.

Aux copines connues à Auch, Magali, Marine et Mumu, merci les filles de m'avoir soutenu comme vous l'avez fait. Vous êtes mes pépites. J'espère qu'on continuera à partager autant de choses pendant de nombreuses années, toujours sur des rythmes endiablés ou chaloupés !

À Agathe et Louise, mes petites perles. Merci de me faire vivre de si belles aventures et de me faire découvrir tant de choses ! J'espère que bébé Louise sera né d'ici là. J'ai déjà hâte de le connaître. Et je suis impatiente de l'emmener boire le thé chez la copine Eugénie après avoir dérobé le dernier crane sacré aux zombies !

À Sylvain J, merci de toute l'aide que tu m'as apporté, merci pour ta patience et ton écoute. Merci d'avoir partagé les bons comme les mauvais moments avec moi. Promis on se la fera cette session surf !

À Émilie, Jonathan, Sarah les copains mi Marseillais-mi Toulousains ! Je suis véritablement fière qu'on se soit expatrié et que ça nous réussisse tant ! Merci pour tout le soutien que vous m'avez apporté pendant toutes ces années.

À Sylvain M, Sylvain B, Natacha, Antoine, Florent, Alison, Marie-Laure, vous êtes de grandes rencontres, et je suis chanceuse de vous avoir comme amis !

À Fanny, Suzanne, Audrey et tous les copains d'enfance, ca y est les gars, je suis doc' !!

À tous les médecins du cabinet de La Bastide Saint Pierre, merci de croire en moi, et de me permettre d'exercer à vos côtés.

À Raphaël, mon petit chat. Merci d'être là pour moi comme tu l'es, merci de me rassurer comme tu le fais, et merci de m'accepter comme je suis. Je ne sais pas où ce chemin nous mènera mais je suis chanceuse d'avoir croisé ta route.

À Théo, merci de ta patience et de toute l'aide que tu nous as apporté ! Tu as réellement contribué à ce travail. J'en suis pleinement consciente et t'en suis véritablement reconnaissante.

À Elsa, ma co-thésarde et mon Amie. Merci de m'avoir proposé ce travail. Cela aura été une sacrée aventure et je suis fière de l'avoir vécu à tes côtés. On a réussi à traverser tout ça, malgré nos nombreuses difficultés, et je crois qu'on peut s'en féliciter. Bravo pour ta ténacité, ta perspicacité, et ton sens du détail qui nous ont tant fait avancer. Je suis heureuse de partager ce grand moment avec toi. Promis on ira faire un tour de cheval pour fêter ça !

Je te souhaite de vivre de grandes aventures au Canada, d'étancher tes soifs de découverte ! Prends en plein les yeux, et reviens-nous émerveillée.

Tu feras un excellent docteur, je n'en doute pas. Je te souhaite beaucoup de bonheur à l'avenir !

REMERCIEMENTS d'Elsa

À **Julia**. Ta présence me manque un peu plus chaque jour.

À **mes parents**. Je n'ai pas les mots pour vous dire toute ma reconnaissance. Merci pour votre amour inconditionnel, votre soutien, vos encouragements, vos conseils, votre présence, votre bienveillance. Merci d'avoir toujours cru en moi et d'avoir fait de moi celle que je suis aujourd'hui. Je vous remercie d'être restés forts et soudés malgré toutes les épreuves que nous avons traversées, vous êtes ma plus grande force. Merci Mamounette pour tes relectures et corrections. Mes (très longues !) études n'auraient pas été possibles sans vous, cet aboutissement est donc aussi le votre.

À ma cousine **Stéfanie**. Merci d'être là aujourd'hui.

À ma belle-famille. À **Hugo & La Lule, Bibi, Rémy, Eva**, aux **Valenza** (x 4), au **Papé**, à mamie **Monique**, au **clan Navarro**. Merci pour votre accueil, votre bienveillance, votre gentillesse, vous êtes la grande famille que j'ai toujours rêvé d'avoir !

À ma Coloc. **Léa**, je ne compte plus nos années d'amitié, ni le nombre de discussions et de fous rires partagés. Je n'aurai sans doute pas assez d'une seule page pour écrire tout ce que je pense de toi. Merci pour tous ces moments partagés, de nos nuits passées sur msn à nos nuits passées par sms, nos fous rires et nos angoisses, nos projets de vie future, nos aventures, depuis l'appartement de lucky et nos moments guy jusqu'à l'appartement toulousain et la voisine découpée. Tu sais déjà tout ce que je pense de toi. Merci d'être là et merci d'être toi.

À mes Narbonnaises. A **Chichi, Ju, Lore, Mon Pyj**. À notre amitié unique, à votre présence tout au long de mon parcours, depuis notre seconde 12, jusqu'à ce jour particulier mettant un point final à mes études. Depuis mon expatriation vers mes montagnes Pyrénéennes, on est souvent loin des yeux mais toujours près du cœur. À votre présence dans ma vie qui m'est bien plus qu'essentielle. Merci d'être là aujourd'hui. Aux expatriées, selon ou contre leur gré **Chantal, Marjo, Steph**.

À **MJ**, mon chat. De nos aventures à Prague jusqu'à nos aventures toulousaines on en a fait du chemin. Merci pour tous nos rires, nos repas dans les couloirs d'Hostivar, nos nuits blanches, nos voyages, la bouledingue, les tartines de Cracovie, le Pont Charles, la colline Pétrin, notre coloc à Ujzed. Je suis heureuse d'avoir pu partager tous ces moments avec toi. Je me rappellerai toujours de ce jour où tu as choisi de venir à Toulouse, ce moment où tu as cliqué et où ton père m'a dit « tu iras avec elle hein promis ? ». J'ai une grosse pensée pour lui aujourd'hui. J'aurai tellement aimé que tu puisses être là.

À mon Club des 6, mon **Jeannot, Ma Beylé, Gaga, Klo & MJ**. **Jeanne & Bachou** mes Brestois, merci pour toutes ces rigolades, vous êtes vraiment des copains. J'ai hâte que vous veniez habiter près de chez nous et chez les Dumas, vous me manquez. **Marie, Gaëlle, Chloé**, tant d'années passées ensemble, tant de moments partagés, les meilleurs comme les pires. Je ne retiens que le meilleur. Merci d'avoir été là toutes ces années, merci pour votre amitié, votre patience (il en faut pour me supporter il paraît), votre soutien et votre présence. L'internat nous aura séparées, mais seulement physiquement. Vous me manquez.

À **Philippine**, la plus belle rencontre de mon internat, et **Clément**. Mon couple préféré. Merci pour tous les bons moments passés ensemble, pour les bouteilles de vin partagées, les journées au ski, françaises comme espagnoles, les traversées de France de Land Rover. J'adore être en votre compagnie, et j'espère bien qu'un jour on se retrouvera tous, entre Pau et Lannemezan. Au Ramon Bilbao ! Aux pâtes aux mites au milieu de la nuit. Je vous kiffe. (et j'ai hâte de rencontrer tonton !)

À toutes mes rencontres durant l'internat, **François**, Maman **Marie**, **Camille**, **Vincent**, **Olivia**, et tous les autres. Ce fût un plaisir de partager cet internat avec vous, dans les bons moments comme dans les plus difficiles (Big Up aux urgences de Rangueil !).

François, merci pour ces moments partagés en gériatrie avec Catherine et Gégé, on aura quand même bien rigolé à ses blagues pourries ! Bonne route chez les bordelais ! Tu seras toujours le bienvenu dans notre antre lannemezannaise pour venir boire des coups avec Catherine (enfin ça c'est quand on reviendra du Canada !).

Maman **Marie**, merci pour ton soutien, ta réassurance, tes conseils, je me suis souvent sentie comme ta troisième fille. On aura quand même passé des bons moments, à bien rigoler & je suis ravie de les avoir partagé avec toi. Bonne route dans tes projets d'urgentiste !

À mes maîtres de stage, qui m'ont formé et permis d'être celle que je suis aujourd'hui.

À **Catherine** et **Gérald**, merci de m'avoir fait découvrir et aimer la gériatrie, merci de m'avoir transmis votre savoir, merci pour votre bienveillance, merci de m'avoir fait grandir et prendre (un tout petit peu) confiance en moi, le chemin un encore long pour une totale confiance, mais j'y travaille. Et merci pour toutes les blagues pendant les visites au court séjour !

Aux **Drs Pascal BAZERQUE** et **Julien CHAINET** pour ces premiers pas en douceur dans la médecine libérale.

Aux pédiatres de Montauban : **Dr Aurélie BRIDIER**, **Dr Sabine CHARPENTIER**, **Dr Françoise CASCARIGNY**, **Dr Lieselot TEMPERE**, **Dr Pierre MOULIN** et à toutes les infirmières, merci pour votre accueil dans votre monde de bisounours, votre sympathie et votre implication dans notre formation en pédiatrie. Vous m'avez appris à ne plus avoir peur de ces petites choses que sont les enfants, merci pour ça.

Et bien sûr, merci à **Gaëlle**, **Jean-Yves** et **Jean-Lin**, j'ai eu la chance d'être votre première interne (qui s'est accrochée pendant un an !), merci de m'avoir donné l'envie de rester par ici, merci de m'avoir accompagné dans mes derniers pas d'interne et maintenant encore dans mes premiers pas de médecin remplaçant. Merci pour votre patience, votre réassurance, votre encadrement et votre présence. Merci pour votre gentillesse. Après m'avoir supportée un an, vous risquez de m'avoir encore quelques temps dans le coin, va falloir s'y faire ! Merci à Paule pour tous les repas du mercredi et les légumes du jardin.

Aux copains :

À **Gugu**, j'espère que tu as prévu les pop-corn pour assister à ce grand spectacle, tu vas en avoir besoin ! Merci d'être venu aujourd'hui, même si je sais que c'est surtout pour les vacances au ski !

À **Toune**, merci d'être venu à ma rescousse avec tes conseils statistiques, j'ai fais tout péter avec mes tableurs ! À **Elo** & **La Pouze**. Merci, vous êtes des amis, mais quand même j'ai fait les poupées vaudous pour vous punir de votre absence.

Aux voisins, **Layou** notre musher canadien & **Ricaud**. Notre expatriation toulousaine nous a permis de découvrir Lannemezan et ses chers habitants. Merci pour cet accueil, qui nous fait nous sentir vraiment à la maison dans les Hautes-Pyrénées. Câlin de cheveux.

À **Marie**, notre directrice de thèse adjointe : merci pour tes conseils, pour tes relectures, tes corrections, merci pour le temps que tu nous as consacré, ton aide nous a été plus que précieuse. À quand la publication et la direction de thèse ?

À **Camille**, merci d'avoir accepté de partager ce projet avec moi, merci pour ta patience, ton écoute, ton implication. Merci pour la précision et la qualité de ton travail, ta volonté de bien faire et ton perfectionnisme. Merci pour ton amitié, pour ta présence et toutes tes réponses à mes questionnements et mes doutes lors de mon SASPAS et mes remplacements. Ça n'a pas toujours été facile durant ces mois de thèse, mais on aura quand même bien rigolé ! Merci de m'avoir supportée. Big up au cheval!
Je te souhaite le meilleur dans tes projets, personnels et professionnels. Bon voyage & bonne route, tu feras un excellent médecin généraliste, je n'en ai jamais douté !

À **Théo**, merci pour ton soutien, ta présence, ta patience, ta gentillesse, ta bienveillance, ton amour. Je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu fais pour moi. Je ne compte plus les moments où tu as eu besoin de me rassurer et de me remonter le moral !

Merci pour ta participation à ce travail, merci pour tes conseils, ton aide pour les graphiques et les mises en page.

Mais surtout merci d'être là, merci d'être la personne que tu es.

À nos projets futurs, mais surtout au Canada ! J'ai hâte de vivre tout ça avec toi.

À Julia

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

Étude MOST : Étude des Motifs de consultation en OSTéopathie

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

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

MCA : Médecines Complémentaires et Alternatives

NI : Non Interprétable

NR : Non Répondu

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SP : Sans Profession

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION	3
II. MATÉRIEL ET MÉTHODES	5
a. Type d'étude	5
b. Population d'étude	5
c. Objectifs de l'enquête	5
d. Description du questionnaire	6
e. Déroulement de l'étude et recueil des données	6
III. RÉSULTATS	8
a. Taux de participation	8
b. Profil du patient	8
c. Le patient, son médecin traitant et l'ostéopathie	13
d. Orientation initiale vers l'ostéopathie	14
e. Motifs de consultation	15
f. Raisons de la première intention	16
g. Les différents attraits de l'ostéopathie	18
h. Médecine et Ostéopathie	23
i. Dangerosités et connaissances de l'ostéopathie	23
j. Aspect financier	23
k. Autres médecines complémentaires et alternatives	24
l. Expérience de l'Ostéopathie versus Médecine Générale	25
IV. DISCUSSION	27
A. FORCES	27
B. FAIBLESSES	27
C. À PROPOS DE LA MÉTHODE	28
a. Le questionnaire	28
b. Les conditions de recueil	28

D.	À PROPOS DES RÉSULTATS	28
a.	Représentativité de l'échantillon de l'étude	28
b.	Profil du patient	29
c.	Le patient, son médecin traitant et l'ostéopathie	30
d.	Orientation initiale vers l'ostéopathie	31
e.	Motifs de consultation	31
f.	Raisons de la première intention	33
g.	Médecine versus Ostéopathie	34
h.	Les différents attraits de l'ostéopathie	35
i.	Dangerosités et connaissances de l'ostéopathie	37
j.	Aspect financier	39
k.	Autres médecines complémentaires et alternatives	40
l.	Expérience de l'Ostéopathie versus Médecine Générale	40
m.	Comparaison des deux populations	41
V.	CONCLUSION	42
	BIBLIOGRAPHIE	44
	ANNEXES	47
	INDEX DES FIGURES	52
	RÉSUMÉ	53

I INTRODUCTION

Les Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) constituent un champ de conflit et de débat ancien et toujours d'actualité en France. Ces conflits concernent un ensemble de questions récurrentes sur la reconnaissance des professions intervenant dans le champ de la santé. Le statut de ces pratiques plus ou moins réglementées par rapport à la médecine conventionnelle, l'organisation de ces professions, la définition des règles d'accès à leur exercice et le contenu de leurs formations sont encore controversés (1).

Dans cette thèse nous nous intéresserons spécifiquement à l'ostéopathie qui malgré les débats, est une pratique de plus en plus répandue en France : le nombre d'habitants par ostéopathe (toutes catégories professionnelles confondues) est passé de 5529 en 2010, à 2519 en 2016 (2).

Différentes législations ont été adoptées au cours de la dernière décennie afin de réglementer au mieux cette discipline :

- La loi du 4 mars 2002, (ou loi Kouchner relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé), dont l'article 75 régit l'usage du titre d'ostéopathe. L'usage professionnel du titre d'ostéopathe est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé dans des conditions fixées par décret (3).
- Le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie. Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques (4).
- Le décret n°2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation modifié par le décret n°2014-1505 du 12 décembre 2014 - art. 30. Le diplôme d'ostéopathe est délivré aux personnes ayant suivi une formation définie par arrêté du ministre chargé de la santé (5),(6).
- Le diplôme est délivré par les établissements agréés mentionnés à l'article 1er du décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie, réduisant à 23 leur nombre en France. Il est également

délivré par les universités à des titulaires de diplômes, certificats, titres ou autorisations leur permettant d'exercer une profession médicale ou d'auxiliaires médicaux (7).

Malgré ces progrès en matière de législation et formation, certains médecins sont toujours réticents vis à vis de cette thérapie. Pourtant la demande croissante des patients pour ces pratiques semble signifier qu'aujourd'hui la médecine conventionnelle ne répond pas complètement à leurs attentes. Le comportement du public vis à vis de la médecine est ambivalent : convaincu et même séduit par les avancées de la recherche, il est en même temps déçu, et parfois révolté, par les nombreux domaines où les résultats des traitements sont insuffisants, ou encore inquiet des inconvénients. Cette ambivalence est entretenue par les multiples sources d'information non contrôlée qu'offre notre société sur cette pratique qui séduit le grand public indéniablement (8).

L'objectif principal de cette thèse est de comprendre pourquoi les patients consultent en première intention un ostéopathe, sans avis médical ou para-médical préalable. S'agit-il d'un attrait vrai pour l'ostéopathie ou bien d'une fuite de la médecine générale. Dans un second temps nous chercherons à savoir s'il existe des différences entre population rurale et urbaine ainsi qu'à évaluer la connaissance des patients sur l'ostéopathie.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

a. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête observationnelle transversale, concernant la patientèle d'ostéopathes des Hautes-Pyrénées et de Toulouse.

Le support de l'étude est un questionnaire papier distribué dans des cabinets d'ostéopathie tirés au sort. Il a été remis en mains propres aux professionnels, sous couvert d'explications orales. Les modalités de remise du questionnaire aux patients restent à la charge des ostéopathes et selon leur choix (laissé en libre accès dans la salle d'attente, proposé à chaque patient après la consultation, ...)

b. Population d'étude

Deux populations ont été choisies : un groupe dans les Hautes-Pyrénées (=groupe 65) et un groupe à Toulouse (=groupe 31).

- Critères d'inclusion : les hommes et femmes de plus de 18 ans, consultant un ostéopathe sans avis médical ou para-médical préalable, et n'ayant pas été adressés par un professionnel de santé.
- Critères d'exclusion : les patients de moins de 18 ans, les femmes enceintes et les sportifs de haut niveau, ainsi que tous les patients adressés par un professionnel de santé.

L'objectif était d'obtenir au minimum un taux de 75% de réponses.

c. Objectifs de l'enquête

- L'objectif principal de cette étude est d'identifier les raisons et les motivations des patients à consulter un ostéopathe, en première intention, sans avis médical ou para-médical préalable.
- Les objectifs secondaires sont de comparer les populations rurale et urbaine, évaluer leurs connaissances de l'ostéopathie, et étudier l'aspect économique.

d. Description du questionnaire

Le questionnaire (Annexe 1) a été élaboré selon les références bibliographiques et après entretien avec un ostéopathe. Puis il a été testé auprès de quatre personnes extérieures au monde médical et ostéopathique avant sa diffusion pour évaluer sa compréhension.

Il se compose de 26 questions organisées en deux parties :

- la première partie établit le profil du patient : sexe, âge, profession, traitements de fond et nombre de consultations sur l'année en médecine générale et en ostéopathie.
- la deuxième partie évalue les motivations des patients à se tourner vers l'ostéopathie, leurs craintes vis-à-vis de cette thérapeutique, leur relation avec la médecine générale, l'aspect financier, et surtout la place de l'ostéopathie dans l'offre de soin.

La plupart des questions sont fermées. Huit questions sont ouvertes mais amènent à une réponse courte : les traitements de fond, la raison de la non information du médecin traitant, les craintes vis-à-vis de l'ostéopathie, le problème posé par le coût de la consultation, la connaissance des situations nécessitant un avis médical préalable, le recours à d'autres médecines complémentaires et alternatives et la raison de la consultation d'un ostéopathe plutôt que d'un médecin généraliste en première intention.

Deux questions proposent une échelle de réponse de 0 à 10 : nous cherchons à évaluer l'importance de chaque item (la prise en charge plus naturelle, l'absence de médicaments, l'approche plus globale, ...) dans le choix de consulter un ostéopathe.

e. Déroulement de l'étude et recueil des données

Nous avons choisi d'effectuer l'étude dans les Hautes-Pyrénées et à Toulouse : d'une part dans le but de comparer deux populations rurale et urbaine, et d'autre part car ils correspondent à nos lieux de résidence et projets d'installation.

Le choix des cabinets d'ostéopathie s'est fait de manière aléatoire par tirage au sort via un logiciel en ligne. Deux numéros sont ressortis, déterminant la ligne et le saut dans la liste des Pages Jaunes.

De cette façon, 20 ostéopathes dans les Hautes-Pyrénées et 20 à Toulouse ont été sélectionnés : les ostéopathes exclusifs ont été gardés, les autres praticiens non exclusivement ostéopathes ont été éliminés.

Au total,

- Dans les Hautes-Pyrénées : 14 ostéopathes exclusifs ont été contactés par téléphone ou par internet (mail, réseaux sociaux), avec deux relances.
Neuf ont accepté de participer à l'étude, un a été éliminé car effectuant exclusivement du domicile, trois n'ont jamais répondu malgré les relances. Un a accepté mais n'a jamais donné suite.

- Sur Toulouse : 16 ostéopathes exclusifs ont été contactés par téléphone ou par internet (mail, réseaux sociaux), avec deux relances.
Six ont accepté de participer à l'étude, deux ont refusé catégoriquement de participer (par mail ou téléphone), une remplaçante a accepté de distribuer le questionnaire mais le titulaire n'a pas donné suite, sept n'ont jamais répondu malgré les relances.

Le recueil des données s'est fait du 1^{er} août 2016 au 15 octobre 2016.

Les données ont ensuite été recueillies sur un tableur Excel.

Les résultats sont exprimés en valeurs absolues et en pourcentages.

III RÉSULTATS

a. Taux de participation

170 questionnaires ont été distribués dans les Hautes-Pyrénées, parmi lesquels 13 n'ont pas été rendus et 157 ont été récupérés, soit un taux de participation de 92,3%.

Après analyse, 17 de ces questionnaires ont été exclus car les patients étaient soit orientés, soit des femmes enceintes soit des personnes de moins de 18 ans. Au total 140 questionnaires ont donc été étudiés. Ils constituent le groupe 65.

220 questionnaires ont été distribués à Toulouse : 30 n'ont pas été rendus, 190 ont été récupérés, soit un taux de participation de 86,4%.

Après analyse, 23 ont été exclus car les patients étaient soit orientés, soit des femmes enceintes soit des personnes de moins de 18 ans. Au total 167 questionnaires ont donc été étudiés. Ils constituent le groupe 31.

Ainsi, 390 questionnaires ont été distribués et 347 ont été récupérés. Le taux de participation globale est donc de 89%.

b. Profil du patient

- Sexe

Dans le groupe 65 : 28% (N=39) des participants sont des hommes et 72% (N=101) des femmes.

Dans le groupe 31 : 37% (N=62) des patients sont des hommes et 63% (N=105) des femmes.

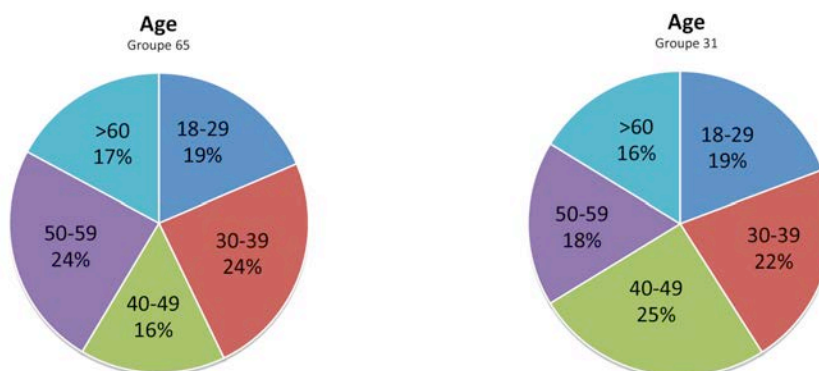
- Âge

Les âges des participants ont été classés en cinq catégories : de 18 à 29 ans, de 30 à 39 ans, de 40 à 49 ans, de 50 à 59 ans, et les plus de 60 ans.

La répartition entre celles-ci est homogène, comme le montrent les diagrammes ci-après.

Cependant pour les deux populations confondues la catégorie des 30-39 ans est la plus représentée (N=70).

Figure 1 : Répartition des âges dans les groupes 65 et 31.



Groupe 65	Groupe 31
18-29 ans N=26	18-29 ans N=32
30-39 ans N=34	30-39 ans N=36
40-49 ans N=22	40-49 ans N=42
50-59 ans N=34	50-59 ans N=29
> 60 ans N=24	> 60 ans N=27

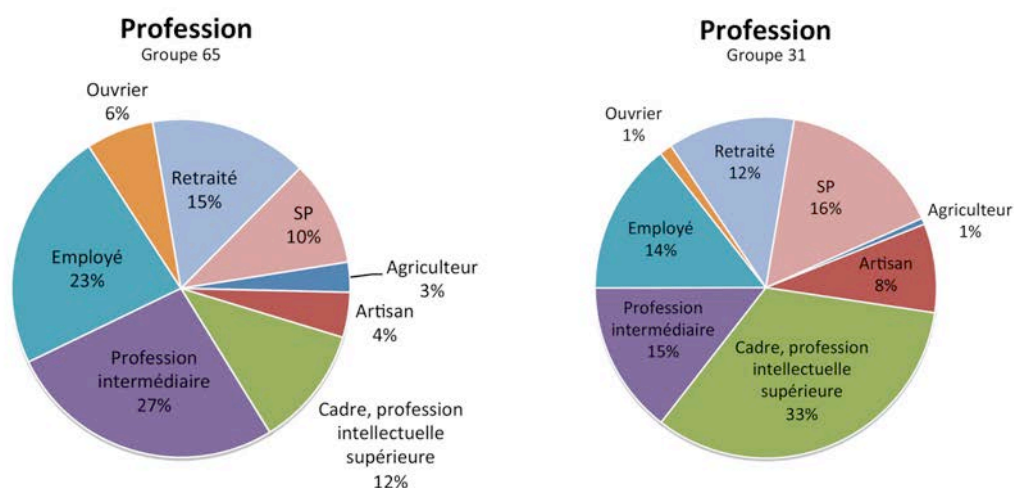
- Profession

Les professions ont été classées selon la nomenclature de l'Institut National de la Statistique et des Études économiques (INSEE) (9).

Les professions intermédiaires sont les plus représentées dans les Hautes-Pyrénées. À Toulouse ce sont les cadres et professions intellectuelles supérieures qui dominent.

Les diagrammes ci-après montrent la répartition dans les deux groupes des différentes professions.

Figure 2 : Répartition des professions dans les groupes 65 et 31.



SP : Sans Profession

	Groupe 65	Groupe 31
Agriculteur	N=4	N=1
Artisan	N=6	N=14
Cadre, profession intellectuelle supérieure	N=16	N=55
Profession intermédiaire	N=37	N=25
Employé	N =32	N=23
Ouvrier	N=9	N=2
Retraité	N=21	N=20
Sans profession	N=15	N=27

- Traitements

Les médicaments ont été répartis en quatre catégories :

- cardio-vasculaire : anti-hypertenseurs, hypolipémiants, antiagrégants plaquettaires...
- gynécologique : contraceptifs et traitements hormonaux substitutifs.
- endocrinologique : anti-diabétiques et hormones thyroïdiennes.
- catégorie « divers » : anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), anti-épileptiques à visée antalgique, anti-dépresseurs, inhibiteurs de la pompe à protons, vitamines, compléments alimentaires, ...

Dans le groupe 65: 71% (N=99) des patients ne prenaient aucun traitement de fond, 1% (N=1) n'a pas répondu. Parmi les 40 patients (28%) qui déclaraient prendre des médicaments 10 prenaient des traitements appartenant à deux catégories.

Dans le groupe 31 : 73% (N=123) des répondants ne prenaient pas de traitement de fond, 1% (N=1) n'a pas répondu. Parmi les 43 patients (26%) déclarant prendre des médicaments 10 en prenaient appartenant à deux catégories, et un à trois catégories.

Les résultats sont exposés dans les tableaux suivants.

Tableaux 1 : Répartition entre catégories de traitements dans les groupes 65 et 31.

Traitements Groupe 65	N	%
Non répondu	3	6,5
Cardio-vasculaire	14	29
Gynécologie	7	14,5
Endocrinologie	10	21
Divers	14	29
Somme	48	100

Traitements Groupe 31	N	%
Non répondu	3	5
Cardio-vasculaire	13	24
Gynécologie	7	13
Endocrinologie	15	27
Divers	17	31
Somme	55	100

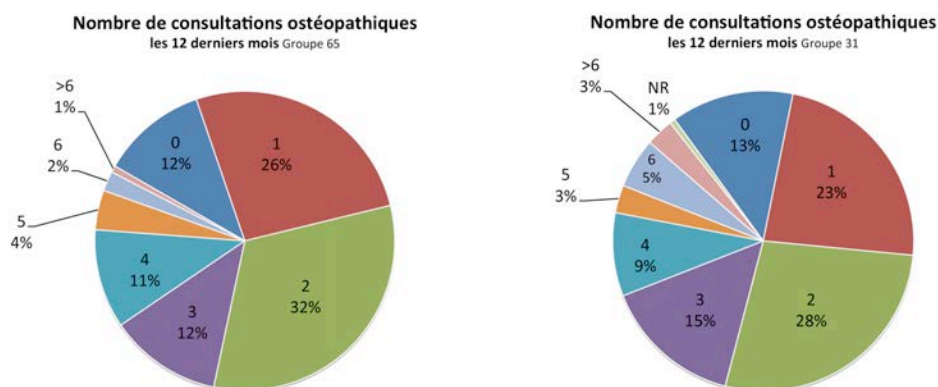
- Consultations

Les patients ont été interrogés sur la fréquence de consultation de leur ostéopathe et de leur médecin traitant au cours des douze derniers mois. Le nombre de consultations a été réparti en huit groupes, détaillés sur les figures ci-après.

Dans les Hautes-Pyrénées, le nombre de consultation par an chez l'ostéopathe et chez le médecin s'équilibre entre une et deux consultations.

À Toulouse, il se répartit majoritairement entre zéro et trois consultations.

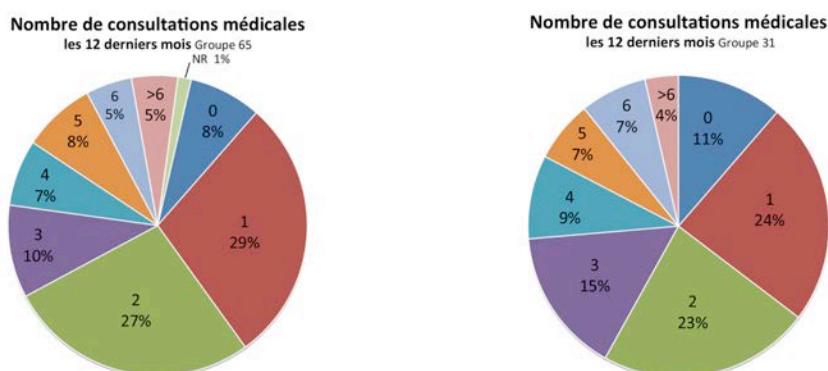
Figure 3 : Répartition du nombre de consultations ostéopathiques dans les groupes 65 et 31.



NR : Non Répondu

	Groupe 65	Groupe 31
0 consultation	N=17	N=22
1 consultation	N=36	N=39
2 consultations	N=45	N=46
3 consultations	N=17	N=25
4 consultations	N=15	N=15
5 consultations	N=6	N=5
6 consultations	N=3	N=9
Plus de 6 consultations	N=1	N=5
Non répondu	N=0	N=1

Figure 4 : Répartition du nombre de consultations médicales dans les groupes 65 et 31.



NR : Non Répondu

	Groupe 65	Groupe 31
0 consultation	N=11	N=19
1 consultation	N=40	N=40
2 consultations	N=38	N=38
3 consultations	N=14	N=26
4 consultations	N=10	N=15
5 consultations	N=11	N=11
6 consultations	N=7	N=12
Plus de 6 consultations	N=7	N=6
Non répondu	N=2	N=0

c. Le patient, son médecin traitant et l'ostéopathie

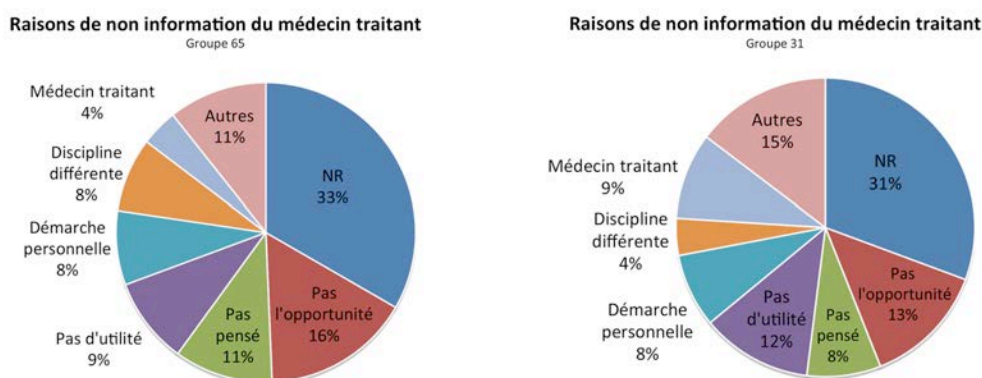
- Information du médecin traitant
 - D'une façon générale, 49% (N=69) des patients du groupe 65 et 55% (N=92) des patients du groupe 31 ont informé leur médecin traitant qu'ils consultaient un ostéopathe.
 - Pour ce qui est de la consultation le jour où les patients ont rempli le questionnaire chez l'ostéopathe, 13% (N=18) du groupe 65 et 12% (N=19) du groupe 31 en avaient informé leur médecin traitant.

Les réponses des patients n'informant pas leur médecin traitant ont été classées comme suit :

- « n'a pas répondu »
- « n'a pas eu l'opportunité d'aborder le sujet »
- « n'a pas pensé à l'évoquer avec son médecin traitant »
- « n'a pas jugé utile d'en parler au médecin traitant »
- « l'ostéopathie est une démarche personnelle ne concernant pas le médecin traitant »
- « l'ostéopathie est une discipline différente sans lien avec le médecin traitant »
- « pense que le médecin traitant est réfractaire à l'ostéopathie et donc peu ouvert à la discussion »
- « autres réponses ». Sont regroupées par exemple dans cet item les réponses suivantes « ? », « pourquoi pas ? », « pas de médecin traitant », « consultations ostéo exceptionnelles », « pas de raisons particulières » (*sic*).

Les résultats sont exposés dans les diagrammes ci-après.

Figure 5 : Raisons de la non-information du médecin traitant dans les groupes 65 et 31.



NR : Non Répondu

	Groupe 65	Groupe 31
Non répondu	N=25	N=23
Pas l'opportunité d'en parler	N=12	N=10
Pas pensé	N=8	N=6
Pas d'utilité	N=7	N=9
Démarche personnelle	N=6	N=6
Discipline différente	N=6	N=3
Médecin traitant réfractaire	N=3	N=7
Autres	N=8	N=11

- Abord de l'ostéopathie en consultation

54% des patients (N=76) dans le groupe 65, et 60% (N=100) dans le groupe 31 ont abordé le thème de l'ostéopathie en consultation avec leur médecin traitant. Parmi les patients ayant évoqué le sujet, 80% (N=63) dans les Hautes-Pyrénées et 84% (N=90) à Toulouse ont un médecin favorable à cette pratique.

Pour la recommandation d'un praticien en particulier:

- dans le groupe 65, sur les 109 patients ayant répondu : 16% (N=18) ont été conseillé.
- dans le groupe 31, sur les 130 patients ayant répondu : 22% (N=28) ont été conseillé.

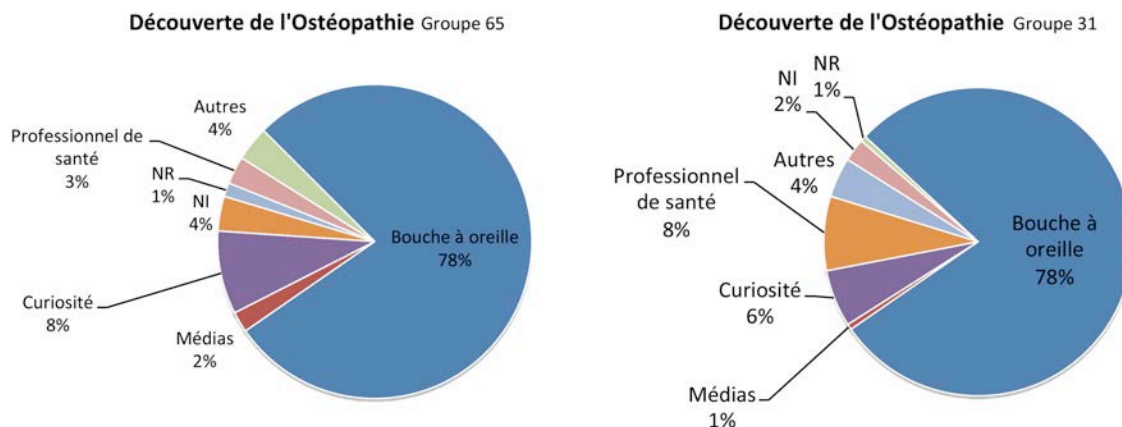
d. Orientation initiale vers l'ostéopathie

Pour 78% des patients des deux groupes, (N=109 dans le groupe 65 et N=131 dans le groupe 31) le premier contact avec l'ostéopathie s'est fait grâce au bouche à oreille.

Les autres modes de découvertes ne sont que très peu cités. Leur répartition est détaillée dans le graphique ci-dessous.

Pour exemple, ont été classées dans la catégorie « autres » les réponses suivantes : « sport », « rencontre avec un ostéopathe », « avec le rugby on me la conseiller » (*sic*).
 Ont été classées dans la catégorie « non interprétable » les réponses des patients ayant coché deux items alors qu'un seul était demandé.

Figure 6 : Découverte de l'ostéopathie dans les groupes 65 et 31.



NR : Non Répondu.

NI : Non Interprétable.

e. Motifs de consultations de l'ostéopathe

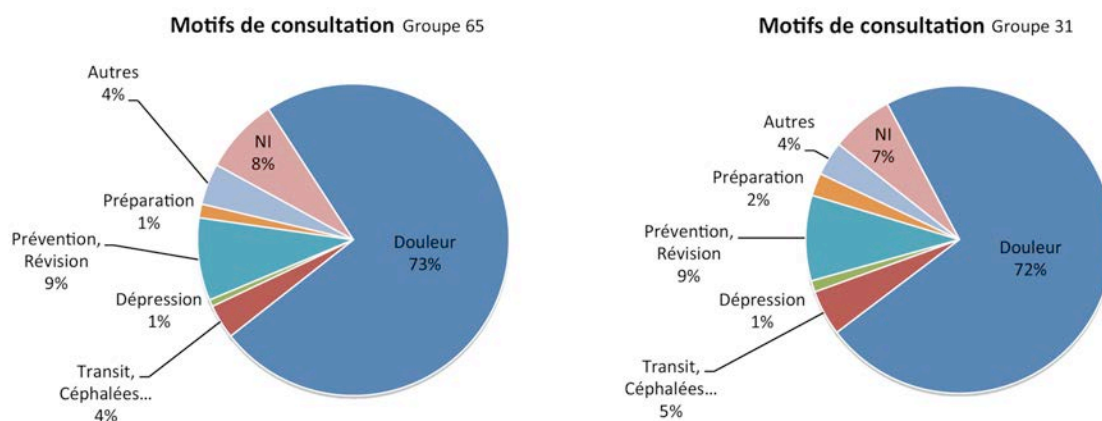
Les motifs de consultation étaient essentiellement liés à une douleur d'origine articulaire ou musculaire : 73% (N=103) dans le groupe 65, 72% (N=121) dans le groupe 31.

Le reste des motifs se divise entre prévention et préparation sportive, dépression, problème relevant de l'ostéopathie viscérale (transit, circulation veineuse, douleurs abdominales, céphalées ...), selon la répartition présentée dans la figure ci-après.

La catégorie « autres » regroupe par exemple les réponses suivantes : « perte équilibre vertige », « choc émotionnel », « glossodynies » (*sic*).

Ont été classées dans la catégorie « non interprétable » les réponses des patients ayant coché deux items alors qu'un seul était demandé.

Figure 7 : Motifs de consultations de l'ostéopathe dans les groupes 65 et 31.



NI : Non Interprétable

f. Raisons de la première intention

Deux questions ouvertes avaient pour but de déterminer les raisons pour lesquelles les patients consultaient un ostéopathe sans avis médical préalable.

Devant la redondance des réponses exprimées, les deux questions ont été regroupées pour l'étude des données.

Leur analyse a permis de définir huit thèmes :

- 1) le refus de médicaments (AINS et antalgiques cités à chaque fois lorsque le nom d'une famille médicamenteuse a été précisée)
- 2) l'efficacité de l'ostéopathie ou l'antécédent d'efficacité
- 3) l'ostéopathe est considéré comme le spécialiste de la pathologie ostéoarticulaire

Dans cet item nous avons regroupé les réponses suivantes : « parce que j'estime qu'il y a besoin de manipulations, qu'un médecin ne fait pas », « spécialiste. Pourquoi voir un médecin qui me dirigera vers un spécialiste », « pour les manipulations qui ne peuvent être faites uniquement par un médecin spécialiste » (*sic*).

- 4) le souhait d'une approche différente, plus globale
- 5) le traitement de la cause
- 6) l'échec de la médecine générale ou de la kinésithérapie : patient ayant déjà consulté pour le même type de problème sans résultat

7) l'insatisfaction des patients quant à la réponse donnée par la médecine générale

Dans cet item nous avons regroupé les réponses suivantes « je connais déjà sa réponse », « la solution proposée par le médecin ne me conviens pas », « pas envie de régler une consultation pour ce que je sais déjà », « le traitement est toujours le même et je possède les médicaments habituellement prescrits », « il m'aurait renvoyé vers un kiné », « le médecin n'a pas de réponse appropriée », « n'a pas de solution à apporter », « parce que la médecine conventionnelle ne me convient pas », « pour ne pas perdre de temps » , « en suivant le protocole désormais avant d'avoir un résultat on attend un mois », « il m'a dit qu'il n'y avait rien à faire », « la médecine n'a pas le temps de traiter en profondeur », « le médecin n'aurait rien pu faire de mieux », « je connais le cheminement (vers radio ect) » (*sic*).

8) la confiance en l'ostéopathe : plus d'écoute et de proximité

9) autres

Dans cet item nous avons regroupé les réponses suivantes « conseille de mon fils », « je suis en formation à 150 km de chez moi », « je ne suis pas malade », « je consulte les 2 », « je n'aime pas faire fonctionner la sécu pour rien », « risque de devoir faire d'autres examens », « pas vraiment de suivi médecin traitant » (*sic*).

Pour le groupe 65, « le refus des médicaments » est la principale raison de la première intention, alors que dans le groupe 31 c'est « l'ostéopathe considéré comme le spécialiste » qui est cité en premier.

Les résultats sont détaillés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Raisons de la première intention dans les groupes 65 et 31.

Groupe 65	N	%	Groupe 31	N	%
Refus des médicaments	64	24	Praticien « spécialiste »	65	22
Praticien « spécialiste »	47	18	Refus des médicaments	49	17
Efficacité de l'ostéopathie	38	14	Efficacité de l'ostéopathie	45	15
Insatisfaction vis à vis MG	33	12,5	Insatisfaction vis à vis MG	45	15
Échec de la MG	26	10	Autres	25	9
Approche différente	24	9	Échec de la MG	24	8
Traitement de la cause	12	4,5	Traitement de la cause	17	6
Confiance en l'ostéopathe	8	3	Approche différente	15	5
Autres	7	3	Confiance en l'ostéopathe	6	2
Non répondu	5	2	Non répondu	2	1
Total	264	100	Total	293	100

g. Les différents attraits de l'ostéopathie

Chaque patient a été interrogé sur les attraits que peut avoir l'ostéopathie.

Le but était de connaître les déterminants du choix de consulter un ostéopathe.

La première question comportait sept items :

- le délai de consultation plus rapide chez l'ostéopathe
- le temps de consultation consacré plus long
- l'accès plus facile géographiquement
- l'approche plus globale de l'ostéopathie
- la prise en charge naturelle
- l'absence de prise médicamenteuse
- la prise en charge manuelle à un problème semblant « mécanique »

La deuxième en comportait neuf :

- l'impression de guérison plus rapide
- l'impression de guérison plus durable
- la revalorisation du corps par l'ostéopathie
- l'impression de liberté dans le choix du traitement
- le lâcher prise nécessaire à la guérison encouragé par l'ostéopathie
- la participation à une quête de bien-être
- la quête d'un sens, d'une explication à la pathologie
- le traitement de la cause en plus du soulagement des symptômes
- les effets indésirables moindres

Pour ces deux questions, une catégorie « autre » avec possibilité de réponse ouverte a été proposée. Cette catégorie n'a jamais été remplie.

Pour chaque item, l'importance devait être cotée de 0 à 10 :

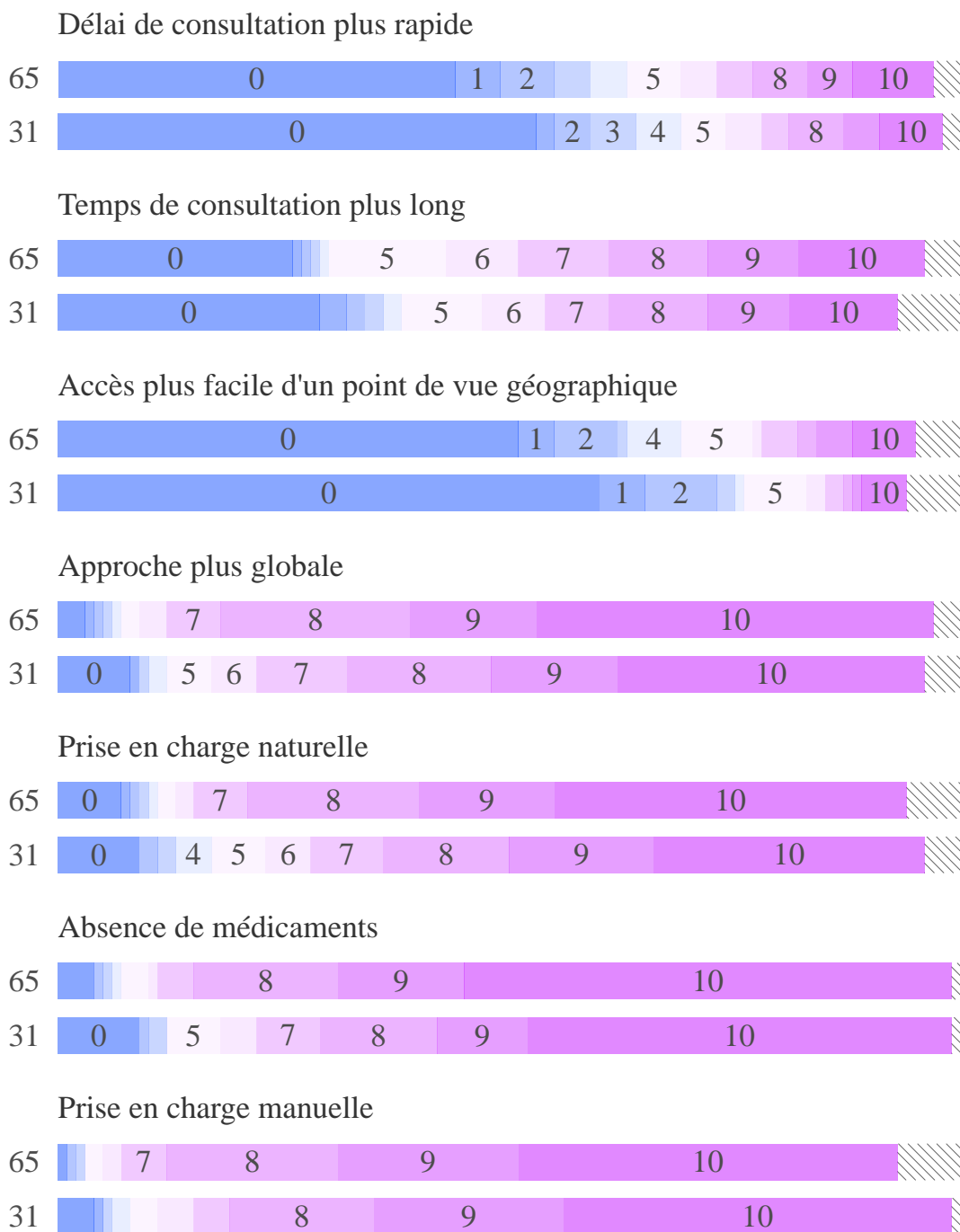
« 0 = n'est pas intervenu dans mon choix ; 10 = a eu une importance majeure dans mon choix ».

Les résultats des 16 items sont regroupés dans les graphiques ci-après.

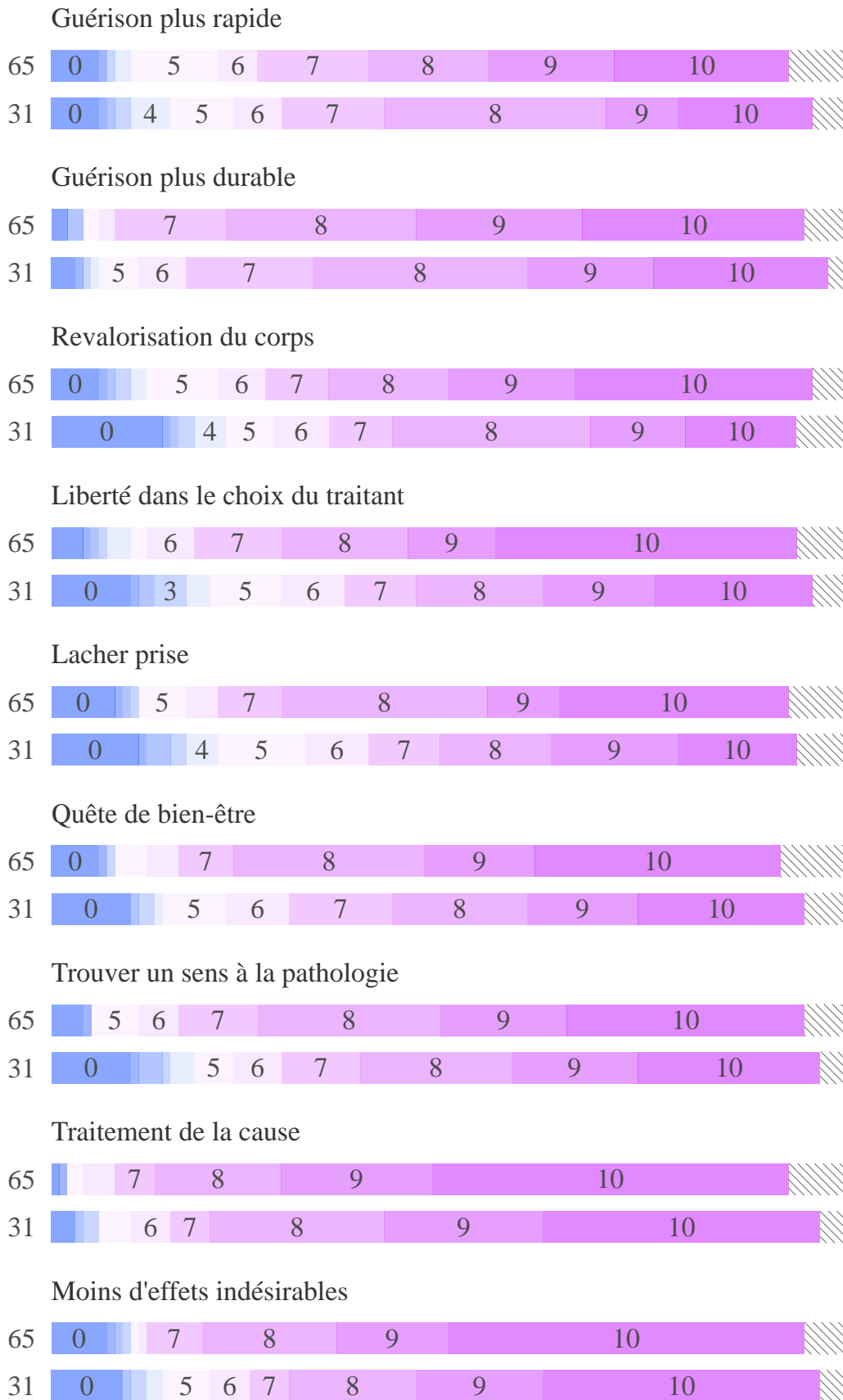
La largeur de chaque valeur est proportionnelle à son effectif.

Figure 8 : Importance des différents attrait de l'ostéopathie dans les groupes 65 et 31.

Les attrait de l'Ostéopathie - Groupes 65 et 31



Les attraits de l'Ostéopathie - Groupes 65 et 31



La partie grisée correspond aux non réponses.

Pour la première question, quatre items se démarquent. La majorité des réponses données sont comprises entre les gradations 8 et 10.

- « approche plus globale de l'ostéopathie » : 79% (N=110) dans le groupe 65 et 74% (N=124) dans le groupe 31 ont coché entre 8 et 10.
- « prise en charge naturelle » : 72% (N=101) dans le groupe 65 et 59% (N=99) dans le groupe 31, ont choisi des cotations entre 8 et 10.
- « absence de prise médicamenteuse » : 84% (N=118) dans le groupe 65 et 70% (N=116) dans le groupe 31 ont coché entre 8 et 10.
- « prise en charge manuelle au problème mécanique » : 81% (N=114) dans le groupe 65 et 80% (N=133) dans le groupe 31, ont choisi majoritairement des gradations entre 8 et 10.

Pour deux items la cotation 0 se démarque dans les deux groupes :

- « délai de consultation plus rapide » : 44% (N=61) dans le groupe 65 et 53% (N = 88) dans le groupe 31.
- « accès plus facile d'un point de vue géographique » : 51% (N=71) dans le groupe 65 et 61% (N=101) dans le groupe 31.

Pour l'item « temps de consultation plus long », les avis sont moins tranchés.

Les réponses sont concentrées autour 0 (26% soit N=37 dans le groupe 65 et 29% soit N=49 dans le groupe 31) puis se distribuent de 5 à 10. Leurs pourcentages ne sont pas significatifs individuellement.

Au total :

Quatre items (l'absence de médicaments, la prise en charge mécanique, la prise en charge naturelle, et l'approche globale) ont une importance majeure dans le choix de consulter.

Trois items (l'accès plus facile, le délai plus rapide d'obtention d'un rendez-vous et le temps de consultation plus long) ne sont pas intervenus.

Pour la deuxième question, les résultats sont moins contrastés.

Quatre items se démarquent :

- « impression de guérison plus rapide » : 83% (N=117) pour le groupe 65 et 66% (N=111) pour le groupe 31 ont choisi les cotations entre 7 et 10.
- « impression d'une guérison plus durable » : 86% (N=121) du groupe 65, et 80% (N=133) du groupe 31 ont coché les grades entre 7 et 10.
- « traitement de la cause en plus d'en soulager les symptômes » : 81% (N=113) du groupe 65, et 77% (N=129) du groupe 31 ont coché entre 8 et 10.
- « moins d'effets indésirables » : les cotations se répartissent entre 8 et 10 dans les deux groupes (76% N=106 du groupe 65, et 66% N=111 du groupe 31).

Les items suivant ont un impact positif dans le choix de consulter un ostéopathe, même si la cotation 0 n'est pas négligeable.

- « revalorisation du corps » : 61% (N=85) dans le groupe 65 et 51% (N=85) dans le groupe 31 ont choisi des cotations entre 8 et 10. La cotation 0 (14% N=24) se démarque dans le groupe 31.

- « impression de liberté dans le choix du traitement » : 76% (N=107) dans le groupe 65 ont coché les grades entre 7 et 10.

Dans le groupe 31 les cotations de 8 à 10 représentent 50% (N=84), puis elles se répartissent entre 5 et 7 (26% N=43).

- « lâcher prise bénéfique pour le traitement du problème » : 54% (N=76) du groupe 65 ont choisi les cotations de 8 à 10.

Dans le groupe 31, les réponses se répartissent entre les cotations 5 et 10 (74% N= 123).

- « quête de bien être » : 69% (N=97) dans le groupe 65, et 64% (N=87) dans le groupe 31 ont choisi des cotations entre 8 et 10.

- « donner un sens, une explication à la pathologie » : 79% (N=111) dans le groupe 65, et 68% (N=114) dans le groupe 31 ont coché entre 7 et 10.

Pour chaque item, les gradations non citées représentent moins de 10% des réponses chacune et sont donc non significatives.

Au total, quatre items (impression de guérison plus rapide, impression de guérison plus durable, traitement de la cause et moins d'effets indésirables) ont une importance majeure dans le choix de consulter un ostéopathe. Pour les autres items, les résultats sont moins tranchés mais ont un impact positif dans ce choix.

h. Médecine et ostéopathie

72% des patients (N=101) interrogés dans le groupe 65 et 77% des patients (N=129) du groupe 31 considèrent la médecine et l'ostéopathie comme complémentaires.

Respectivement 21% (N=29) et 15% (N=26) ont recours à l'ostéopathie plutôt qu'à la médecine conventionnelle.

3% dans chaque groupe la considère comme un dernier recours quand la médecine est inefficace (N=4 dans le groupe 65 et N= 5 dans le groupe 31).

i. Dangerosité et connaissance de l'ostéopathie

88% des participants (N=123) du groupe 65, et 73% (N=122) du groupe 31 pensent que l'ostéopathie est sans danger.

Pour ceux ayant des craintes : les mauvaises manipulations (59% groupe 65 soit N=10 et 56% groupe 31 soit N= 24), puis l'incompétence du praticien (respectivement 23% soit N=4 et 28% soit N=12) en sont les raisons.

Dans les deux groupes 90% des patients (respectivement N=126 et N=150) ignorent les deux situations pour lesquelles un avis médical préalable est obligatoire (nourrissons de moins de six mois et manipulations du rachis cervical). Pour ceux pensant les connaître, seulement 22% (N=2) du groupe 65 et 9% (N=1) du groupe 31 ont répondu correctement.

46% des patients (N=65) du groupe 65 affirment connaître le niveau de formation de l'ostéopathe qu'ils consultent contre 59% (N=99) dans le groupe 31.

Dans les deux groupes, plus d'un patient sur deux désire être mieux informé sur les principes et les indications de l'ostéopathie (68% dans le groupe 65 soit N=95 et 59% soit N=99 dans le groupe 31).

j. Aspect financier

Dans les deux groupes pour 81% des patients (respectivement N=114 et N=135) le coût de la consultation ne pose pas problème.

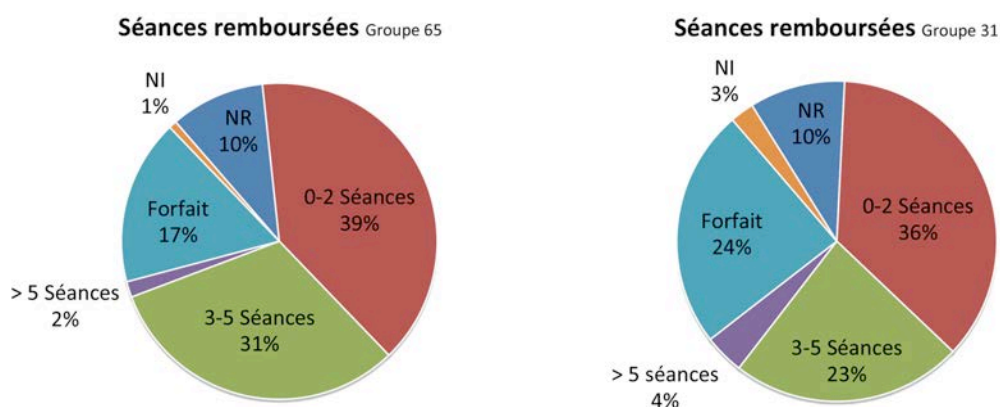
Lorsque le coût en a posé un :

- pour 45% (N=12) du groupe 65 cela concernait le remboursement, versus 40% (N=12) dans le groupe 31.
- pour 30% (N=8) du groupe 65 cela concernait le prix trop élevé, versus 47% (N=14) dans le groupe 31.

97% des patients (N=136) dans le groupe 65 et 95% dans le groupe 31 (N=158) ont une complémentaire santé. Respectivement 83% (N=114) et 76% (N=121) d'entre elles remboursent les soins d'ostéopathie.

Le remboursement s'effectue selon un nombre de séances ou un forfait (montant annuel), détaillé dans le diagramme ci dessous.

Figure 9 : Remboursement annuel des soins d'ostéopathie dans les groupes 65 et 31.



NR : Non Répondu

NI : Non Interprétable

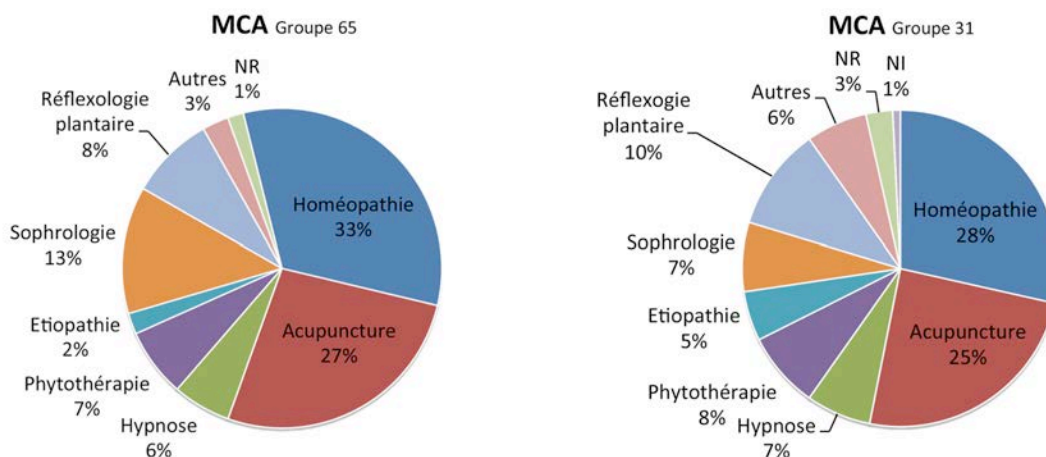
k. Autres Médecines Complémentaires et Alternatives

62% des patients du groupe 65 (N=87) et 70% des patients du groupe 31 (N=116) ont déjà eu recours aux MCA.

L'homéopathie et l'acupuncture sont les plus plébiscitées.

La répartition entre les différentes MCA est détaillée dans le diagramme ci-après.

Figure 10 : Répartition entre les différentes MCA dans les groupes 65 et 31.



NR : Non Répondu

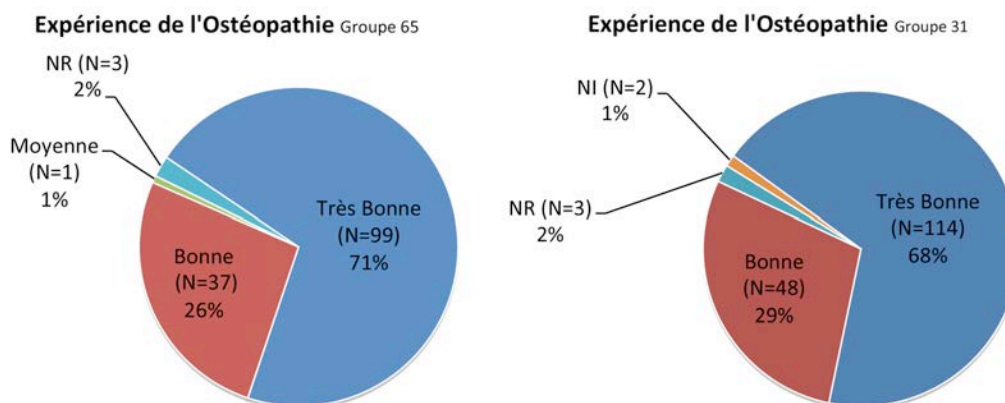
NI : Non Interprétable

1. Expérience de l'ostéopathie versus la médecine générale

Le niveau de satisfaction de l'ostéopathie et de la médecine générale a été évalué.

Les réponses dans les deux groupes se répartissent entre « très bonne » et « bonne » pour l'ostéopathie, et entre « bonne » et « moyenne » pour la médecine générale, comme le montrent les diagrammes suivants.

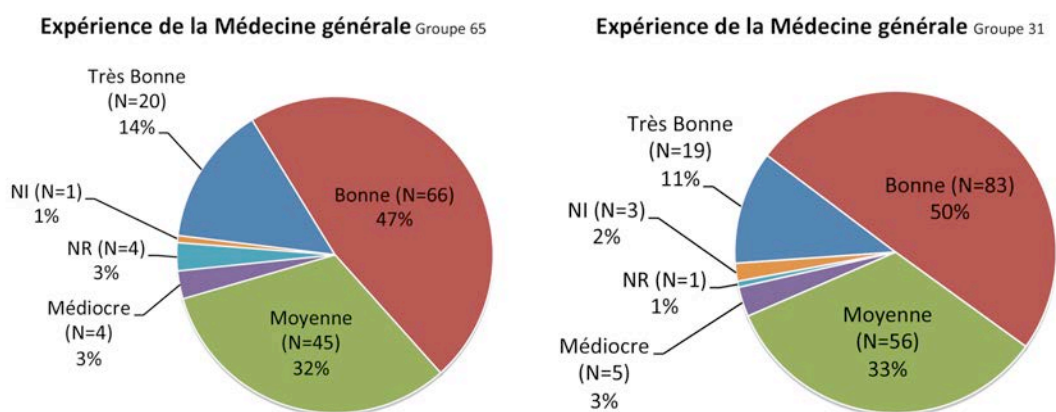
Figure 11 : Niveau de satisfaction de l'ostéopathie dans les groupes 65 et 31.



NR : Non Répondu

NI : Non Interprétable

Figure 12 : Niveau de satisfaction de la médecine générale dans les groupes 65 et 31.



NR : Non Répondu

NI : Non Interprétable

IV DISCUSSION

A. Forces

Une des forces de notre étude est d'avoir distribué un grand nombre de questionnaires et d'avoir un taux de participation élevé. La taille de notre effectif (N=307) a permis de donner plus de puissance à notre étude.

Une deuxième force est d'avoir distribué ce questionnaire dans deux départements différents, soit un secteur rural et un secteur urbain. Ce qui rend notre échantillon plus représentatif de la population générale.

Une troisième force de notre étude est d'avoir réalisé une enquête mêlant questions fermées et ouvertes. Ces dernières nous permettant d'être exhaustives quant à la réponse à l'objectif principal.

Le quatrième point fort est que l'analyse a été faite à deux, limitant ainsi le risque d'interprétations des questions ouvertes. Cette double analyse était nécessaire pour plus d'objectivité sur les résultats.

Le dernier point fort est que les ostéopathes ont été tirés au sort, diminuant ainsi le biais de sélection.

B. Faiblesses

Une des faiblesses de notre étude est que tous les questionnaires n'ont pas été distribués ni rendus de la même manière :

- soit les questionnaires ont été laissés en libre accès dans la salle d'attente,
- soit ils ont été proposés aux patients « candidats ».

Ceux remis en mains propres ont peut-être laissé moins de liberté dans les réponses. Cependant on peut pondérer cela par le fait que, pour les Hautes-Pyrénées, une enveloppe était remise avec chaque questionnaire, pour que les réponses ne soient pas consultables par l'ostéopathe. Tandis qu'à Toulouse, une simple enveloppe globale pour la remise des questionnaires a été fournie à chaque ostéopathe.

Une deuxième faiblesse est que malgré nos recherches le questionnaire n'a pas été exhaustif. Nous n'avons probablement pas recueilli l'ensemble des données, comme l'aurait fait une étude qualitative.

C. À propos de la méthode

a. Le questionnaire

Sur les 347 questionnaires récupérés au total, 40 ont dû être exclus car les patients étaient des femmes enceintes, avaient moins de 18 ans ou étaient adressés par des professionnels de santé. Un texte explicatif précédait le questionnaire et des consignes orales avaient été données aux ostéopathes. Ceci laisse penser que nos recommandations n'ont pas été suffisantes.

Ce questionnaire comportait 26 questions dont deux avec des échelles d'intensité. Les différentes graduations entre 0 et 10 ont été peu utilisées. En grande majorité les cotations étaient de 0 ou 10, ce qui montre que la consigne n'a pas été bien comprise.

b. Les conditions de recueil

Comme déjà mentionné précédemment la distribution des questionnaires aux patients s'est faite de façon différente. Ceci peut entraîner un biais de sélection.

D. À propos des résultats

a. Représentativité de l'échantillon

Notre questionnaire cible la patientèle d'ostéopathes tirés au sort. Notre population est donc représentative de la patientèle des ostéopathes mais non représentative de la population générale.

b. Profil du patient

- Sexe

Les femmes sont majoritaires puisqu'elles représentaient 72% du groupe 65, et 63% du groupe 31.

Ces résultats sont compatibles avec les données de la littérature puisqu'elles représentent 61,5% dans l'étude sur les motifs de consultation en ostéopathie de 2012, en France (Étude MOST) et 62,4% dans une étude Québécoise de 2014 (10),(11).

- Âge

La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude est celle des 30-39 ans pour les deux populations confondues.

Ces données sont également retrouvées dans la littérature. Dans l'étude MOST la moyenne d'âge des patients est de 39,1 ans (10). Mais la répartition entre nos différents groupes reste homogène.

- Profession

Une étude réalisée au Canada sur l'usage des médecines alternatives révèle que les patients qui ont recours à ces thérapies ont un niveau d'étude significativement plus élevé que le reste de la population. Ces données concordent avec les résultats obtenus dans nos deux groupes (les professions intermédiaires ainsi que les cadres et professions intellectuelles supérieures sont les plus représentées).

Plusieurs interprétations peuvent être données.

Un meilleur niveau d'éducation peut faciliter les moyens d'informations sur les maladies, les traitements, ainsi que la communication avec les autorités médicales. Mais le facteur concernant le revenu paraît tout à fait logique. En effet, quelque soit le système de santé l'ostéopathie représente un coût pour le patient. La capacité à payer apparaît donc comme un important déterminant quant à son recours (12).

- Traitement

Dans nos deux groupes 71% et 74% des patients ne prennent aucun traitement de fond.

Nous pouvons interpréter ces résultats de plusieurs façons.

Cela peut nous laisser penser que les patients ayant recours à ces thérapies sont plutôt en bonne santé et ne souffrent donc pas de pathologie organique lourde.

Nous pouvons également imaginer que les patients ayant recours aux MCA mettent un frein à l'utilisation de la médecine conventionnelle et donc aux traitements médicamenteux.

Enfin, comme nous l'avons vu plus haut, la patientèle des ostéopathes est plutôt une population jeune, certainement moins concernée par la prise de médicament au long cours.

c. Le patient, son médecin traitant et l'ostéopathie

Dans notre étude, 49% des patients du groupe 65 et 55% du groupe 31 ont informé leur médecin traitant avoir consulté un ostéopathe.

Peu d'informations sur ces données sont disponibles dans la littérature.

Une revue de la littérature Australienne de 2015, révèle qu'il y a peu de connaissances en matière de communication entre les patients et leur médecin sur l'utilisation des MCA(13).

Elle retrouve seulement trois articles abordant ce sujet :

- une étude américaine qui montre que 24% des patients ont recours aux MCA dans le cadre de lombalgie, sur les conseils de leur médecin traitant (14),
- une étude Australienne sur les lombalgies chez la femme qui met en évidence que 58,9% des participantes sont à l'aise pour aborder les MCA avec leur médecin traitant (15),
- une étude allemande qui montre que 77,4% des patients recrutés en ont également parlé à leur médecin traitant (16).

À l'inverse une thèse réalisée en 2013 sur les profils et motivations des consultants en ostéopathie en Loire Atlantique, montre que 92% des patients n'ont pas informé leur médecin traitant qu'ils consultaient un ostéopathe (17).

Ces résultats divergents laissent penser que le choix d'informer son médecin traitant dépend du profil de celui-ci. Ses qualités d'écoute, de dialogue ainsi que son ouverture d'esprit facilitent sans doute l'abord de ce thème en consultation.

Une autre hypothèse serait que la jeune génération de médecins, ayant grandi avec l'ostéopathie, a plus tendance à l'intégrer dans son arsenal thérapeutique.

Enfin, l'affinité du praticien pour cette thérapie semble également favoriser le dialogue et l'orientation vers une consultation ostéopathique.

Quant à l'orientation vers un thérapeute en particulier, l'ostéopathe choisi est sans doute celui du réseau de soins, pour qui le médecin généraliste a de bons retours et en qui il a

confiance. Une étude qualitative réalisée en 2015 concernant les représentations du médecin généraliste sur l'ostéopathie met également en évidence ces éléments comme déterminants dans le choix d'un thérapeute (18).

d. Orientation initiale vers l'ostéopathie

Pour nos deux groupes, le bouche à oreille constitue le principal moyen d'orientation vers un ostéopathe, ce qui est concordant avec la littérature.

En effet, une étude réalisée au Royaume-Uni datant de 2013 sur l'ostéopathie révèle que le facteur principal intervenant dans le choix de consulter un ostéopathe est le conseil par l'entourage (19).

Dans une revue de la littérature Australienne de 2015, on retrouve que les recommandations de la famille et l'entourage influencent le patient dans son choix d'utiliser les MCA (13).

En revanche, l'étude réalisée au Royaume-Uni précédemment citée, révèle que la première impression faite par le praticien est un facteur secondaire dans ce choix, ce qui ne ressort pas de notre questionnaire.

Dans notre société de plus en plus médiatisée, l'accès à l'information est facilité par internet. Cela aurait pu nous laisser penser que le choix de cette nouvelle thérapie se faisait principalement via internet, ce qui ne ressort ni dans la littérature ni dans notre étude. Les médias semblent finalement avoir peu d'impact.

e. Motifs de consultation

Dans la littérature comme dans notre étude, la douleur musculo-squelettique est le principal motif de consultation.

Une étude réalisée en 2014 au Québec sur 14 000 patients montre que 61,9% d'entre eux consultaient pour des douleurs de ce type : cervicales chez la femme et lombaires chez l'homme (11). Ces résultats sont également concordant avec ceux retrouvés dans l'étude MOST, puisque 61,6% des patients consultaient pour ces douleurs (10).

Ces résultats suggèrent que l'ostéopathie est performante dans la prise en charge de ces douleurs. D'un autre côté ils doivent nous faire réfléchir sur la prise en charge en médecine générale des douleurs ostéoarticulaires. Pour les patients désireux d'un résultat rapide ou

souhaitant éviter la prise de médicaments les solutions que nous proposons ne leur sont sans doute pas adaptées. Ils s'orientent alors préférentiellement vers l'ostéopathie qui semble apporter un bon résultat en l'absence de médication.

De plus, dans notre étude la part de la prévention occupe une place importante (elle est le deuxième motif de consultation : 10% des actes), ce qui ne ressort pas des deux articles précédents (10),(11).

Cela nous laisse imaginer que la médecine générale, bien que très efficace dans le dépistage de certaines pathologies cancéreuses et dans la prévention de pathologies infectieuses, est plus restreinte dans celle des pathologies ostéoarticulaires, comme par exemple les lombalgies. Ceci peut donc expliquer pourquoi les patients se tournent vers l'ostéopathie préventive dans ce cadre là.

Enfin, la composante viscérale, bien que moins plébiscitée que l'ostéoarticulaire, est une part importante de cette pratique.

Elle regroupe dans notre étude les troubles du transit et les céphalées et occupe 4% dans le groupe 65 et 5% dans le groupe 31. Dans les deux études citées auparavant, les motifs viscéraux et les céphalées ont été dissociés. Ils représentent respectivement 5% et 9,1% dans l'étude Québécoise et 4,3% et 4,7% dans l'étude MOST (11),(10).

Les patients se tournant vers ce type d'ostéopathie cherchent un moyen de guérison et un traitement de la cause de leur pathologie, ce que ne peut leur apporter la médecine. L'ostéopathie quant à elle répond à ce besoin.

Cet exemple tiré d'un site internet grand public où l'auteur explique les mécanismes d'action de l'ostéopathie dans les céphalées illustre ce fait : « *Les muscles cervicaux s'insèrent sur l'occiput, os de la base du crâne, quand la colonne cervicale est « bloquée » il y a une élévation très importante du tonus des muscles cervicaux, qui tirent sur leurs insertions crâniennes. À cela se combine une perturbation du flux sanguin qui circule dans les artères vertébrales et qui irriguent l'encéphale. En agissant sur la mobilité des articulations, sur le système vasculaire et sur le système neuro-musculaire en relation avec la zone céphalique en souffrance, l'ostéopathe restaure la mobilité des segments vertébraux et crâniens et favorise donc une meilleure irrigation sanguine de la base du crâne, voie d'entrée importante du flux sanguin vers le cerveau. Le relâchement des tensions musculaires, des blocages articulaires et l'amélioration du drainage vasculaire de la cavité crânienne sont très souvent à la base de résultats très positifs et durables »(sic)(20).*

Ceci illustre bien les différences entre les deux disciplines en termes de fondements, de principes et de physiopathologie, constituant un des principaux freins des médecins à l'orientation vers l'ostéopathie. Là où la médecine trouve ses limites, l'ostéopathie elle, se distingue bien que ce soit d'une façon « inexplicable » aux yeux de la communauté scientifique. La perspective d'une guérison, bien qu'impossible d'un point de vue médical, est séduisante pour les patients.

f. Raisons de la première intention

Peu de données sont disponibles dans la littérature, concernant les raisons de la consultation ostéopathique en première intention.

Dans notre étude que ce soit dans le groupe 65 ou le groupe 31, trois principales raisons ressortent :

- le refus des médicaments et spécifiquement des AINS qui ont largement été cités.
- l'ostéopathe, considéré comme le spécialiste des pathologies ostéoarticulaires, est le seul capable de manipuler et de prendre en charge ce type de pathologie. Dans certains cas, il était même considéré comme un médecin spécialiste.
- l'efficacité de la prise en charge ostéopathique ou les effets positifs déjà ressentis lors d'une consultation antérieure.

Le traitement de l'origine du problème et la confiance en l'ostéopathe ressortent mais de façon non manifeste, contrairement à la littérature.

Par exemple, dans une étude Australienne de 2015 sur l'expérience ostéopathique, 161 patients ont été interviewés (21). Elle concluait que la confiance, l'espoir et la réassurance étaient des éléments importants dans le choix de consulter un ostéopathe.

Nous n'avons pas réussi à faire ressortir la notion de confiance dans notre étude.

Une hypothèse est que celle-ci intervient de façon implicite dans le choix du thérapeute, aussi bien pour le médecin généraliste que pour l'ostéopathe.

Sur la notion d'efficacité il existe un certain nombre d'études comparatives et randomisées, reprises dans un rapport de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) daté de 2012 (22).

En ce qui concerne les douleurs d'origine vertébrale la plupart des études analysées présentent de réelles limites méthodologiques (absence d'attribution des traitements en

«aveugle», critère d'efficacité subjectif, etc.) Cependant il est difficile de mener ce type d'analyse de façon rigoureuse dans un contexte de soin de ce genre.

Les résultats sont variables, certaines études ne montrent pas d'efficacité supérieure des manipulations ostéopathiques par rapport à un groupe contrôle bénéficiant, par exemple, de manipulations factices, d'un traitement médical classique ou de conseils hygiéno-diététiques. Certaines études montrent, quant à elles, un intérêt modeste de l'ostéopathie en complément d'une prise en charge conventionnelle.

En ce qui concerne les autres indications (troubles digestifs, génitaux-urinaires ou neuropsychiatriques), les études sont trop rares et/ou possèdent des limites méthodologiques trop importantes pour proposer des conclusions fiables.

Dans tous les cas l'efficacité de l'ostéopathie apparaît au mieux modeste d'un point de vue scientifique. Ce qui est contradictoire avec l'opinion publique qui la plébiscite largement. Ces avis divergents doivent nous faire réfléchir sur l'approche que proposent ces soins. Les doutes et les critiques essentiellement universitaires ne doivent probablement pas nous faire rejeter une thérapeutique antalgique non médicamenteuse qui s'avère efficace sur le terrain empiriquement (23).

g. Médecine versus Ostéopathie

Dans notre étude 72% des patients du groupe 65 et 77% du groupe 31 utilisent l'ostéopathie en complément de la médecine allopathique. Seulement 21% et 15% respectivement y ont recours en substitution et 3% lorsqu'ils estiment la médecine conventionnelle en échec.

Une étude de 2012 réalisée aux Pays Bas, s'intéressant aux MCA révèle que les thérapies manuelles sont les médecines alternatives les plus plébiscitées. La principale raison (citée dans 45% des cas) de l'orientation vers celles-ci, est que les MCA sont complémentaires à la médecine générale (24).

Ceci concorde avec les données de notre étude sur le nombre de consultation par an chez l'ostéopathe et le médecin généraliste. En effet, on remarque que même si la population interrogée est une patientèle d'ostéopathes, le nombre de consultation est équivalent entre médecine générale et ostéopathie, preuve de leur complémentarité.

Une étude du Pays de Galles réalisée en 2007 conclut que la prise en charge des douleurs vertébrales par la médecine conventionnelle était perçue comme limitée et inefficace (25). Ceci est également soulevé dans notre étude, puisque l'échec de la médecine et l'efficacité de l'ostéopathie sont cités comme raisons de consulter un ostéopathe d'emblée.

En recoupant les résultats sur les motifs de consultation chez l'ostéopathe (douleurs ostéoarticulaires principalement), les raisons de la première intention ostéopathique et la place de cette thérapie dans le parcours de soin (complémentaire de la médecine générale) nous pouvons émettre l'hypothèse que l'insatisfaction des patients ne semble concerner qu'un domaine restreint de la médecine générale, en l'occurrence l'ostéoarticulaire.

h. Les différents attraits de l'ostéopathie

Dans notre étude l'absence de médicaments, la prise en charge mécanique et naturelle, et l'approche globale ressortent comme de véritables attraits.

Une étude du Pays de Galles, réalisée en 2007 et précédemment citée révèle un résultat similaire (25).

En effet elle conclut que l'ostéopathie est attractive car elle n'utilise pas de médicaments. Ses bénéfices sont aussi bien physiques que psychologiques : augmentation de la mobilité, réduction de la douleur, amélioration de la compréhension de la pathologie.

Une étude qualitative datant de 1990, explore elle, le parcours thérapeutique des patients en médecine alternative (26). Elle relate que les patients ayant recours aux MCA espèrent trouver une solution différente soit aux traitements proposés en médecine, soit au diagnostic posé par leur médecin. Cette étude développe la prise en charge holistique des MCA, qui ressort de notre questionnaire. À travers la recherche d'un diagnostic qui correspond à ce que les patients ressentent ou croient savoir, ils expriment une demande d'être écouté et pris au sérieux. Ils sont en quête d'attention, d'une approche de soin centrée sur l'individu. La notion de foi semble alors importante. De la même façon que l'individu participe au développement de sa maladie, il joue un rôle dans sa guérison. Son processus est lié au fait de « croire en cette guérison ».

Ce qui nous amène à réfléchir sur la médecine conventionnelle qui est peut-être trop fixée sur le symptôme et l'organe. Il faudrait sans doute davantage aborder les patients dans leur globalité (8).

L'accès plus facile d'un point de vue géographique, le délai de rendez-vous plus rapide et le temps de consultation plus long accordé aux patients ne semblent que peu intervenir.

La revalorisation du corps, la liberté dans le choix du traitement, le lâcher prise qu'implique la thérapie manuelle, la recherche de bien-être et la quête de sens interviennent dans le choix de consulter un ostéopathe, dans notre population.

Une étude Canadienne de 2005 chez les rachialgiques chroniques suggère que le recours aux MCA peut s'expliquer par un désir ou un besoin de contrôler sa maladie ou ses traitements, et d'être d'avantage actif dans sa prise en charge (12).

L'étude retraçant le parcours thérapeutique du patient en médecine alternative montre que les patients aspirent à une autonomie en matière de santé au sens que « c'est de lui même que l'individu cherche à obtenir ce qu'il attendait jusque là » (26). Le recours aux MCA exprime une quête de bien-être, un besoin de donner un sens à la maladie.

Un autre article portant sur 250 patients, étudiant les raisons de se tourner vers une MCA, révèle que l'une des motivations les plus citées était de participer activement au maintien de sa santé (27).

Un rapport sur l'ostéopathie et la chiropraxie en Belgique, réalisé en 2010 fait ressortir que les patients cherchent à être soulagés de leurs maux de manière rapide et efficace (28). Cet item ressort également de notre questionnaire. Il en est de même pour la volonté d'un traitement avec moins d'effets indésirables.

Une étude de 2008 évaluant le recours aux MCA en soins primaires, montre que les trois principales raisons favorisant leur utilisation par les patients sont : l'aide qu'elle peut leur apporter (27%), l'échec de la médecine conventionnelle (19,7%) et la peur des effets secondaires des médicaments (13,3%) (29).

L'impression de guérison plus durable ainsi que le traitement de la cause n'ont pas été retrouvés dans la littérature alors qu'ils ressortent de notre questionnaire.

Un des biais de celui-ci est de ne pas avoir été exhaustif quant à la recherche des attraits de l'ostéopathie. Par exemple, nous n'avons pas étudié le langage utilisé par les thérapeutes. Cet attrait est développé dans l'étude sur le parcours thérapeutique des patients en médecine alternative (26). Les praticiens des MCA utilisent un système explicatif et un langage profanes, perçus par les patients comme faisant parti de leur univers conceptuel et culturel (« redonner de l'équilibre », « avoir des blocages », « remettre en place » par exemple), alors qu'il a longtemps été reproché à la profession médicale l'utilisation d'un

langage hermétique. Malgré l'ancienneté de cette étude, ce concept est encore d'actualité. Par exemple une étude plus récente de 2013 réalisée au Royaume-Uni, révèle que l'écoute, le respect et les explications données sont les trois principales attentes des patients lorsqu'ils consultent un ostéopathe (30).

Encore une fois cette réflexion doit nous interpeller sur notre manière d'aborder le patient. Nous devons le placer au cœur de notre prise en charge et privilégier son écoute. Comme le démontrent les Docteurs Anne RÉVAH-LÉVY et Laurence VERNEUIL dans leur livre intitulé « Docteur, écoutez ! », les médecins coupent la parole à leurs patients au bout de 23 secondes. Il existe donc un véritable problème de dialogue entre le médecin et son patient (31).

i. Dangersité et connaissance de l'ostéopathie

Dans notre étude 88% des patients du groupe 65 et 73% du groupe 31 considèrent que l'ostéopathie est sans danger.

Pourtant la dissection carotidienne à la suite d'une mauvaise manipulation cervicale est une conséquence rare mais potentiellement mortelle.

Une enquête rétrospective réalisée en 2003, interroge 240 médecins neurologues, neurochirurgiens, rhumatologues, rééducateurs et médecins généralistes diplômés de médecine manuelle sur la fréquence des accidents liés aux manipulations vertébrales rencontrés dans les deux années précédentes (32). 93 accidents ont été recensés sur 127 réponses analysées. 69% de ces accidents correspondaient à des accidents radiculaires (radiculalgies du membre inférieur, névralgie cervico-brachiale, syndrome de la queue de cheval), 15% à des accidents vasculaires cérébraux (huit vertébro-basilaires, quatre carotidiens, deux non précisés), 5% à des accidents médullaires (tétraparésie, hernie discale dorsale symptomatique) et 10% à d'autres atteintes : fracture costale, fracture vertébrale, hernie cervicale à l'origine d'une tétraparésie, syndrome de Claude Bernard Horner, vertiges et acouphènes.

Ces complications se manifestent dans les huit jours pour 96% des cas.

Dans cette étude, 60% des patients ont été manipulés par des médecins, 20% par des praticiens non-médecins, et dans les 20% restant le « manipulateur » n'a pas été précisé. Toujours dans cette étude, 3,6 accidents vertébro-basilaires ont été comptabilisés pour

100000 manipulations. Cependant, le lien de causalité avec les manipulations vertébrales n'est pas, à ce jour, formellement établi faute de travaux prospectifs comparatifs.

La littérature sous-estime probablement le nombre de ces accidents étant donné la population étudiée. En effet, le taux d'accident chez les patients des ostéopathes exclusifs n'a pas été évalué. De plus, nous pouvons imaginer que celui-ci est plus élevé étant donné les différences de formation existantes.

En termes de mortalité, les manipulations vertébrales n'ont pu prouver leur moindre nocivité par rapport aux AINS. Le rapport bénéfice risque semble donner la priorité, en première intention, au traitement médicamenteux et à la kinésithérapie, avec au besoin recours à la médecine manuelle en deuxième intention, de façon contrôlée.

De nombreux travaux tendent actuellement à définir les populations présentant un risque de complication après manipulations (femmes jeunes longilignes pour les manipulations cervicales) et les techniques dangereuses (manœuvre cervicale haute en rotation).

De ce fait, cinq recommandations ont été établies selon les principes de prévention et de précaution, par la Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Thérapeutique Manuelle :

- Interrogatoire pré-manipulatif : toute manifestation indésirable lors d'une première manipulation contre-indique toute nouvelle manipulation.
- Examen clinique neurologique et vasculaire afin d'éliminer une complication en voie de constitution.
- Respect des contre-indications et indications reconnues.
- Exigence d'une compétence reconnue et affirmée du praticien manipulateur.
- Accord éclairé du patient, prudence quant aux manipulations cervicales de première intention avec limitation de la composante rotatoire (23).

Dans notre étude, seulement trois patients sur 307 connaissaient les deux situations où un avis médical préalable est obligatoire (manipulation cervicale, nourrissons de moins de six mois) conduisant à la rédaction d'un certificat. C'est la preuve de l'ignorance du grand public.

La rédaction d'un tel certificat suppose une parfaite connaissance du mode d'action de l'ostéopathie, de ses indications, contre-indications (Annexe 2) et des effets secondaires des manipulations vertébrales, par les médecins, spécialistes ou non.

Les principes de cette discipline n'étant pas enseignés durant le cursus médical obligatoire, ces certificats de non contre-indication ne sont donc en pratique jamais signés (23).

Pour pouvoir endosser la responsabilité de ces certificats, il serait nécessaire que les médecins puissent avoir accès à une formation sur ces thérapeutiques. De même qu'il semble indispensable que les médecins puissent mieux informer leurs patients afin de mieux encadrer l'usage de ces thérapies.

De leur côté, les ostéopathes sont en quête d'un vrai statut et expriment un réel désir de reconnaissance.

La profession a été officialisée seulement en 2007 par plusieurs lois et décrets, ne suivant pas initialement les recommandations de l'OMS. Leur révision par décret daté du 12 décembre 2014 a relevé à cinq ans le nombre d'années d'études exigées (6).

De plus à compter de la rentrée 2015, après parution de nouveaux décrets publiés en 2014, seulement 23 écoles ont reçu l'agrément. Mais les effets de cette législation ne seront visibles que dans quelques années. Un bon nombre d'ostéopathes issus d'écoles non agrémentées, sont déjà en exercice et ne sont pas concernés par ces nouveaux décrets. Leur exercice n'est donc toujours pas encadré.

Du côté des patients, d'après les résultats de notre étude, un grand nombre pense connaître le niveau de formation de leur thérapeute (46% pour le groupe 65 et 59% pour le groupe 31). Cependant nous pouvons nous interroger sur l'exactitude de leurs propos au vu des réponses données dans les questions ouvertes du questionnaire. À plusieurs reprises l'ostéopathe a été cité comme un médecin spécialiste.

Ceci montre qu'il existe des amalgames entre la formation ostéopathique et médicale.

Ce point est une faiblesse du questionnaire, nous aurions dû approfondir cette question pour s'assurer de la justesse de leurs réponses.

j. Aspect financier

Pour 81% toute population confondue le coût de la consultation chez l'ostéopathe n'a pas posé problème. Il varie de 40 à 75 euros en moyenne, selon les praticiens.

Ceci soulève deux hypothèses :

- le coût ne pose pas de problème car un grand nombre de mutuelles remboursent ces actes, en totalité ou en partie. Par exemple la *Mutuelle Prévoyance Santé* rembourse

de 60 à 160 euros par an, selon le forfait choisi. *Harmonie mutuelle* rembourse soit 30 euros par séance jusqu'à trois fois par an, soit 110 euros par an (33),(34).

- les professions les plus aisées ont accès à ce type de médecine complémentaire, comme nous l'avons déjà soulevé en début d'étude.

k. Autres MCA

62 et 70% des patients de nos deux groupes ont déjà eu recours à d'autres MCA : homéopathie et acupuncture principalement.

Une thèse réalisée en 2012 dans l'Oise, révèle que les trois MCA les plus plébiscitées étaient également l'homéopathie, l'ostéopathie et l'acupuncture (35). Elles font partie des thérapies pour lesquelles l'intérêt des patients ne cesse de croître.

Ce phénomène n'est pas le propre de la France et touche également de nombreux pays étrangers.

Bien que leurs fondements soient éloignés les uns des autres, ces trois thérapies alternatives tendent à se rassembler sur un principe commun : celui de considérer l'individu dans sa globalité et dans son unicité. Le processus pathologique est quant à lui vu comme une rupture de l'équilibre assurant le bien-être du patient.

Cette préoccupation de l'individu est une des raisons du succès de ces médecines. Dans une société prônant la technologie, la productivité et la consommation, un contre-courant est né conduisant à la revalorisation du corps. La nécessité d'un retour aux sources, le refus d'une médecine "mécaniciste" et la nocivité des traitements allopathiques sont autant d'éléments ayant favorisé l'essor de telles thérapies (36).

l. Expérience ostéopathie versus médecine générale

Dans nos deux groupes les patients ont une meilleure opinion de l'ostéopathie que de la médecine générale. Il existe de toute évidence un biais dans la population sélectionnée : celle-ci cible uniquement la patientèle d'ostéopathe.

Cependant, cela nous amène à nous remettre en question sur notre exercice. L'expérience de l'ostéopathie est globalement très bonne et semble répondre aux attentes de ces patients. Il serait probablement délétère de la bannir de notre arsenal thérapeutique.

m. Comparaison des deux populations

Un de nos objectifs secondaires était de comparer les populations rurales et urbaines.

Globalement, il ressort de l'étude que les résultats sont identiques sur l'ensemble des critères.

Seule différence notable : la raison de la première intention (Tableau 2). Pour le groupe 65 le « refus des médicaments » est la principale cause, tandis que pour le groupe 31 c'est « l'ostéopathe considéré comme spécialiste » qui ressort.

Cependant ces causes sont les deux premières raisons dans les deux groupes.

Cette différence ne peut pas être qualifiée de significative car nous n'avons utilisé aucun test statistique. De même que nous ne pouvons conclure d'un point de vue statistique sur la comparabilité des autres résultats.

Cet objectif n'étant pas le principal de notre étude, nous nous sommes contentées de comparer les pourcentages.

V CONCLUSION

L'objectif de notre étude était de déterminer les différents attraits de l'ostéopathie amenant les patients à se tourner vers celle-ci, en première intention, sans avis médical ou paramédical préalable. Nous cherchions à déterminer si la recrudescence de cette thérapeutique était propre à ses résultats ou en lien avec un rejet de la médecine générale.

Nous avons montré que la pathologie ostéoarticulaire était le domaine privilégié pour lequel les patients s'orientaient vers cette thérapeutique, occupant ainsi une place complémentaire à la médecine conventionnelle dans leurs parcours de soin. Notre thèse prouve que la médecine générale est toujours autant plébiscitée par les patients.

Malgré de nombreuses études menées sur l'ostéopathie, aucun article scientifique n'a pu démontrer son efficacité. Cela constitue un des freins essentiels à son recours par les médecins. La différence fondamentale de physiopathologie entre les deux disciplines constitue le point majeur de leur discordance.

Cependant, le refus des médicaments principalement, mais aussi le praticien ostéopathe considéré comme «spécialiste» et l'efficacité de cette discipline ressentie par les patients, sont les principales raisons qui les amènent à consulter en première intention. L'évidente satisfaction que les patients tirent de l'ostéopathie doit nous amener à nous interroger sur nos pratiques et à les adapter.

Ses résultats empiriques doivent nous faire réfléchir sur sa place dans notre arsenal thérapeutique, notamment pour la pathologie ostéoarticulaire.

En effet, pour ses autres champs, les différences physiopathologiques sont telles et les études réalisées si peu nombreuses, que nous ne pouvons nous prononcer. Les recommander nous paraît imprudent.

Bien que notre étude s'intéresse à une patientèle ciblée, l'essor de l'ensemble des MCA nous laisse penser que les patients sont d'une façon générale en demande d'une prise en charge centrée sur l'individu, plus globale et où l'écoute occupe une place privilégiée. Il nous semble nécessaire d'insister sur l'écoute et le dialogue pour une relation médecin-malade renforcée.


Enfin, pour mieux encadrer nos patients quant à l'utilisation de l'ostéopathie, voire même leur conseiller un praticien en particulier, il est nécessaire que nous soyons mieux informés sur cette pratique. Il semblerait opportun que les points clés de cette thérapie soient abordés au cours de notre cursus médical, éclaircissant succinctement ses principes, ses indications et ses contre-indications. Pour une formation plus poussée, un Diplôme Universitaire d'ostéopathie est déjà mis en place à la faculté.

Notre étude, s'appuyant sur l'avis de plus de 300 patients, constitue un travail préliminaire. Elle s'est avérée être indispensable à la compréhension des attentes des patients, et constitue une base solide pour un travail complémentaire. Afin de l'enrichir, il serait peut-être judicieux de la parachever par une étude qualitative pour affiner ces attentes.

Toulouse

le 21/21/2017

Vu


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 28/02/2017

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D. CARRIE



BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Étude documentaire sur les professions d'ostéopathe et de chiropracteur en Europe : Belgique, Royaume Uni, Suède, Suisse. 2006 [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etude_doc_osteopathe_chiropracteur.pdf
2. Registre Des Ostéopathes de France ROF. Association ostéopathie. Études démographiques. [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.osteopathie.org/demographie.html>
3. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Article 75.
4. Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.
5. Décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes.
6. Décret n° 2014-1505 du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie.
7. Décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie. 2014-1043 sept 12, 2014.
8. Ordre des médecins. Quelle place pour les médecines complémentaires? [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_webzine/2015-07/www/index.php#/intro
9. INSEE. Nomenclature des Professions et Catégories socio-professionnelles-PCS 2003 [Internet]. 2003. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgreguee/1>
10. Dubois T, Berthiller J, Nourry J, et al. Étude des motifs de consultation en ostéopathie. 2012 [Internet]. Disponible sur: <http://www.observatoire-osteopathie.org/wp-content/uploads/2011/11/MOST.pdf>
11. Morin C, Aubin A. Primary Reasons for Osteopathic Consultation: A Prospective Survey in Quebec. PLoS ONE [Internet]. 3 sept 2014;9(9). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4153609/>
12. Foltz V, Saint Pierre Y, Rozenberg S, Rossignol M, Bourgeois P, Joseph L, et al. Usage des médecines alternatives par les rachialgiques chroniques : résultats d'une étude canadienne. Rev Rhum. déc 2005;72(12):1331-8.
13. Murthy V, Sibbritt DW, Adams J. An integrative review of complementary and alternative medicine use for back pain: a focus on prevalence, reasons for use, influential factors, self-perceived effectiveness, and communication. Spine J. 1 août 2015;15(8):1870-83.

14. Kanodia AK, Legedza ATR, Davis RB, Eisenberg DM, Phillips RS. Perceived benefit of Complementary and Alternative Medicine (CAM) for back pain: a national survey. *J Am Board Fam Med JABFM*. juin 2010;23(3):354-62.
15. Kirby ER, Broom AF, Sibbritt DW, Adams J, Refshauge KM. A national cross-sectional survey of back pain care amongst Australian women aged 60-65. *Eur J Integr Med*. févr 2013;5(1):36-43.
16. Gaul C, Schmidt T, Czaja E, Eismann R, Zierz S. Attitudes towards complementary and alternative medicine in chronic pain syndromes: a questionnaire-based comparison between primary headache and low back pain. *BMC Complement Altern Med*. 7 oct 2011;11:89.
17. Baugas É. Profil et motivations des patients consultant en ostéopathie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2013.
18. Voltz C. Représentations du médecin généraliste sur l'ostéopathie: enquête qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2015.
19. Bishop FL, Bradbury K, Hj Jeludin NN, Massey Y, Lewith GT. How patients choose osteopaths: A mixed methods study. *Complement Ther Med*. févr 2013;21(1):50-7.
20. Philippe Sereni. Les questions que vous vous posez sur l'ostéopathie [Internet]. Disponible sur: <http://www.paris-osteopathe.net/faq-osteopathie.html#q18>
21. Orrock PJ. The patient experience of osteopathic healthcare. *Man Ther* [Internet]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1356689X15002258>
22. Falissard B, Barry F. Rapport INSERM : « Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie » [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.osteopathe-syndicat.fr/index.php?option=com_flexicontent&view=items&id=232:rapport-inserm-evaluation-de-l-efficacite-de-l-osteopathie
23. Vautravers P, Isner-Horobeti M-È, Maigne J-Y. Manipulations vertébrales – ostéopathie. *Évidences/ignorances. Rev Rhum*. mai 2009;76(5):405-9.
24. Jong MC, van de Vijver L, Busch M, Fritsma J, Seldenrijk R. Integration of complementary and alternative medicine in primary care: What do patients want? *Patient Educ Couns*. déc 2012;89(3):417-22.
25. Westmoreland JL, Williams NH, Wilkinson C, Wood F, Westmoreland A. Should your GP be an osteopath?: Patients' views of an osteopathy clinic based in primary care. *Complement Ther Med*. juin 2007;15(2):121-7.
26. Quéniart A, Chabot P, Walsh S, Jobin P. Parcours thérapeutiques en médecines alternatives. *Int Rev Community Dev*. 1990;(24):43.
27. Vincent C, Furnham A. Why do patients turn to complementary medicine? An empirical study. *Br J Clin Psychol*. févr 1996;35 (Pt 1):37-48.

28. De Gend T, Desomer A, Goossens M, et al. Synthèse du rapport « Etat des lieux de l'ostéopathie et de la chiropraxie en Belgique » [Internet]. 2010. Disponible sur: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_148b_ost%C3%A9opathie_et_chiropraxie_en_belgique_synth%C3%A8se.pdf
29. Cizmesija T, Bergman-Marković B. Use of complementary and alternative medicine among the patients in primary health care. *Acta Medica Croatica : Casopis Hrvatske Akademije Medicinskih Znanosti*. févr 2008;62(1):15-22.
30. Janine Leach CM, Mandy A, Cross V, Fawkes CA, Moore AP. Patients' expectations of private osteopathic care in the UK: A national survey of patients. *Int J Osteopath Med*. mars 2013;16(1):e17-8.
31. Révah-Lévy A., Verneuil L. Docteur, écoutez ! [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.albin-michel.fr/ouvrages/docteur-ecoutez-9782226323507>
32. Dupeyron A, Vautravers P, Lecocq J, Isner-Horobeti ME. Évaluation de la fréquence des accidents liés aux manipulations vertébrales à partir d'une enquête rétrospective réalisée dans quatre départements français. *Ann Réadapt Médecine Phys*. 1 janv 2003;46(1):33-40.
33. Registre Des Ostéopathes de France ROF. Association ostéopathie. Les mutuelles qui remboursent l'ostéopathie - Mutuelles, ostéopathie et remboursement [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.osteopathie.org/mutuelles.html>
34. Syndicat Français Des Ostéopathes. Remboursement ostéopathie [Internet]. Disponible sur: <http://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathie-remboursement>
35. Ait M'Hammed M. Evaluation du recours aux médecines complémentaires et alternatives en médecine générale dans le département de l'Oise [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2012.
36. Benezech A-S. Recours aux médecines alternatives (homéopathie, acupuncture, ostéopathie): données explicatives et perspectives d'accompagnement d'un phénomène en expansion [Thèse d'exercice]. [1970-2013, France]: Université de Bordeaux II; 2013.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Pourquoi l'ostéopathie ?

Bonjour,

Nous sommes deux internes, actuellement en dernier semestre de Médecine Générale, et nous réalisons une thèse autour de l'ostéopathie.

Pour celle-ci nous réalisons une enquête auprès des patients des ostéopathes, de la région Toulousaine ainsi que des Hautes-Pyrénées, pour comprendre quelles sont les motivations et les raisons vous amenant à consulter un ostéopathe. Pour cela, nous souhaitons nous concentrer sur les patients consultant sans avis médical préalable.

Si c'est votre cas, (à l'exception des enfants, des femmes enceintes et des sportifs de haut niveau), si vous consultez ce jour sans avoir été adressé par un professionnel de santé, nous vous invitons à participer à notre enquête et répondre à notre questionnaire.

Cela ne vous prendra quelques minutes, et nous sera vraiment très utile dans la réalisation de notre thèse.

En vous remerciant par avance pour l'intérêt que vous portez à notre travail,

Camille & Elsa

PARTIE 1 : VOTRE PROFIL

- Vous êtes : Un homme Une femme
- Quel âge avez-vous : ans
- Quelle est votre profession :
 - Agriculteurs exploitants
 - Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
 - Cadres et professions intellectuelles supérieures
 - Professions Intermédiaires (enseignement, santé, fonction publique ou administrative)
 - Employés
 - Ouvriers
 - Retraités
 - Autres personnes sans activité professionnelle
- Prenez-vous un ou des traitements tous les jours, (sans forcément de rapport avec la raison qui vous amène à consulter ce jour) ?
 - oui non Si oui, lequel/lesquels :
- Combien de fois avez-vous consulté un ostéopathe durant ces 12 derniers mois : fois
- Combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste ces 12 derniers mois : fois
- D'une façon générale, avez vous informé votre médecin traitant que vous consultez un ostéopathe ?
 - oui non Si non, pourquoi :
- Et pour ce jour en particulier ?
 - oui non
- Ce jour, avez-vous été adressé par un professionnel de santé (médecin traitant, sage-femme, kinésithérapeute,...) :
 - oui non

Si non, veuillez répondre aux questions suivantes :

- Qu'est ce que vous pensez de l'ostéopathie et qui vous a amené à consulter un ostéopathe ?

Notez l'importance que cela a eu dans votre choix de consulter un ostéopathe par une croix.
 0= n'est pas intervenu dans mon choix 10= a eu une importance majeure

L'impression d'une guérison plus rapide

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

L'impression d'une guérison plus durable

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Elle participe à la revalorisation de votre corps

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

L'impression d'une liberté dans le choix du traitement (ne pas prendre le traitement médicamenteux que vous impose le médecin, choisir vous même un traitement manuel)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Elle encourage un lâcher prise bénéfique pour le traitement de votre problème

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Elle participe à votre quête de bien-être

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Elle vous permet de trouver un sens, une explication à votre pathologie

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Elle permet de traiter la cause de votre pathologie en plus d'en soulager les symptômes

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Elle présente moins d'effets indésirables

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Autre (précisez) :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Considérez-vous l'ostéopathie : (une seule réponse possible)

comme une pratique associée à la médecine
 comme une pratique remplaçant la médecine conventionnelle, les médicaments
 comme un derniers recours, quand la médecine conventionnelle est inefficace
 autre (précisez) :

- Pour vous, une consultation chez l'ostéopathe peut-elle être dangereuse ?

oui non
 Si oui, quels dangers peut-elle avoir, quelles craintes ressentez-vous :

- Connaissez-vous le niveau de formation de votre ostéopathe ?

oui non

- Le coût de la consultation vous a-t-il posé problème ?

oui non Si oui, lequel/lesquels :

- Avez vous une complémentaire santé ?

oui non
 Si oui, vous rembourse-t-elle vos soins d'ostéopathie ?
 oui non
 Si oui, combien de séances par an : séances

- Avez-vous déjà abordé le thème de l'ostéopathie avec votre médecin traitant ?
 - oui non
 - Si oui, est-il favorable à cette pratique ?
 - oui non
 - Vous a-t-il déjà conseillé un praticien ?
 - oui non

- Souhaiteriez-vous être mieux informé sur les principes et les indications de l'ostéopathie ?
 - oui non

- Connaissez vous les deux situations pour lesquelles un avis médical préalable est obligatoire ?
 - oui non Si oui, lesquelles :

- Avez vous déjà eu recours à d'autres médecines alternatives ?
 - oui non
 - Si oui, lesquelles (homéopathie, acupuncture, hypnose, phytothérapie, étio-pathie, sophrologie, réflexologie plantaire...) :

- Globalement, votre expérience de l'ostéopathie est plutôt :
 - très bonne
 - bonne
 - moyenne
 - médiocre

- Globalement, votre expérience de la médecine générale est plutôt :
 - très bonne
 - bonne
 - moyenne
 - médiocre

Merci de votre participation !

Les données et informations récoltées par le biais de ce questionnaire sont et resteront strictement anonymes, et ne seront utilisées qu'à des fins purement universitaires.

Camille & Elsa

Etudiantes en dernière année de Médecine Générale

Université de Toulouse III - Paul Sabatier
 Faculté de Médecine Rangueil
 133 route de Narbonne - 31 062 TOULOUSE

Annexe 2 : Tableau des indications et contre-indications relatives aux manipulations cervicales

Indications et contre-indications relatives aux manipulations cervicales.

Cervicalgie commune mécanique

Certaines céphalées et algies projetées (membre supérieur – rachis dorsal. . .)
considérées comme étant d'origine cervicale

Contre-indications

Absolues

Toute pathologie des artères vertébrales
Affections rachidiennes tumorales, infectieuses, fracturaires,
malformatives (Arnold-Chiari – canal cervical étroit. . .), inflammatoires,
post-traumatiques récentes (moins de six semaines)
Névrалgie cervicobrachiale par hernie discale ou ostéophytose
Ostéoporose

Relatives

Anticoagulation
Facteurs de risques vasculaires cervicocrâniens (estroprogestatifs – tabac
– HTA. . .)
Patient âgé
Enraidissement important du rachis cervical

Techniques

Non-respect possible des règles d'application fondamentales des
manipulations vertébrales

Non-indications

Jeune âge (avant 15 ans)
Affections psychiatriques (névrose. . .)
Pathologie organique de voisinage (ORL – neurologique – pulmonaire. . .)
Fibromyalgie

INDEX DES FIGURES

Figure 1 :	Répartition des âges dans les groupes 65 et 31.....	9
Figure 2 :	Répartition des professions dans les groupes 65 et 31.....	10
Figure 3 :	Répartition du nombre de consultations ostéopathiques dans les groupes 65 et 31.....	12
Figure 4 :	Répartition du nombre de consultations médicales dans les groupes 65 et 31.....	12
Figure 5 :	Raisons de la non-information du médecin traitant dans les groupes 65 et 31.....	14
Figure 6 :	Découverte de l'ostéopathie dans les groupes 65 et 31.....	15
Figure 7 :	Motifs de consultations de l'ostéopathe dans les groupes 65 et 31.....	16
Figure 8 :	Importance des différents attraits de l'ostéopathie dans les groupes 65 et 31.....	19
Figure 9 :	Remboursement annuel des soins d'ostéopathie dans les groupes 65 et 31.....	24
Figure 10 :	Répartition entre les différentes MCA dans les groupes 65 et 31.....	25
Figure 11 :	Niveau de satisfaction de l'ostéopathie dans les groupes 65 et 31	25
Figure 12 :	Niveau de satisfaction de la médecine générale dans les groupes 65 et 31.....	26

INDEX des TABLEAUX

Tableaux 1 :	Répartition entre catégories de traitements dans les groupes 65 et 31.....	11
Tableau 2 :	Raisons de la première intention dans les groupes 65 et 31.....	17

AUTEURS : JACQUEMART Camille, SCHROEDER Elsa
TITRE : **DÉTERMINANTS DU RECOURS À L'OSTÉOPATHIE EN PREMIÈRE INTENTION** : Enquête auprès de la patientèle d'ostéopathes exclusifs en Haute-Garonne et Hautes-Pyrénées.
DIRECTEUR DE THÈSE : Professeur Marc VIDAL
LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 21 mars 2017

Résumé

Introduction Les Médecines Complémentaires et Alternatives constituent un champ de conflit et de débat toujours d'actualité en France. L'ostéopathie dont nous traitons dans cette thèse est de plus en plus plébiscitée par le grand public. Pourtant, malgré les progrès en matière de législation et formation, certains médecins sont toujours réticents vis à vis de cette thérapie. L'objectif de cette étude est d'identifier les déterminants du recours à l'ostéopathie en première intention, sans avis médical ou para-médical préalable. S'agit-il d'un véritable attrait pour l'ostéopathie ou bien d'une fuite de la médecine générale ?

Méthode Enquête observationnelle transversale se déroulant du 1^{er} août au 15 octobre 2016, à Toulouse et dans les Hautes-Pyrénées. Un questionnaire de 26 questions a été réalisé puis proposé aux patients de 15 ostéopathes exclusifs tirés au sort. 390 questionnaires ont été distribués.

Résultats 347 questionnaires ont été récupérés. 3 attrait principaux ressortent : le refus d'une prescription médicamenteuse, l'efficacité de l'ostéopathie ressentie par les patients, l'ostéopathe considéré comme un « praticien spécialiste ».

Conclusion Bien qu'aucun article scientifique n'ait pu démontrer l'efficacité de l'ostéopathie, son efficacité doit nous faire réfléchir sur sa place dans notre arsenal thérapeutique, notamment pour la pathologie ostéoarticulaire.

Summary

Introduction Complementary and Alternative Medicine is still a current field of conflict and debate in France today. Osteopathy, which is the subject of this thesis, is more and more acclaimed by the general public. Yet, in spite of progress, as far as legislation and training are concerned, some physicians are still reluctant towards this therapy. The aim of this study is to identify what determines the choice of resorting to osteopathy first and foremost without any previous medical or para-medical advice. Does this mean a genuine attraction for osteopathy or simply shunning general medicine ?

Method A cross-observational survey was carried out in Toulouse and in the Hautes Pyrénées from August 1st to October 15th, 2016. A questionnaire of 26 items was drawn up and then presented to the patients of 15 osteopaths selected at random. 390 questionnaires were distributed.

Results 347 questionnaires were retrieved. 3 main reasons stand out: the refusal of a drug prescription, the efficiency of osteopathy felt by the patients and the fact that the osteopath is considered as a specialist practitioner.

Conclusion Although no scientific article has been able to demonstrate the efficiency of osteopathy, its effectiveness must make us think of its place in our therapeutic practices, specifically for osteoarticular pathology.

Mots-clés : ostéopathie – première intention – médecine générale – osteopathy – first choice – general medicine

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE
