

Année 2024

2024 TOU3 1087
2024 TOU3 1088

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement
par

Gwendoline KOSTKA et Mélanie TACHI DUPRAT

Le 26 septembre 2024

Représentations des thérapies manuelles ostéopathiques : Étude qualitative auprès des médecins généralistes d'Occitanie

Directeur de thèse : Dr David PIPONNIER

JURY :

Monsieur le Professeur Philippe MARQUE

Monsieur le Professeur David GASC

Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU

Monsieur le Docteur David PIPONNIER

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur



FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical
Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine
2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BRÓS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

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

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétiq
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERS Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
Mme LATROUS Leila
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
M. SIBAUD Vincent
Mme WOISARD Virginie

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile
Mme GIMENEZ Laetitia

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

Le serment d'Hippocrate

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

Remerciements

A notre président de jury, Monsieur le Professeur Philippe MARQUE

Merci de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse. Nous vous remercions pour l'intérêt que vous portez à notre travail.

A Monsieur le Professeur David GASC,

Merci pour l'intérêt que vous portez à notre sujet de recherche et merci de nous faire l'honneur de juger notre travail.

A Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU,

Merci de nous faire l'honneur de juger notre travail.

A notre directeur de thèse, Monsieur le Docteur David PIPONNIER,

Nous te remercions de nous avoir accompagné au cours de ce long travail. Merci pour ton temps et pour tes conseils. Merci d'avoir accepté de diriger notre thèse.

A Christine TACHI DUPRAT et Corinne DULHOSTE

Merci pour vos relectures et corrections éclairées.

Remerciements de Gwendoline

L'épilogue de ces dix ans d'études enfin arrivé, voici venue l'heure des remerciements.

A Mélanie

Mel Mel, co-thésarde, partenaire de voyage et avant tout amie, merci pour ton énergie, ton dynamisme, ton écoute, ton (petit) grain de folie et pour toutes les aventures à venir (qui n'inclueront pas de nouvelle thèse toutefois) !

A Maman et Papa

Merci semble être bien insuffisant pour exprimer tout ce que vous m'avez apporté (à commencer par la vie). Je n'aurais jamais pu parcourir tout ce chemin sans votre soutien et votre amour. Merci de m'avoir supportée dans les pires moments comme dans les meilleurs, de m'avoir apporté des valeurs d'humanisme et de travail. Ma réussite n'aurait pas de sens sans vous, je vous aime.

A Ianou et Loulou

Mes petits merdeux préférés, merci pour votre soutien, votre fraternité et votre capacité à me maintenir les pieds sur terre à tout instant.

A Mamie Annie, Papy Bernard, Papy Stan et Mamie Chantal

Merci pour votre soutien et votre amour inconditionnels qui me portent même à 300 km ou dans les étoiles. Voir la fierté dans vos yeux est un cadeau inestimable.

A Tonton, Tatie, Odile, Olivier, Aurélie, Sandra, Loïc, Marine, Laurann et les petits

Merci pour les réunions de famille où malgré la distance, les fous rires partagés ont toujours la même saveur.

Aux amies de toujours, Lou, Cyrielle, Laurie et Solène

Aux soirées annuelles pendant lesquelles le temps s'arrête et nous ramène au lycée, comme si nous ne nous étions jamais quittées. A notre amitié qui dure depuis tant d'années et qui, je l'espère, va continuer de même.

A Mathou, Kenzou, Dimi, Palu, Alicia, Charline, Matthieu, Coco, Momo, Juju et Sylvain

Ces 10 années d'étude n'auraient pas eu la même saveur si je n'avais pas eu la chance de vous rencontrer ! Vous êtes des personnes formidables et vous avoir pour amis est un cadeau. J'ai hâte de voir la suite de nos parcours, tant personnels que professionnels, et de continuer ces belles amitiés.

A Mae, Bets, Simoneau, Chacha, Aurel et Isa

La team Carcassos, le stage aux urgences aura été l'occasion de faire votre rencontre et quelle rencontre ! Merci pour les marchés du samedi matin, les soirées jeux, les virées à la plage, les cours passés en bonne compagnie; toujours dans la bonne humeur et la rigolade.

A Margaux et Pierrot,

Partenaires d'après-midi Danu et de passion rugbystique et sportive, merci de partager tous ses moments de sport et d'accepter mon côté "excessif" pendant certains matchs... Hâte de partir sur les traces des plus grands joueurs au pays du long nuage blanc !

A Grégoire, Joan, Mathilde, Simon, Elise et Ambroise

Merci pour les week-ends ski et plage dans la rigolade et la bonne humeur.

Aux copains de la danse

Merci pour ces cours et boums empreints de bonne humeur qui me font tant de bien au moral.

Aux Docteurs ANCEY, BOYER, ESCOURROU, FONT, GIMENEZ, LACANAL, MARCO, MUNIER, PRIAROLLO et ROUJAS

Merci pour votre pédagogie et votre bienveillance, merci d'avoir renforcé l'intérêt que j'éprouve pour ce beau métier de médecin généraliste.

A Néo, Shya et aux bébés

Mes goldens d'amour, merci d'être les meilleurs anti-stress au monde.

A Maxime

Merci pour ton soutien, ta bienveillance, ton pragmatisme, ta gentillesse. Merci d'apaiser mes angoisses et mon stress lorsque j'en suis incapable. Merci d'être devenu plus qu'un partenaire de danse.

REMERCIEMENTS DE MÉLANIE

A Gwendoline, co-thésarde et surtout amie. Une histoire s'achève après deux ans de travail mais d'autres restent à venir (Beaucoup plus fun) ! Merci pour ta gentillesse, ta patience, ton écoute (et ton amour du rugby). Hâte de vivre de nouvelles aventures à tes côtés !

Aux Docteurs Souyri, Cazard, Vergnes-Deltour, Baron, Garcon, Traissac, Albouy, Pouget, Barthes-Trepp et Vabre. Merci pour votre pédagogie, votre écoute. Merci de m'avoir accompagné tout au long de ces années d'internat.

A ma famille

A mes parents, merci pour notre famille, merci pour votre bienveillance, merci pour votre soutien sans faille, merci pour les tous les moments passés ensemble et surtout merci de m'avoir accompagnée pendant toutes ces études, je n'aurais pas réussi sans vous. Je vous aime.

A Pauline, je ne sais par où commencer. Merci d'exister, d'être toi tout simplement. J'ai énormément de chance de t'avoir comme sœur (même si tu n'es pas là pour ma soutenance).

A Papy et Mamie, merci pour nos soirées hebdomadaires, nos vacances en Vendée qui sont gravées à jamais dans mon cœur. Merci pour votre présence, pour votre complicité, pour votre amour.

A Thierry, Paul, merci pour nos repas familiaux plus ou moins calmes, merci pour les moments partagés ensemble.

A Laurence, merci pour ta bienveillance et ta présence

À mes amis de toujours,

A Lulu, à notre rencontre en Italie, à toutes les années qui ont suivi. A ton caractère bien trempé mais rempli de gentillesse, à cette amitié qui dure depuis bientôt 13 ans !

A Alice, depuis la salle de danse jusqu'à nos soirées pyjamas, merci pour ta présence et pour toutes les belles choses que nous avons partagées et ce malgré la distance !

A Maïlys, Laury, à nos retrouvailles et nos rendez-vous annuels qui nous ramènent à l'adolescence comme si rien n'avait changé.

A Vincent, Joachim, Nicolas, Thibaud, Marine, à nos soirées lycéennes, à votre humour douteux et à une amitié qui dure !

A mes amis de l'externat

A Marion, Natalie, Amélie, à nos brunchs, nos soirées pyjamas, nos karaokés qui ont rythmé nos années d'externat.

A Mélina, même si les circonstances de notre rencontre restent à déterminer, l'amitié qui en découle est merveilleuse. À ta joie de vivre, ta bienveillance, ton sourire, ta gentillesse et ton humour.

A la SC, merci de savoir me challenger, vous avez réussi à me faire faire des vacances à vélo non pas une mais deux fois et ça, ce n'est pas rien !

Au Get, à vos caractères complètement différents et uniques. Merci de m'avoir fait me sentir à ma place.

A mes rencontres durant l'internat,

À Margaux, Pierre, et au Danu of course. À une amitié née grâce au rugby qui ne cesse de se renforcer. A nos soirées (et après-midi) rugbystiques et westoniques au Danu, et à toutes celles qui vont suivre. Et surtout à nos prochaines aventures Néo-Zélandaises!

À Alice ; je ne m'attendais à pas grand-chose en allant à Lannemezan pour un semestre, pourtant j'y ai rencontré une amie pleine de gentillesse, de bienveillance, et avec un grain de folie qui ne fait qu'embellir le tout. Merci pour cette précieuse amitié.

À Simon, Ambroise, Élise, Mathilde, Grégoire, Joan ; nous pouvons remercier l'AIMG de nous avoir réunis. J'ai hâte de continuer de vivre de beaux moments à vos côtés (avec ou sans ski) et de créer de nouvelles traditions!

À Lou, Lucie, je remercie l'internat et les déménagements de vous avoir mis sur ma route sans quoi je serais passée à côté de deux personnes géniales remplies d'amour, de gentillesse et de sensibilité. À nos prochaines aventures ensemble.

À Quentin, Léo, Jean, Léa, Samantha, Fabiola, Clara; merci pour toutes ces belles amitiés.

A Lucas, à nos années passées ensemble. Merci pour ton amour, et pour ton soutien inconditionnel. Je suis impatiente d'avancer à tes côtés et de voir ce que la vie nous réserve. Je t'aime.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES FIGURES	4
TABLE DES ANNEXES	5
LISTE DES ABREVIATIONS	6
INTRODUCTION	7
MATERIELS ET METHODE	14
I. LA METHODE	14
A. Choix de la méthode	14
B. Choix du mode d'entretien	14
C. Élaboration du guide d'entretien	14
D. Formations réalisées	15
II. ÉCHANTILLONNAGE	15
III. RECUEIL DES DONNEES	16
IV. ANALYSE DES DONNEES	17
V. SATURATION DES DONNEES	17
VI. ÉTHIQUE	18
RESULTATS	19
I. UNE VISION ABSTRAITE DES TMO	19
A. Entre méconnaissance et désintérêt	19
B. Un manque de transparence	20
C. Une porte ouverte à la subjectivité	21
D. Un sujet tabou	25
II. UNE PRATIQUE QUI DIVISE	26
A. Des opinions divergentes	26
B. Une crainte des TMO	31
C. Une place variable donnée à l'ostéopathie	35
D. Un objectif commun : le bien-être des patients	38
III. UN REFLET DE L'EVOLUTION DU SYSTEME DE SANTE	39
A. Une pratique populaire	39
B. Un milieu concurrentiel	40
C. Une portée médico-légale sous-jacente	42
D. Un miroir des problématiques du système de santé actuel	43

DISCUSSION	45
I. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	45
A. Forces	45
B. Faiblesses	46
II. LE MODELE EXPLICATIF	48
A. Le recours en première intention : point de départ de la réflexion	49
B. Une absence d'encadrement critiquée	51
C. Une méconnaissance responsable de nombreuses interrogations	53
D. Une pratique jugée bénéfique	56
E. Perspectives d'évolution	57
CONCLUSION	60
BIBLIOGRAPHIE	62
ANNEXES	68

Table des figures

Figure 1 : Répartition des porteurs du titre d'ostéopathe par catégorie professionnelle.

Janvier 2022. ROF

Figure 2 : Croissance démographique des porteurs du titre d'ostéopathe de 2010 à 2022.

Janvier 2022. ROF

Figure 3 : Représentations des médecins généralistes concernant les TMO

Table des annexes

Fiche d'information et de consentement

Questionnaire à destination des médecins généralistes

Guide d'entretien première version

Guide d'entretien dernière version

Tableau descriptif des médecins généralistes interrogés

Extrait d'un entretien

Extrait d'un tableau d'analyse

Liste des abréviations

ADELI : Automatisation DEs Listes

AINS : Anti-Inflammatoires Non-Stéroïdiens

ARS : Agence Régionale de Santé

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DU : Diplôme Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : l'Inspection Générale des Affaires Sociales

MCA : Médecines Complémentaires Alternatives

MMO : Médecine Manuelle Ostéopathie

MMOM : Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale

OE : Ostéopathes Exclusifs

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ROF : Registre des Ostéopathes de France

SFMMOO : Société Française de Médecine Manuelle Ostéopathique et Orthopédique

SMIC : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance

TMO : Thérapies Manuelles Ostéopathiques

Introduction

La genèse de l'ostéopathie remonte à l'année 1874, aux États-Unis, avec le Dr Andrew-Taylor Still, même si des traces de pratiques de thérapies manuelles sont retrouvées en Thaïlande il y a plus de 4000 ans, ainsi que dans l'Antiquité en Égypte ou encore en Grèce (1,2).

Le fondateur de l'ostéopathie traverse plusieurs drames avec un sentiment d'impuissance (perte de ses trois enfants de méningite, décès de nombreux soldats) ce qui l'amène à rejeter les pratiques allopathiques de l'époque (3).

Still définit son courant de pensée comme tel : "L'ostéopathie est la loi de l'Esprit, de la Matière et du Mouvement". Il élabore "une théorie suivant laquelle les remèdes permettant de restaurer la santé se trouvent dans le corps même de chaque individu ; les maladies ne sont que des effets négligeables et tout se tient dans l'impossibilité totale ou partielle des nerfs de diffuser le fluide vital. Pour guérir, il faut, avec l'aide de Dieu, ajuster les différentes parties du corps qui se trouvent mal alignées afin de permettre une circulation harmonieuse des fluides" (4). L'ostéopathie se construit en opposition avec la "médecine traditionnelle" de l'époque.

Cette pratique est ensuite introduite en Europe via l'Angleterre, par le Dr John-Martin Littlejohn, formé par le courant de Still, avec la création de la *British School of Osteopathy* en 1917.

Le Dr Lavezarri l'introduit en France en suivant, d'abord par la fondation du centre Hanneman en 1932 puis par la création de la Société Française d'Ostéopathie (SFO) en 1950, ouverte exclusivement aux médecins. Parallèlement la première école d'ostéopathie française est ouverte dans les années 1950 par M. Geny, kinésithérapeute français et M. Dummer, ostéopathe anglais. Il est à noter que cette école privée s'adresse exclusivement aux médecins et kinésithérapeutes. Cette école sera fermée puis transférée en Angleterre suite à une interdiction de la part de l'Ordre des Médecins d'enseigner l'ostéopathie non médicale (5,6).

La médecine manuelle-ostéopathie (MMO) est introduite en France par le Dr Robert Maigne, qui est à l'origine de la création du premier enseignement universitaire de médecine manuelle et ostéopathique en 1969 (7). Il introduit les principes de "non-douleur", de "mouvement contraire" et la notion de "dérangement intervertébral mineur". Cette technique

thérapeutique est exclusivement ouverte aux professionnels de santé déjà diplômés. Elle deviendra un diplôme universitaire (DU) en 1973.

En 1990, un groupe de travail de médecins manuels demande au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) l'autorisation d'inscrire sur leurs plaques et ordonnances la mention de "médecin manuel" afin de s'opposer à la promotion de l'ostéopathie par les ostéopathes exclusifs. Le diplôme interuniversitaire est créé et le CNOM donne l'autorisation de faire état de leur Diplôme Inter-Universitaire (DIU) (8).

La pratique de l'ostéopathie n'est plus l'apanage des médecins depuis la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (9). Cette loi ouvre donc la pratique de l'ostéopathie aux non-professionnels de santé.

Actuellement et depuis le décret du 25 mars 2007 (10), "l'usage professionnel du titre d'ostéopathe est réservé :

- Aux médecins, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers autorisés à exercer, titulaires d'un diplôme universitaire ou interuniversitaire sanctionnant une formation suivie au sein d'une unité de formation et de recherche de médecine délivré par une université de médecine et reconnu par le Conseil national de l'ordre des médecins ;
- Aux titulaires d'un diplôme délivré par un établissement agréé dans les conditions prévues par le décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014 (11,12).
- Aux titulaires d'une autorisation d'exercice de l'ostéopathie ou d'user du titre d'ostéopathe délivrée par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS)."

Il existe différents modes de formation amenant à ce titre d'ostéopathe :

- Le DIU de Médecine Manuelle Ostéopathie Médicale (MMOM), accessible aux docteurs en médecine ou aux étudiants en 3^{ème} cycle de médecine, délivré dans 22 facultés de médecine, d'une durée de 3 ans (13).
- Le diplôme d'ostéopathe (dit de formation initiale) accessible aux étudiants âgés d'au moins 17 ans et titulaires du baccalauréat (ou diplôme équivalent), délivré par une des écoles agréées par le Ministère de la Santé, en 5 ans. (12).
- Le diplôme d'ostéopathe accessible aux professionnels de santé autres que médecins (masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, sages-femmes, podologues, ergothérapeutes, manipulateurs radio) également délivré par une des écoles agréées par le Ministère de la Santé, en 5 ans.

Le décret du 25 mars 2007 donne une première définition de la pratique ostéopathique *“Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. Ces manipulations sont musculo-squelettiques et myo-fasciales, exclusivement manuelles et externes”* (10).

Il interdit les manipulations obstétricales, touchers pelviens pour les non-professionnels de santé ayant le titre d'ostéopathe. Certains actes tels que les manipulations du nourrisson de moins de 6 mois et actes du rachis cervical ne sont autorisés qu'après examen médical.

Au niveau international, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'ostéopathie en 2010 comme suit :

“L'ostéopathie repose sur l'utilisation du contact manuel pour le diagnostic et le traitement. Elle prend en compte les relations entre le corps, l'esprit, la raison, la santé et la maladie. Elle place l'accent sur l'intégrité structurelle et fonctionnelle du corps et la tendance intrinsèque de l'organisme à s'auto-guérir. Les ostéopathes utilisent une grande variété de techniques thérapeutiques manuelles (...) Cette approche holistique de la prise en charge du patient est fondée sur le concept que l'être humain constitue une unité fonctionnelle dynamique, dans laquelle toutes les parties sont reliées entre elles”(14).

Au niveau Européen, le Comité Européen de normalisation définit en 2015 l'ostéopathie comme étant une *“Discipline de la santé de premier contact centrée sur le patient, qui met l'accent sur la relation entre les structures et les fonctions du corps, stimule la faculté naturelle du corps à s'autoguérir et favorise une approche globale de la personne (...) par le biais d'un traitement manuel”*.(15)

En France, selon le Ministère des affaires sociales, de la santé, et des droits de la femme, *“L'ostéopathe, dans une approche systémique, après diagnostic ostéopathique, effectue des mobilisations et des manipulations pour la prise en charge des dysfonctions ostéopathiques du corps humain. Ces manipulations et mobilisations ont pour but de prévenir ou de remédier aux dysfonctions en vue de maintenir ou d'améliorer l'état de santé des personnes, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agent physique”* (11).

La Haute Autorité de Santé (HAS) ne donne pas de définition de l'ostéopathie.

La Société Française de Médecine Manuelle Ostéopathique et Orthopédique (SFMMOO) définit la MMO comme “ *une discipline médicale de haut niveau de connaissance et d’expérience dont le but est de diagnostiquer, traiter et prévenir les désordres réversibles fonctionnels de l’appareil locomoteur.*” La MMO est définie comme une pratique manuelle visant à diagnostiquer et traiter une dysfonction au sens large du terme, d’une structure articulaire, vertébrale ou périphérique ainsi que les douleurs projetées qui en résultent” (16).

Le Registre des Ostéopathes de France (ROF) et l’association des ostéopathes de France proposent leur propre définition de l’ostéopathie (17,18).

L’ostéopathie regroupe donc des pratiques variées. Il n’existe actuellement pas de définition unique et celle-ci varie selon le niveau international, national, selon les écoles d’ostéopathes et les différents syndicats. Malgré toutes ces définitions de l’ostéopathie, les notions d’approche systémique du patient ainsi que de thérapies manuelles sont communes.

L’ostéopathie regroupe plusieurs principes et pratiques ; il existe différentes façons de les classer et aucune ne fait l’unanimité. Un des postulats fréquemment utilisé oppose deux types d’ostéopathies : l’ostéopathie structurelle ou ostéopathie articulaire et l’ostéopathie fonctionnelle (19). L’ostéopathie structurelle est la plus connue, et s’applique aux systèmes musculo-squelettiques. Elle se base sur le principe que la fonction et la structure sont liées (17,20,21). L’ostéopathie fonctionnelle, dont le principe est de rétablir la fonction sans se focaliser sur la structure anatomique, a recours à des techniques adaptées aux tissus mous.

D’autres courants ostéopathiques prennent le nom des ostéopathes les ayant fondés (22).

Le ROF dresse une liste des champs d’application de l’ostéopathie à destination des ostéopathes exclusifs (OE) (23,24) :

- De l'appareil locomoteur : *cervicalgies, torticolis, dorsalgies, douleurs intercostales, lumbago, névralgies, entorses, accidents musculaires, tendinites, conséquences des coups du lapin, maux de tête d'origine mécanique.*
- Du système neurovégétatif
- Du système digestif
- Du système génito-urinaire.
- De la sphère ORL

- Du système respiratoire
- Chez le nourrisson

Ces champs d'action sont définis par les différentes organisations d'ostéopathes ; à ce jour aucune instance médicale reconnue ne définit une liste d'indications ostéopathiques.

Ces organisations précisent qu'il s'agit d'une thérapie complémentaire qui ne se substitue pas à une prise en charge médicale.

Il existe plusieurs degrés de contre-indications :

- Absolues : absence de consentement, maladies systémiques provoquant une fragilité des tissus, pathologies entraînant une fragilité locale (pathologies aiguës ou inflammatoires)
- Relatives : squelette fragile ou non mature et pathologies psychiatriques.

Ces contre-indications sont listées par les organisations d'ostéopathes exclusifs ; les instances médicales ne se sont pas prononcées sur une telle liste.

En décembre 2021, le nombre de praticiens possédant le titre d'ostéopathe s'élevait à 36861 selon les données du répertoire d'Automatisation DEs LIstes (ADELI) ; dont 23402 OE et 1784 médecins porteurs du titre d'ostéopathe. La densité des praticiens ostéopathes était donc d'un praticien pour 1829 habitants, faisant de la France le pays le plus densément doté en praticiens ostéopathes (25). En 2010, la catégorie des ostéopathes non-exclusifs était majoritaire (53,98% des praticiens). Cette répartition a largement évolué en l'espace d'une décennie avec une inversion de la catégorie majoritaire. En 2021 on retrouve une majorité de praticiens ostéopathes exclusifs (64%). Viennent ensuite les kinésithérapeutes-ostéopathes (29%), les médecins manuels ostéopathes (5%) puis les autres professions détentrices du titre (2%).

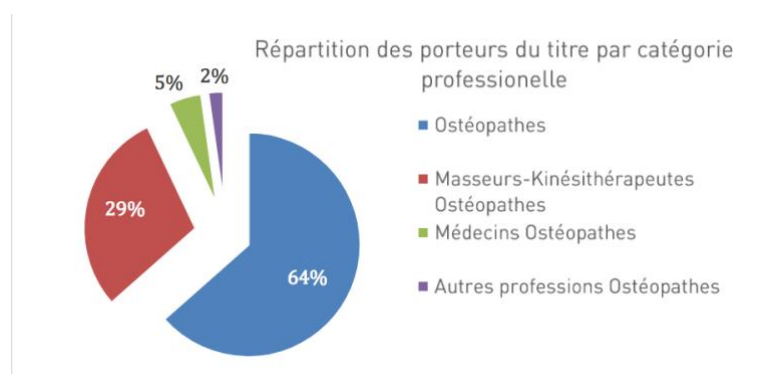


Figure 1 : Répartition des porteurs du titre d'ostéopathe par catégorie professionnelle. Janvier 2022. ROF

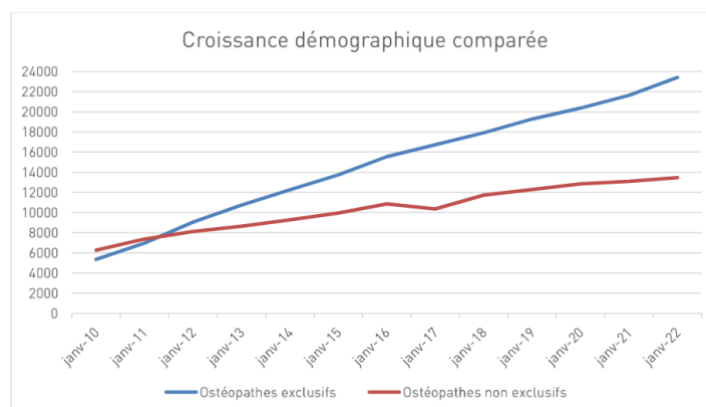


Figure 2 : Croissance démographique des porteurs du titre d'ostéopathe de 2010 à 2022. Janvier 2022. ROF

En Occitanie, en 2023, le nombre de praticiens possédant le titre d'ostéopathe s'élève à environ 3800, avec un ratio d'1 praticien pour environ 1600 habitants (26).

Le recours à l'ostéopathie se démocratise rapidement : 42% des Français ont consulté un ostéopathe en 2010 contre 67% en 2016 (27).

En 2022, d'après un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) :

- Trois français sur cinq ont déjà consulté un ostéopathe
- 78% des français découvrent l'ostéopathie par le biais du "bouche à oreille"
- 72% des motifs de consultations concernent l'appareil ostéo-musculaire (28)

Devant ce constat de fréquentation des patients envers l'ostéopathie, l'idée de travailler sur le sujet des représentations des médecins généralistes sur les thérapies manuelles ostéopathiques (TMO) est venue. Au cours de nos différents stages, en tant qu'externes ou internes, nous avons pu observer un panel de réactions et de comportements différents envers ces thérapies selon les médecins et les zones géographiques d'exercice. Ces différences nous ont interpellées et ont renforcé notre envie d'étudier ce sujet.

La diversité de pratiques de l'ostéopathie et l'absence de définition unique nous ont conduit à préférer le terme de-TMO, inspiré par les définitions développées par l'Académie Nationale de Médecine et le CNOM (4,29). Le terme de TMO regroupe de façon non exhaustive la MMO, l'ostéopathie ostéo-musculaire, l'ostéopathie viscérale, l'ostéopathie crânienne, l'ostéopathie pédiatrique. Nous avons exclu la chiropraxie de notre définition des TMO car cette pratique a une origine différente de celle de l'ostéopathie et de la médecine manuelle et repose ainsi sur des principes différents (1).

Le terme de représentation utilisé dans notre question de recherche se définit comme suit : “Action, fait de se représenter quelque chose ; manière dont on se représente quelque chose” ou “Perception, image mentale, etc., dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, etc., du monde dans lequel vit le sujet” (30). La dimension mentale ou psychologique de ce terme a été choisie afin de permettre d’exprimer au mieux les différentes composantes de la pensée des médecins concernant le thème de cette thèse.

Notre sujet de recherche cherche à déterminer quelles sont les représentations des médecins généralistes d'Occitanie concernant les thérapies manuelles ostéopathiques. Notre objectif secondaire est d’apprécier l’intégration des thérapies manuelles ostéopathiques dans la pratique des médecins généralistes.

Matériels et méthode

I. La méthode

A. Choix de la méthode

Notre question de recherche portant sur les représentations des médecins généralistes, la méthode de choix pour explorer cette question était par conséquent, la méthode qualitative. Nous avons donc opté pour une recherche qualitative inspirée de la méthode dite de « théorisation ancrée ». L'objectif recherché par l'utilisation de cette approche est de construire un modèle explicatif en se fondant sur l'analyse de phénomènes sociaux dans une population identifiée. Dans notre travail, nous avons donc cherché à explorer les processus responsables des représentations des médecins généralistes concernant les thérapies manuelles ostéopathiques.

B. Choix du mode d'entretien

Nous avons opté pour des entretiens semi-dirigés afin d'explorer au mieux les représentations de chaque participant tout en gardant une trame commune nécessaire à l'analyse transversale. Cette trame commune était symbolisée par un guide d'entretien.

C. Élaboration du guide d'entretien

Un premier guide d'entretien a été réalisé conjointement par les deux chercheuses. Ce premier guide était composé de quatre questions ouvertes. La première question était dite « brise-glace », son but était de donner la possibilité au médecin de s'orienter vers le sujet tout en s'insérant dans le vécu de l'interlocuteur. La deuxième question permettait de rebondir sur la question « brise-glace » et d'entrer dans le sujet de recherche.

Les deux questions suivantes rendaient possible l'étude des deux thèmes d'intérêt de ce travail de recherche :

- Les représentations des thérapies manuelles ostéopathiques
- L'intégration de ces thérapies à la pratique des médecins généralistes

Les questions posées étaient ouvertes afin de laisser les interlocuteurs s'exprimer librement selon leur interprétation de la question. Les moments d'hésitation, de silence étaient

respectés. Différentes formulations étaient prévues afin de relancer l'entretien en cas d'incompréhension ou de réponse courte.

Le terme de TMO n'a volontairement pas été défini auprès des médecins ayant participé à l'étude afin de ne pas les influencer. Au fur et à mesure des entretiens, nous avons ainsi remarqué que les médecins interrogés substituaient fréquemment le terme de TMO par celui d'ostéopathie. Nous avons donc utilisé indifféremment les deux termes au cours de certains entretiens dans le but de fluidifier les échanges.

Ce guide a évolué au fur et à mesure des entretiens et de l'apport de nouveaux thèmes ou questions par les médecins interrogés. Une question concernant le recours aux Médecines Complémentaires Alternatives (MCA) a été ajoutée après le premier entretien, puis supprimée de ce guide après le troisième entretien devant l'absence d'apport à notre question de recherche. Une autre question a également été ajoutée à la suite du quatrième entretien à propos de l'utilisation du terme d'indication ostéopathique. Celle-ci n'a finalement pas été utilisée lors de l'analyse car son apport au sujet de recherche n'a pas été jugé pertinent. Une cinquième question générale interrogeant les réflexions des médecins a été ajoutée après le quatrième entretien ; celle-ci permettait de laisser la possibilité au médecin interrogé d'aborder des sujets non énoncés lors de l'entretien.

La première version et la version finale du guide d'entretien sont disponibles en annexe.

D. Formations réalisées

Les chercheuses n'ayant pas d'expérience préalable concernant la méthode qualitative, une démarche d'apprentissage de cette méthode a été réalisée via le guide « Initiation à la recherche qualitative en santé » (31) et au travers d'ateliers organisés par l'Université Paul Sabatier.

II. Échantillonnage

La population concernée par le travail de recherche était celle des médecins généralistes.

Les critères d'inclusion étaient :

- Avoir soutenu une thèse d'exercice en médecine générale
- Exercer sur le territoire de la région Occitanie

Les critères d'exclusion étaient :

- Ne pas avoir soutenu de thèse d'exercice en médecine générale
- Ne pas exercer sur le territoire de l'Occitanie

Le recrutement des participants a été régi par la méthode d'échantillonnage raisonné théorique. L'analyse de chaque entretien était ainsi le préalable au choix du prochain participant.

Sur le plan pratique, le recrutement s'est fait soit par démarchage téléphonique via leur secrétariat, ou via leur numéro personnel soit par contact email. Les participants ont été également recrutés soit par l'intermédiaire de connaissances, soit par celui du carnet d'adresse des enquêtrices ou du directeur de thèse.

Les chercheuses se présentaient en tant qu'internes de médecine générale et la question de recherche était le plus souvent mentionnée.

III. Recueil des données

Les entretiens ont été principalement réalisés en présentiel, certains ont été élaborés en visioconférence, sur demande des médecins interrogés, grâce aux logiciels Zoom ou Skype pour des questions de logistique. Ils se sont déroulés du 16 mai 2023 au 9 avril 2024.

Chaque début d'entretien était dévolu à une brève présentation du travail de recherche puis au remplissage d'un questionnaire évaluant les données démographiques et caractéristiques professionnelles du participant. Il était suivi par la signature du consentement au travail de recherche.

Les entretiens étaient enregistrés grâce au logiciel dictaphone du téléphone de la chercheuse. L'enregistrement débutait après la signature du consentement. La durée moyenne des entretiens était de 19 minutes et 22 secondes avec un minimum de 11 minutes et 33 secondes et un maximum de 27 minutes et 24 secondes.

Chaque entretien a été retranscrit manuellement sur Word par l'enquêtrice l'ayant réalisé, dans un délai de 48h maximum après l'entretien, afin de le retranscrire de la façon la plus fidèle et de garantir l'authenticité des propos. La communication non verbale, les silences et les bruits ont été annotés.

Tous ces documents sont disponibles en annexe.

Les réponses au questionnaire des caractéristiques démographiques et professionnelles donné avant chaque entretien ont été compilées dans un tableau Excel disponible en annexe.

IV. Analyse des données

Chaque entretien a été lu de multiples fois afin de s'en approprier les idées, puis il a été analysé en utilisant un tableau Excel composé de 4 colonnes (verbatim, étiquette thématique, étiquette expérientielle, propriété).

Les termes de TMO et d'ostéopathie ont été utilisés indifféremment lors de l'analyse et de la rédaction.

L'analyse de chaque verbatim a été découpée en trois temps :

- Le premier temps était destiné à l'analyse expérientielle, chaque chercheuse effectuait ce travail séparément puis les étiquettes étaient mises en commun et discutées. Lorsqu'un désaccord persistait après discussion, l'avis du directeur de thèse était demandé pour trancher.
- Le deuxième temps était dévolu à la formation des propriétés. Chaque chercheuse effectuait ce travail séparément puis une mise en commun était réalisée en suivant. Comme pour les étiquettes expérientielles, l'avis du directeur de thèse était requis si un désaccord persistait.
- Le troisième temps de l'analyse servait à l'articulation des différentes propriétés entre elles afin de former des catégories. Celui-ci a débuté après la réalisation de plusieurs entretiens afin d'avoir suffisamment de recul et de matière à analyser. La hiérarchisation des catégories a permis d'aboutir à la construction d'un modèle inspiré de la "théorisation ancrée".

Au fur et à mesure des entretiens, la formation de nouvelles propriétés similaires à certaines déjà existantes nous a amenées à revoir l'étiquetage et les propriétés des premiers entretiens ; ainsi les analyses des quatre premiers entretiens ont été revues après l'analyse du huitième entretien.

Un tableau type de l'analyse est disponible en annexe.

V. Saturation des données

La taille de l'échantillon étudié n'a pas été définie à l'avance, celle-ci a été conditionnée par l'obtention de la saturation de données. Celle-ci est déterminée lorsque deux entretiens consécutifs n'apportent pas de nouvelle donnée. Elle a été obtenue lors du

dixième entretien. Un onzième entretien a été réalisé et a confirmé l'obtention de cette saturation des données.

VI. Éthique

Ce travail de recherche a reçu la déclaration de conformité de la CNIL sous les numéros 2023KG32 et 2023TDM33.

Chaque entretien a été anonymisé et chaque médecin s'est vu attribuer un numéro. Toute donnée susceptible de rompre cette anonymisation a été modifiée afin de la garantir.

Résultats

Nous avons effectué 11 entretiens auprès de médecins âgés de 29 à 70 ans. La répartition homme-femme était équitable. La plupart des médecins étaient installés dans des maisons de santé pluri-professionnelles, hormis une installée en cabinet seule avec un ostéopathe et une autre encore remplaçante. Environ la moitié des médecins interrogés étaient maîtres de stage universitaire. Trois médecins avaient le DIU de MMO.

I. Une vision abstraite des TMO

A. Entre méconnaissance et désintérêt

Les entretiens mettaient en avant une méconnaissance concernant les TMO et la formation de ces thérapies. Un désintérêt était également perçu, certains médecins ne cherchaient pas à se documenter sur le sujet.

<p>Un désintérêt des TMO</p>	<p><i>“Oh après fin c’est vrai que pfouu je suis pas j’ai jamais fait de formation ou de chose comme ça euh je, euh” E10</i></p> <p><i>“Euh...après non j’ai pas forcément cherché à me documenter” E2</i></p>	
<p>Une méconnaissance des TMO</p>	<p><i>“Alors du coup pas grand-chose (...) et du coup euh c’est difficile de prendre position là-dessus quand on a eu zéro info. Je peux pas parler de quelque chose que je connais pas (rires).” E11</i></p> <p><i>“J’y connais rien en terme de cursus je sais même pas comment on fait pour devenir ostéopathe ;” E4</i></p>	
	<p>Des champs d’action peu connus</p>	<p><i>“Alors principalement l’ostéomusculaire (prend une grande inspiration). (...) Donc petits traumatismes, des entorses, des lombalgies ; c’est le plus fréquent. (silence) Rachialgies. (silence)” E1</i></p> <p><i>“Après j’ai pas d’autre euh, j’ai rien d’autre qui me vient à l’esprit.” E4</i></p> <p><i>“Et euh et après dans tout ce qui est périphérique c’est assez vague en fait...” E5</i></p>

B. Un manque de transparence

Les médecins pointaient un manque de transparence de l'ostéopathie avec une pratique perçue comme opaque. Le manque de formation universitaire durant les études médicales était mentionné. Cela était perçu comme un frein au recours à l'ostéopathie pour certains médecins. Les médecins considéraient les TMO comme ésotériques et certains attribuaient une dimension magique à ces pratiques. De plus, certains médecins jugeaient la population générale ignorante vis-à-vis des TMO.

<p>Une pratique perçue opaque</p>	<p><i>“et pour l’instant, si j’étais pas médecin du sport, je n’ai aucune transparence de c’que font ces gens-là.” E7</i></p> <p><i>“ sur quels critères ils sont sélectionnés... fin c’est ultra flou !” E11</i></p>	
	<p>Un manque de formation médicale concernant les TMO</p>	<p><i>“Le la la réflexion principale que j’ai c’est qu’on est pas formés on est mal formés nous les médecins et notamment les médecins de premier recours” E3</i></p>
	<p>Des TMO considérées comme ésotériques</p>	<p><i>“et c’est c’est pour ça que ça sort de notre monde scientifique. C’est pour ça que je dis monde à part. Parce que effectivement, concevoir que en appuyant, en faisant bouger entre guillemet « les os du crâne », on va corriger des pathologies ; c’est un peu ésotérique.” E9</i></p> <p><i>“et que c’est les patients qui me disent « c’est un problème au foie il faut faire un scan TAP » euh j’ai un petit temps de recul et je me dis « bon on va reprendre depuis le début » parce que c’est très flou cette histoire (rire).” E11</i></p>
	<p>L’ostéopathie perçue comme magique</p>	<p><i>“C’est vraiment, ben là c’est un peu de la magie hein ! C’est de la magie,” E9</i></p> <p><i>“c’est une manière, on on devient, on devient plus que soignant on devient guérisseur quelque part un petit peu.” E9</i></p>

	Une demande de transparence	<i>“faut qu’on sache c’qui font, faut que ça soit transparent; (...), y faut qu’on sache c’que ces gens font, et dans quel cadre, (...) Et si on a pas accès à ça on pourra pas le dire... (...) il faut qu’on sache un peu c’qui va se faire” E7</i>
Une population estimée ignorante		<i>“puis ils sont..., ils ont pas le, ils sont pas forcément au courant qu’il y a pas de base scientifique” E8</i> <i>“donc forcément les gens pensent que c’est quelque chose sans risque et validé par le monde médical.” E8</i>

C. Une porte ouverte à la subjectivité

1. Une pratique difficile à appréhender

Les médecins avaient chacun une définition subjective des TMO. Celles-ci différaient donc les unes des autres. Ces définitions pouvaient s’accompagner de spéculations sur les principes de l’ostéopathie notamment viscérale.

Une définition subjective des TMO	<i>“Euuuuh, que l’ostéo ça permet de voilà (gestes avec les mains), de régler si y a des choses qui ont un petit peu bougé (...)E2</i> <i>“(avec un ton hésitant) Massage ?Euhh déblocage ?” E4</i> <i>“(réfléchit) Bin j’imagine une personne qui appuie (mime les gestes) un petit peu sur la personne” E11</i>
Des principes supposés	<i>“ Mais ils travaillent beaucoup avec des points de pression en fait et avec des massages avec des choses pour essayer de libérer peut être certaines tensions (...)Euuuh...et certes bien sûr on sait qu’au niveau du foie, au niveau rénal euh si euh y’a des problèmes, fin, c’est des organes qui permettent d’éliminer aussi donc on sait très bien que si ça fonctionne un peu moins bien à ce niveau-là ça peut créer des choses ailleurs” E2</i>
Une représentation universelle	<i>“Même si c’est pas forcément de l’ostéopathie comme on l’entend.” E4</i>

	<i>“Parce qu’il y en a plein qui pensent qu’il y a des craquements mais pas plus que ça ;” E7</i>
--	---

2. Une pratique perçue au travers des professionnels de TMO

La perception des TMO se faisait en grande partie au travers des professionnels les pratiquant. Une variabilité intra-professionnelle était mise en avant. Les médecins classaient les ostéopathes selon des critères personnels, la réputation du professionnel des TMO était souvent privilégiée.

Cette perception par les médecins était sous-tendue par une vision négative des OE auxquels certains médecins attribuaient les complications. Les médecins mettaient en avant un manque de responsabilisation, avec des professionnels outrepassant leurs fonctions. Cette vision négative conduisait à un rejet des ostéopathes exclusifs. Les kinés ostéopathes étaient privilégiés.

Des critères subjectifs de sélection	Des professionnels aux compétences variables	<i>“Et moi ce que je perçois et ressens de tout ça : c’est que c’est très variable.” E4</i> <i>“moi je dis que parmi les ostéopathes y en a des bons, des mauvais” E6</i>
	La réputation avant tout	<i>“Qu’ils me disent un nom euh donc que je connais, donc euh quelqu’un dont j’ai eu vent, euh très bien” E1</i> <i>“ Euh (souffle) Alors je crois que quand c’est fait par des professionnels euh...qui euh... qui sont compétents. Je crois que les limites ils se les mettent aussi quoi hein (..) Et encore une fois je vais; Les précautions ça sera de les envoyer vers des ostéos dont je connais la pratique” E2</i>
Une vision négative des ostéopathes exclusifs	Des complications attribuées aux OE	<i>“ Notamment on a eu un patient sur fauteuil roulant parce qu’il avait fait du cracking sur les cervicales. Alors, bon pas médecin pas kiné-ostéopathe évidemment ! c’était un ni-ni.” E6</i>

	Des ostéopathes exclusifs rejetés	<p>“Hum j’ai des contacts oui avec des kinés-ostéos, oui. (pause) ce qu’on appelle les ni-ni, ceux qui ont ni kiné ni médecin, pas...” E5</p> <p>“ben là à ce moment-là j’ai conseillé des médecins ostéopathes ; ou des kiné-ostéopathes, fin des gens qui sont pas que ostéopathes quoi, qui ont une autre formation à côté.” E8</p>
	Un manque de responsabilité pointé du doigt	<p>“L’ostéo ni-ni il s’en fout ! Il est pas responsable lui, il a son assurance pour ça.” E5</p>
	Un cadre légal non respecté	<p>“Parce qu’on voyait fleurir des petites plaques dorées, hein ! (...) Fin y a des choses qu’ils doivent pas faire et qu’ils font. Donc voilà !” E6</p> <p>“Alors ce que je reproche aussi c’est l’ostéopathie en maternité aussi. Qu’ils aillent, qu’ils aillent dans les maternités. Normalement ils ont pas le droit de toucher les gamins, et c’est interdit.” E9</p> <p>“pour pas qu’il y, fin par exemple les manipulations cervicales qui en théorie sont interdites euh j’en vois plusieurs qui viennent en me disant « oui il m’a manipulé au niveau du cou mais j’ai toujours mal » E11</p>
<p>Des kinés ostéopathes privilégiés</p>		<p>“Peut-être plus pour les lombalgies, les dérangements lombaires, je vais plus orienter vers l’ostéopathe qui est kiné en même temps” E3</p> <p>“Ben kiné-ostéopathe j’ai toute confiance” E6</p> <p>“Alors par les kinés, les kinés savent en général les limites ; ils connaissent bien le corps humain.” E9</p>

3. Des opinions influencées par la formation

Une des modalités de “construction” de l’opinion des médecins était la formation des professionnels de TMO. La majorité des médecins critiquait les formations des OE à

cause de leur hétérogénéité. Toutefois certains médecins reconnaissaient la formation hors diplôme d'état en considérant le titre d'ostéopathe comme gage de compétence.

<p>Des formations décrites</p>	<p><i>“La limite, euuuh, c’eesst premièrement la formation initiale” E3</i> <i>“Parce qu’ils en forment des milliers et des milliers par an et sans avoir les compétences vraiment nécessaires je crois... (silence)” E5</i> <i>“Le mec il était agent immobilier il faisait deux ans de formation qu’il payait la peau du cul et il était ostéopathe (tape dans les mains). (...) parce que les ni médecins ni kinés c’est-à-dire que ce sont des ostéopathes qui sont formés sur des écoles, ça peut être 2-3 ans. On a bataillé en 2012 pour que ce soit sur 5 ans.” E6</i></p>	
	<p>Une hétérogénéité des formations qui dérange</p>	<p><i>“Ben c’est la formation des professionnels qui est quand même très disparate, très hétérogène.” E8</i> <i>“Alors le problème de l’ostéopathie en dehors de l’ostéopathe médecin c’est que la formation est tellement diversifiée” E9</i></p>
<p>Le Titre d’ostéopathe reconnu</p>	<p><i>“Ils ont une formation euh quelle que soit leur origine, soit directement ostéopathie ou kiné qui devient ostéopathe. Ils sont formés” E3</i> <i>“Après bon ils essayent de comprendre et de nous interroger, fin d’interroger pour savoir un ptit peu de quoi se plaignent les gens et de nous interroger, fin d’interroger pour savoir un ptit peu de quoi se plaignent les gens et et qu’est-ce qui les soulage ou pas et ou qui déclenchent leurs douleurs,” E10</i></p>	

4. L’importance de l’expérience dans la construction des représentations

Les représentations des médecins généralistes interrogés étaient fondées sur leurs expériences professionnelles et personnelles. L’expérience professionnelle était construite sur les retours des patients auxquels les praticiens étaient attentifs. Les praticiens considéraient également les patients maîtres de leur prise en charge et interféraient peu dans leurs recours aux TMO. L’influence de l’usage personnel de TMO était importante, certains médecins construisaient leur prise en charge en fonction de celui-ci.

L'importance de l'expérience professionnelle	Une opinion construite selon le retour des patients	<p><i>“Et parce que je vois quand ils ont traité mes patients comment ça se passe” E1</i></p> <p><i>“J’ai le retour de patients qui disent quand je leur dis “qu’est-ce qu’il vous a fait l’ostéo”. C’est un peu ça ouais sur des retours de patients” E2</i></p> <p><i>“Ben c’est le retour du patient, c’est le retour du patient. Avec certains retours qui moi voilà me, je trouve pas forcément adaptés. »E4</i></p>
	Le patient maître de ses décisions	<p><i>“Je leur dis « si vous allez voir quelqu’un euh parlez m’en, je vais pas vous taper sur les doigts, moi c’est important pour vous ai, pour vous euh vous prendre en charge et justement pour vous conseiller » (...) Et ils peuvent très bien, ils ont le droit de faire ce qu’ils veulent,” E3</i></p> <p><i>“Parce que je me dis écoute après tout c’est leur argent, libre à eux d’aller donner 50 euros à un ostéopathe euh, si derrière lui il considère que ça l’améliore dans sa santé, en tout cas dans son bien-être ou autre euh...il fait ce qu’il veut.” E4</i></p> <p><i>“(Silence) Ben après il fait ce qu’il veut, (...) donc je lui dis « si vous voulez le faire vous pouvez” E8</i></p>
L'influence de l'expérience personnelle	<p><i>“Alors là c’est pareil parce que moi je suis euh, j’ai un vrai euh, je suis une vraie cheville valgus plus d’un côté que de l’autre (...) Moi je fais beaucoup de sport, donc tous les 3 mois j’y vais, il me manipule ma cheville et ça va bien mieux” E3</i></p> <p><i>“fin massage euh des des je vais dire parce que de toute façon moi je suis allée voir un ostéo et eheh (rire moqueur)” E10</i></p>	

D. Un sujet tabou

L'évocation du sujet des TMO amenait également un malaise qui plaçait les TMO comme un sujet tabou chez les médecins.

<p>Un sujet épineux</p>	<p><i>“Donc euh (pause) donc voilà et euuuhh (pause) je sais que c’est un peu tendu en ce moment entre les ostéos médecins,” E5</i></p> <p><i>(hésitant, fait la moue, chuchote) “ faut préciser... qu’est-ce qui me vient à l’esprit c’est-à-dire ? (...) (pause, réfléchit, sourire, chuchote) c’est une bonne question... faut répondre oui ou non ?” E7</i></p> <p><i>“je veux dire c’est un peu plus, y’a moins que ça quoi c’est ça que je veux dire. (...) Euh moi je pense, enfin je pense hein (...) Après est ce que c’est bon est ce que c’est pas bon, c’est encore autre chose ?” E10</i></p>
--------------------------------	--

II. Une pratique qui divise

A. Des opinions divergentes

1. Une pratique sans fondement scientifique

Certains médecins avaient une vision empirique de l’ostéopathie. Pour eux, l’absence de validation scientifique et de recommandation était un frein au recours aux TMO. L’éventualité de l’intégration des TMO en cas de validation scientifique était bien acceptée par ces médecins.

D’autres médecins étaient plus nuancés dans leur vision et considéraient comme empiriques seulement certains types de TMO tels que l’ostéopathie viscérale.

<p>Une pratique perçue comme empirique</p>	<p><i>“qui euh, qui voilà (rire) n’ont pas de bases physiopathologiques bien établies euh....” E8</i></p> <p><i>“Euuh c’est sûr que ça reste nébuleux pour moi euh, au niveau digestif.” E3</i></p> <p><i>“Et puis quand je voyais le prof qui était au bout de la salle et qui te disait « non, un peu plus à gauche, un peu plus à droite » et il te regardait, il voyait tes mains et il te disait « non non, appuie un peu plus fort, non là, là tu y es ». Rien qu’en te voyant quoi ; ben tu te dis à un moment euh (mime faire du pipo) c’est bon quoi. Tu te dis bon là...” E9</i></p>
---	--

	<p>Une absence de validation scientifique et de recommandations qui dérange</p>	<p><i>“ Ce qui est pas le cas aujourd’hui pour l’ostéopathie. L’ostéopathie aujourd’hui y’a rien en fait. (...) Donc quand effectivement j’ai un patient qui a une lomboradiculalgie euh voilà une sciatique un truc comme ça ben pour moi l’indication médicale c’est de faire la prise en charge nanana...Et pas de faire de l’ostéopathie.”</i> E4</p> <p><i>“Ben il faudrait qu’il y ait une évaluation scientifique qui démontre clairement l’intérêt. Et pour l’instant c’est pas le cas donc tant qu’il y a pas ; on va pas (s’arrête)”</i>E8</p>
	<p>La recommandation comme clé d’intégration</p>	<p><i>“Moi si demain, l’ostéopathie fait partie des recommandations officielles, euh, du du du collège d’enseignants des rhumatos, soit, pourquoi pas, je changerais ma position.”</i> E4</p> <p><i>“donc euh, je pense qu’il peut y avoir tout à fait une évolution s’il y a des données qui arrivent.”</i> E8</p>

2. Une vision neutre de la pratique

D’autres médecins gardaient un regard critique concernant les TMO en estimant que comme dans toute profession, l’efficacité de la pratique pouvait être variable et des risques de complications présents.

<p>L’absence d’efficacité : une limite des TMO</p>	<p><i>“Beh y’a la première limite c’est quand ça fonctionne pas, donc une limite sur l’absence d’effet de la thérapeutique, je pense que c’est ça la première limite : c’est quand ça fonctionne pas. (...) ça soigne pas tout la médecine manuelle ostéopathique.”</i> E5</p> <p><i>“Alors pour moi les limites c’est c’est surtout quand les patients y sont allés deux ou trois fois, pour une pathologie je parle hein, et deux trois fois à très peu de temps d’intervalle et bon ça pas été efficace”</i> E10</p>
---	---

<p>Une pratique comme les autres</p>	<p><i>“Oh on a tous des histoires de chasses hein, on a tous des histoires de chasses mais bon après euh, c’est pas euh. Ça arrive en médecine générale aussi qu’on ai des, des des problèmes quoi hein. Voilà” E9</i></p> <p><i>“On peut pas faire l’unanimité pour tout quoi.” E10</i></p>
---	--

3. Une vision favorable de la pratique

Des médecins considéraient que l’ostéopathie était un outil diagnostique et thérapeutique précieux en médecine générale. Le recours aux TMO permettait pour certains médecins de limiter l’utilisation de l’allopathie tout en restant efficace dans la prise en charge.

Les médecins ayant le DU de MMO trouvaient une plus-value à avoir suivi cette formation et considéraient avoir recours à des techniques ostéopathiques quotidiennement. L’intégration d’un enseignement sur l’ostéopathie était un souhait de certains médecins pour avoir des notions et pouvoir conseiller les patients.

L’ostéopathie était également perçue par des médecins comme une thérapie holistique intégrant tous les aspects du patient dans la prise en charge. Une approche psychosomatique était mise en avant.

<p>Un outil précieux en médecine générale</p>	<p><i>“Bin pour moi c’est voilà. C’est comme je disais tout à l’heure, C’est une corde de plus à mon arc, c’est une thérapeutique de plus possible, voilà “E1</i></p>	
	<p>Un atout diagnostique et thérapeutique</p>	<p><i>“Je fais du diagnostic-traitement en même temps en réalité. Ça se fait presque instinctivement maintenant. (...) La médecine manuelle c’est surtout ça, c’est surtout du diagnostic ” E6</i></p> <p><i>“ Bon alors moi ça m’évoque des solutions à plein de problèmes de médecine quotidienne (...) Pour moi c’est un outil, c’est un outil, c’est quelque chose que j’ai appris, comme comme d’autres (...) Voilà, c’est... des moyens diagnostics supplémentaires apportés à l’ostéopathe au médecin ostéopathe par rapport au médecin non-ostéopathe. (...) Ça fait partie comme les médicaments comme tout ça.” E9</i></p>

	<p>Une épargne allopathique</p>	<p><i>“mais disons que j’essaie de limiter les effets secondaires et les interactions des médicaments.” E6</i></p> <p><i>“Après moi j’ai pas d’a priori par rapport au fait que j’pense que si on peut tenter des choses sans être trop interventionniste entre guillemets ça veut dire aller faire scanner IRM et tout ce qu’on peut faire, je pense que des fois ça peut aussi être euh (se coupe)” E10</i></p>
	<p>Une pratique efficace</p>	<p><i>“c’est vraiment génial le résultat ; d’un coup ils sortent ils sont « waouh » détendus et ils ont plus de douleurs,” E6</i></p> <p><i>“et plus on a quand même des performances, fin je veux dire y’a peu de gens qui vont dire que ça leur fait rien hein. Que c’est pas efficace.(...) Bon je pense quand même qu’il y a une satisfaction en général qui est positive quoi, fin c’est plutôt positif que négatif.” E10</i></p>
	<p>Des champs d’action variés</p>	<p><i>“Alors...pour les petits euuuh, pour les bébés là qui peuvent avoir des troubles digestifs euh... des fois des troubles du sommeil... (...) Y’a les troubles de la croissance aussi !Les troubles de la statique, du rachis je trouve que ça peut être intéressant aussi” E2</i></p> <p><i>“des douleurs, des pathologies musculo-squelettiques. Donc dans ces moments-là effectivement ils y vont.(...) Mais on va dire que je sais qu’il y’a certaines orientations des fois un peu pédiatriques, ” E4</i></p> <p><i>“par contre le cranio-viscéral en général c’est chez le nourrisson qui ont des douleurs abdominales” E6</i></p>
	<p>Une pratique intégrée</p>	<p><i>“Euuuhh, je vais très facilement sensibiliser les gens sur l’intérêt de la manipulation “ E3</i></p>

		<i>“J’ai fait une manipulation en inversion de paramètre sur la vertèbre L3 et L2. Voilà.” E9</i>
L’intérêt pédagogique du DIU de MMO en médecine générale	<p><i>“J’apprends plein de choses, puis on apprend à bien examiner les gens, ce qu’on, des fois, apprend pas bien à la fac. Donc ça c’est super important, J’ai appris plein plein de choses, j’ai fait 3 ans d’études super intéressants.” E5</i></p> <p><i>“Et la médecine manuelle m’a permis d’être plus intelligente j’ai trouvé. (...) On reprend toutes les planches anatomiques hein, moi j’avais tout oublié ; ou s’insère les muscles ... ça c’est la galère parce qu’on fait tout du pied à la tête hein. Voilà donc ça fait des bonnes révisions aussi.” E6</i></p>	
Le souhait d’une formation concernant les TMO en médecine générale	<p><i>“Que la faculté de médecine soit un peu plus ouverte, et fasse des modules de formation” E3</i></p> <p><i>“Pour moi c’est, c’est, alors en médecine (se coupe) tout médecin généraliste devrait avoir un minimum de bagage ostéopathique, un minimum. (...) Et il en faudrait pas beaucoup, y a quelques, quelques manœuvres...Et par contre le diagnostic ostéopathique se serait intéressant de former les mains des médecins.” E9</i></p> <p><i>“Euh mouais j’aimerais qu’on nous informe plus maintenant qu’on sait un peu c’que c’est parce que ça fait plusieurs années que ça existe. Pas forcément avec un cours magistral à la fac mais au moins un peu en quoi ça consiste. parce que y’a des médecins qui font des DU d’ostéopathie donc c’est pas complètement euh séparé de la médecine.” E11</i></p>	
Une thérapie holistique	<p><i>“et ostéopathiques, l’idée c’est l’holistique, voilà c’est l’ensemble.” E6</i></p> <p><i>“Vu que c’est une prise en charge globale,” E7</i></p>	
	Un effet psycho-somatique	<p><i>“Et l’ostéopathie je peux me demander si de temps en temps on agit pas sur le psychosomatique aussi. (...) y a toute une démarche qui est particulière qui peut être euh, qui peut être assimilée à une « démarche psychosomatique » entre guillemets.” E9</i></p> <p><i>“Mais bon y’a la y’a une part comme il peut y avoir</i></p>

		<i>y'a une part aussi psychologique, et le fait d'écouter les gens, de passer du temps avec eux, y'a peut-être ça aussi qui influence aussi hein, à mon avis hein . Y'a pas que du manuel, y'a aussi de parler avec les gens je pense malgré tout." E10</i>
--	--	---

B. Une crainte des TMO

1. Une absence d'encadrement source de méfiance

L'absence d'encadrement de la pratique était pointée du doigt par plusieurs médecins. Celle-ci laissait la place à de potentielles dérives voire à du charlatanisme. La crainte d'occulter la médecine conventionnelle était également présente.

L'absence de régulation médicale favorisait une crainte de survenue de complications.

Une porte ouverte aux dérives	Des médecins dans l'ignorance concernant le recours aux TMO	<i>"et même quelquefois les gens vous le disent ou pas mais ils sont allés voir l'ostéo avant d'aller vous voir ou après voilà mais ça c'est encore autre chose, parce que bon on nous dit pas toujours ils nous disent pas toujours ce qu'ils ont fait ; donc des fois on sait pas trop en fait." E10</i>
	La crainte du charlatanisme	<i>"alors les limites c'est si on rentre dans le côté gourou charlatan" E1 "j pense qu'il pourrait y avoir des dérives quand même parce qu'il y'a conflit d'intérêt à poser les indications comme ça là." E11</i>
	Le danger d'occulter la médecine mis en avant	<i>"Ne mettez pas en standby vos thérapies indispensables type chimiothérapies chez un cancéreux ou traitements pour une insuffisance rénale ou cardiaque ainsi de suite." E3 "De personnes avec des néoplasies qui se sont un peu fait laver le cerveau où on leur a dit « non la chimiothérapie c'est pas bon il faut prendre telle</i>

		<i>chose » et au final se sont complètement laissés euh, enfin ont abandonné la médecine traditionnelle au profit des médecines parallèles en pensant que c'était ça qui allait les guérir, et non." E11</i>
Un large spectre de complications redouté	Chez les personnes âgées	<i>"C'est-à-dire que je vais pas envoyer tout le monde chez l'ostéo, je sais pas quelqu'un qui a euh, quelqu'un qui est très âgé et tout ça, bon (mimique avec la tête) pour des douleurs tout ça je vais pas forcément..." E2</i> <i>"Moi je mettrais une limite, mais souvent, c'est pour les personnes âgées." E7</i>
	En contexte aigu	<i>"Pour moi c'est une thérapie euh qui doit être euh quand même faite de préférence, moi je préfère quand le patient est indolore, (...) et pas forcément sur une plainte aiguë particulière sans avis médical." E7</i> <i>"L'autre jour j'avais une patiente qui avait une cervicalgie aiguë et des troubles visuels intermittents, que j'ai vu en urgence, qui voulait aller (se coupe) qui m'a dit « ah ben peut être que je vais aller voir l'ostéopathe, » j'ai dit « non, non, non, (rire) non » et en effet c'était une dissection vertébrale quoi." E8</i>
	Concernant les cervicalgies	<i>" Mais les cervicales il vaut mieux éviter." E6</i> <i>" Voila. Je mets un cadre pour leur dire « attention euh, ok allez le voir si vous voulez pour votre mal de dos mais les cervicales, non " E8</i>
	Concernant certaines techniques	<i>" Et ils étaient un peu je trouve un peu plus euh, comment dire, ouais ça pouvait sembler un peu brutal sur certaines euh voilà." E2</i> <i>"alors que t'as des médecins ostéo (imite) « crac crac, crac crac » ; voila." E6</i>

2. Le besoin de contrôler la pratique

Les médecins exprimaient le souhait d'être intégrés dans la décision du recours aux TMO principalement afin d'éliminer les contre-indications. Ils appuyaient sur l'importance de leur rôle de conseil auprès des patients. Ils aspiraient à un encadrement institutionnel de la pratique.

La volonté d'intégrer le médecin dans la décision du recours aux TMO	L'importance de la consultation mis en avant	<i>“Vérifier qu'il y'ai pas de contre-indications surtout” E5</i> <i>“Voir s'il y a une pathologie aiguë à éliminer avant ou pas. (...) Mais euh oui globalement c'est les examiner, éliminer les contre-indications formelles” E11</i>
	Un rôle de conseil primordial	<i>“Mais moi je veux juste les conseiller et les mettre en garde sur les dérives éventuelles c'est tout. “ E3</i> <i>“ pouvoir plus les aiguiller sur est-ce qu'on pense que ça pourra être bénéfique ou pas.(...) Mais par contre je les informe avant sur les risques qu'ils encourent à y aller sans avoir fait d'exploration avant.” E11</i>
	Un rôle de régulateur	<i>“Et en fonction de son... de de ce qu'il fait comme profession ou en tout cas du mode de survenue de sa lombalgie (...) Mais c'est vraiment en fonction de l'âge et voilà (...) C'est-à-dire que je vais pas envoyer tout le monde chez l'ostéo (...) Alors ça dépend hum, ça, ça dépend de ce que je vais trouver à l'examen en fait et les symptômes euh, voilà” E2</i> <i>“Euh bin en fonction de l'examen et de l'interrogatoire euh ça oriente plus ou moins si je pense que les indications vont être intéressantes,” E11</i>
Le besoin d'un encadrement institutionnel	<i>“y'a pas d'ordre, donc euh, c'est pas vraiment encadré comme profession. (silence) “ E1</i> <i>“il faut q'ça soit cadré,faut qu'y ai un collègue des ostéopathes (..) et si</i>	

	<i>on sait pas, et si y'a pas un collègue et des référents (...) mais en tout cas il doit y avoir un truc. "E7</i>
--	--

3. Le sentiment d'être menacé

D'après les médecins, la société et les patients attribueraient un statut médical aux ostéopathes. Ils constataient que les patients venaient en consultation avec des demandes d'examens complémentaires de la part des ostéopathes souvent issues de diagnostics considérés comme farfelus. Ce phénomène était responsable d'une défiance de la part des médecins et d'un sentiment de vulnérabilité dans leur pratique.

Des ostéopathes considérés comme des médecins		<i>"Alors tout le monde pensait que c'étaient des médecins et c'était des ni-ni, " E6</i>
		<i>"Ils passent d'abord par la case ostéopathe où dans leur représentation c'est eux les experts et que nous en fait on sait pas du tout gérer...D'ailleurs quand je les examine et que je pose des diagnostics, ils sont toujours très surpris, ils me disent (ton enjoué) « Ah mais vous savez faire ça ! », donc un peu euh, un peu embêtant (rire gêné)." E11</i>
	Un sentiment de vulnérabilité	<i>"Tout le monde peut prescrire à peu près tout donc c'est un peu compliqué. (...)Je trouve ça ridicule et puis nous derrière on fait quoi (imite le médecin avec un air simplet) « ah ben oui ben vous allez mieux ? ben c'est bien" E4</i>
Des diagnostics ostéopathiques décriés	Une fréquence importante	<i>"Parce qu'on a quotidiennement tout un tas de patients qui viennent nous voir (...) Qui disent (imite) : « oui l'ostéopathe il m'a dit qu'il faudrait faire ça »" E4</i> <i>"Parce que j'en vois régulièrement des patients qui viennent me voir vus par des ostéos euh, l'ostéopathe leur dit « allez voir votre médecin parce que vous avez un problème au foie ou vous avez un problème aux reins... »" E5</i>

	<p>Une absence de fondement scientifique dénoncée</p> <p>Des demandes d'examens qui agacent</p> <p>Des patients à rassurer</p> <p>Une défense de son statut</p>	<p><i>Qui ont vu l'ostéo « il m'a dit que j'avais un problème au foie »(...) Bon je trouve que c'est un peu bateau comme réponse" E2</i></p> <p><i>"Mais allez expliquer des choses qui n'ont aucune véracité même pas médicale mais scientifique en fait, (...)avec des trucs tout à fait loufoques "E4</i></p> <p><i>"Les ostéopathes, c'est quand même insupportable quoi, ils voient les patients et après ils demandent de prescrire des examens qui n'ont (se coupe); " E8</i></p> <p><i>"J'essaie de les rassurer déjà, parce que souvent les gens y arrivent, ils sont affolés, euh," E5</i></p> <p><i>"Tel quel hein, il a dit (pause), l'ostéopathe (pause), que MOI je devais lui prescrire à la patiente une échographie du foie (air étonné ++) Pffff. Et c'est là où je trouve que, on est sur quelque chose qui est malsain et qui moi ne me plait pas, et c'est pour moi la ligne rouge." E4</i></p> <p><i>"Et euh c'est ce qui fait la différence avec les autres ostéos je crois..(...) Nous en tant que médecin on doit faire LE diagnostic, c'est ça le principal.(...) Nous en tant que médecin on est là pour faire du diagnostic, je le répète et c'est important !" E5</i></p>
Le regret de la loi Kouchner		<i>"Je pense qu'il faut que si possible il faut que ça reste une compétence médicale. C'est fini, c'est mort on le sait " E5</i>

C. Une place variable donnée à l'ostéopathie

1. Une communication contrastée

La communication avec les professionnels de TMO était présente et valorisée pour certains médecins. Le fait d'avoir des retours des ostéopathes en cas de doute renforçait la relation de confiance.

D'autres médecins notamment ceux qui possédaient le DU de MMO excluaient toute forme de collaboration avec les OE : ils n'en connaissaient pas et ne cherchaient pas à communiquer avec eux.

<p>Une confiance en ses collaborateurs</p>	<p><i>Il a vu l'ostéo y'a pas très longtemps, et elle m'a dit faudrait qu'il fasse de la kiné. Ben c'est cool parce que, bon c'est pas moi son médecin, mais voilà tu vois elle a été dans le conseil" E2</i></p> <p><i>"Je travaille avec eux parce que je sais que quand ils sont en difficulté, quand ils ne comprennent pas ils vont m'appeler. En me disant : voilà je comprends pas ça va pas mieux faut regarder ce qui s'passe. Voilà." E3</i></p>	
<p>Une collaboration inexistante</p>	<p>Une absence de communication limitante</p>	<p><i>"Euh c'est plutôt comme ça parce qu'après moi j'ai pas de contact direct avec les ostéopathes." E4</i></p> <p><i>"Oh je travaille plus trop avec des ostéo à vrai dire, j'envoie personne chez les ostéo." E6</i></p> <p><i>"j'ai j'ai pas de contacts directs avec des ostéopathes et donc ni des enseignants ostéopathes" E7</i></p> <p><i>"Y'a certains ostéopathes qui (se coupe), alors après à voir si c'est le patient ou les ostéopathe, parce que le patient il dit aussi ce qui l'arrange " E4</i></p>
<p>Des pistes d'amélioration pour le dialogue</p>	<p><i>" j' pense qui faut en tout cas qui y'ai au minimum de la communication "E7</i></p> <p><i>"Mais ça faudra en discuter je pense, ça sera intéressant d'aller en discuter avec euh les rééducateurs qui sont à Ranguel par exemple, Faut en parler avec eux, pas qu'avec les médecins généralistes." E5</i></p>	

2. Un recours aux TMO hétérogène

Les TMO étaient considérées comme des thérapies complémentaires dans l'imaginaire des médecins. Certains l'intégraient en première intention et d'autres en dernière ligne, en cas d'échec des prises en charge précédentes. La majorité des médecins pensait que le recours à l'ostéopathie devait être ponctuel. Il devait avoir lieu principalement pour des troubles mécaniques ostéo-musculaires. Certains médecins rejetaient les TMO non ostéo-musculaires telles que l'ostéopathie viscérale, pédiatrique.

<p>Les TMO : des thérapies complémentaires</p>	<p><i>“ Pour moi c’est un bon complément de la médecine trad (elle coupe) Pour moi ça fait partie des techniques, comme de la kiné” E1</i></p> <p><i>“ Fin ; l’ostéopathie n’est pas une discipline à part. C’est un complément de moyen qui est offert aux médecins ; pour moi.” E9</i></p>	
<p>Un recours varié</p>	<p>En première intention</p>	<p><i>“Mais euh je vais leur expliquer quand dans le cadre d’un dérangement vertébral que c’est la manipulation qui va guérir euh qui va traiter 90% de la problématique, ou 80% on va dire” E3</i></p>
	<p>En dernier recours</p>	<p><i>“Y a des rares fois où sur des douleurs ou sur des chocs qui paraissent ostéoarticulaires où avec le kiné et tout ça marchait pas ; ben là à ce moment-là j’ai conseillé des médecins ostéopathes ; ou des kiné-ostéopathes,” E8</i></p> <p><i>“ c’est des douleurs chroniques depuis plusieurs mois ou plusieurs années, où ils ont déjà vu tous les spécialistes, on a fait tous les examens, on a essayé tous les antalgiques de la Terre et que ça continue, ça m’est arrivé une ou deux fois de leur dire « peut-être allez voir un ostéopathe ». Mais c’est quand même en bout de chaîne.” E11</i></p>
	<p>Ponctuellement</p>	<p><i>“ c’est bien si on se voit une fois deux fois par an quoi ” E2</i></p> <p><i>“Et l’ostéopathie pour moi c’est ponctuel aussi (...) ça peut pas être comme des séances de kiné où t’y vas deux fois par semaine ou trois fois par semaine l’ostéopathie c’est pas ça quoi.” E10</i></p>
	<p>Pour des pathologies mécaniques</p>	<p><i>“Bin il faut que ce soit des pathologies mécaniques, non inflammatoires déjà (pause) euh... tout ce qui est purement mécanique Faut pas que ce soit tumoral ni inflammatoire sinon ça sert à rien.” E5</i></p> <p><i>“Si c’est une maladie inflammatoire, typiquement je sais pas moi une PPR, à part la corticothérapie</i></p>

		<i>euh... fin l'ostéopathie seule ne fera ne résoudra pas le problème." E11</i>
Le champ d'action ostéo-musculaire prédominant	Les pathologies rachidiennes prioritaires	<p><i>"Et après ouais sur des lombalgies, ça peut m'arriver. Lombalgies, dorsalgies... fin euh au niveau du rachis (...) Les troubles de la statique, du rachis je trouve que ça peut être intéressant aussi"</i> E2</p> <p><i>"C'est plutôt tout ce qui est le rachis (...) C'que je fais encore c'est souvent euh des gens qui ont une douleur un peu chronique, rachidienne dorsale ou lombaire"</i> E5</p>
	Des TMO non ostéo-musculaires dévaluées	<p><i>"Mais là pour le coup, c'est c'est pour tout ce qui est digestif par exemple C'est clairement pas quelque chose que je vais prescrire (...) Euh je suis un petit peu dubitatif de toute cette mode qu'on voit chez les nourrissons. "</i> E3</p> <p><i>"Mais par contre voilà je fais pas tout ce qui est abdominal, tout ce qui est crânien, non ça je fais pas. (coupe) Parce que j'y crois pas. (sourire amusé) (...) Je m'en occupe pas moi. Pour moi c'est pas de l'ostéo ça. J'ai peut être tort mais pour moi ça relève pas de l'ostéo."</i> E5</p>

D. Un objectif commun : le bien-être des patients

Certains médecins acceptaient le recours aux TMO en première intention sans difficulté. On retrouvait chez la majorité des médecins un objectif commun : peu importait l'opinion concernant les TMO, seul le bien être du patient importait.

Un recours aux TMO accepté	<i>"Bin bien (emphase sur le bien avec réaction surprise et rire) Bien, euh, (...) Si par contre il me dit j'ai vu un ostéopathe parce que j'ai une lombalgie, ça me gêne absolument pas."</i> E1
-----------------------------------	---

	<p><i>“Et euh si c’était nécessaire je lui dis qu’il a bien fait ! (petit rire)”</i> E3</p>
<p>Le bénéfice des TMO mis à profit</p>	<p><i>“Parce que pour moi euh, c’est aussi bénéfique parce que je la revois pas forcément 4-5 fois pour le même motif ; avec des situations des fois qui s’enlisent, des douleurs de dos qu’on arrive pas forcément à (se coupe)”</i> E4</p> <p><i>“Bin non je leur demande si ça c’est bien passé : « est-ce qu’il vous a fait du bien ? »...»... si ça c’est bien passé tant mieux !”</i> E5</p> <p><i>“Et si ça leur a fait du bien moi je dis tant mieux,”</i> E6</p>

III. Un reflet de l’évolution du système de santé

A. Une pratique populaire

Les médecins généralistes étaient conscients de l’évolution de la place des TMO dans la société et de la popularité de l’ostéopathie.

Plusieurs d’entre eux remarquaient l’utilisation en premier recours des TMO et avaient l’impression d’être relégués au second plan en cas d’échec de l’ostéopathie. De plus ils constataient l’intégration de l’ostéopathie dans les structures de soins telles que les maternités.

<p>Une conscience du succès de l’ostéopathie</p>	<p><i>“Un jour j’ai reçu une lettre d’un rhumato qui a dit à un patient ben de peut-être, il avait fait une séance d’ostéo et il avait dit ben peut être refaites en d’autres, ça peut faire du bien. Bon je me suis dit hein, c’est validé.”</i> E2</p> <p><i>“Euh souvent les gens, comme tu l’as évoqué, vont le voir régulièrement”</i> E3</p> <p><i>“D’accord. Bon après moi c’est vrai que euh les gens aussi je trouve que comme c’est rentré un peu dans les mœurs”</i> E10</p>
	<p>Une utilisation en premier recours par la population</p> <p><i>“Mais c’est presque la majorité (acquiesce de la tête), presque la majorité oui.”</i> E7</p>

		<i>“Bon c’est vrai que des fois ils y vont d’eux -mêmes (...) mais ils sont allés voir l’ostéo avant d’aller vous voir” E10</i>
	La médecine en second recours derrière l’ostéopathie	<i>“(coupe) Alors euh le problème qui y’a c’est souvent quand ça marche pas. Voilà, ils viennent nous voir en disant : « j’ai mal, euh, je suis allé voir l’ostéopathe une voire deux fois, et ça passe pas », et souvent ils viennent dans ce cas-là. Quand ça passe ils viennent pas nous voir en fait.” E7</i> <i>“j’ai attendu que ça passe, ça passait pas, j’ai vu l’ostéopathe, (...) et qu’ils viennent donc en second recours le plus (se coupe), pas (insiste sur le pas) pfff, j’ai envie de dire le plus souvent parce que j’en vois beaucoup” E11</i>
Une intégration dans les structures de soins constatée		<i>“Et en plus voilà, pour l’ostéopathie crânienne des nourrissons, les ostéopathes sont recommandés dès la maternité ; les maternités les recommandent ou même les ostéopathes qui passent dans les maternités” E8</i>

B. Un milieu concurrentiel

Les médecins faisaient le constat de la forte croissance démographique des ostéopathes et décrivaient le milieu des OE comme concurrentiel. Certains percevaient l’ostéopathie comme un business. L’ostéopathie dite commerciale avec des recours fréquents était dénoncée par plusieurs d’entre eux. Les écoles de formation des OE étaient critiquées pour leur logique financière. L’aspect financier de la pratique était considéré comme une limite au recours à ces thérapies.

Une démographie des professionnels de TMO en	<i>“Après c’est vrai que y’a aussi beaucoup d’ostéopathes” E4</i> <i>“Ils sont quand même très nombreux ; c’est comme les médecins quand ils étaient (se coupe) fin c’est pas comme les médecins mais à l’époque où les médecins étaient plus nombreux que ce qu’ils sont aujourd’hui, euh, y a 30 ans, (...) Et qui sont nombreux en plus.” E8</i>
---	--

hausse		
Une logique financière des écoles d'ostéopathie	<i>“Y a des écoles privée, payantes qui sélectionnent les gens euh (se coupe). Ben déjà qui ont un intérêt financier à former les gens ! hein certainement !” E8</i>	
L'ostéopathie perçue comme un business	<i>“Je pense que leur business n'a pas besoin de ça. (...) Donc oui oui je pense que c'est, c'est, c'est, ça ça ça favorise quand même un aspect mercantile quoi.” E8</i> <i>“et qui ont besoin de gagner leur fric.” E9</i>	
	Une pratique commerciale	<i>“La limite moi c'est l'ostéo qui dirait « on se voit toutes les semaines » quoi ça, ça me dépasse un peu j'en connais certains hein. (...)” E2</i> <i>“euh et que généralement on voit des soins qui sont quand mêmes non justifiés et très fréquents euh, enfin à part l'appât du gain fin voilà, c'est toujours tentant hein de voir un patient quatre fois alors qu'il aurait besoin d'être vu qu'une fois euh.” E8</i>
	Une limite financière	<i>“je sais pas si ça a lieu d'être par rapport au remboursement de la chose. (...) mais sinon non c'est pas remboursé donc je le prescris pas.” E7</i> <i>“mais c'est pas pour la plupart remboursé, ça coûte quand même assez cher. Je sais pas à quelle fréquence ils leur demandent de revenir pour les consultations, ça représente quand même un certain budget finalement. Mais si c'est des personnes qui sont un peu limite financièrement et qui se disent qu'en fait il faut absolument ça et que si jamais ils y vont pas ça va pas aller... c'est quand même un peu plus gênant.” E11</i>

C. Une portée médico-légale sous-jacente

Les médecins étaient conscients de leur responsabilité médico-légale par rapport au recours aux TMO notamment en cas de complications. Certains médecins se déresponsabilisaient par rapport à l'utilisation des TMO de leurs patients. Lorsqu'ils adressaient les patients à des ostéopathes, cela se faisait de façon informelle, à l'oral, sans courrier.

<p>Une responsabilité médico légale en cas de complication qui dérange</p>	<p><i>“Il faut le noter dans le dossier, parce que si jamais un jour y’a un souci euh (prend une inspiration) le médecin il est responsable, (...) Sans ce premier diagnostic, euhh, si on fait une manip et qu’on s’est trompé de diagnostic on est responsable.” E5</i></p> <p><i>“Ceci étant dit si un médecin envoie un patient chez un ostéopathe qui n’est ni médecin ni kiné, enfin en tout cas qui n’est pas kiné ostéopathe, et qu’il y a un problème c’est nous qui trinquons ; tu le savais ça ? (...) Absolument ; un ostéopathe qui n’est ni médecin ni kiné. Médico légalement c’est toi qui trinque.” E6</i></p>
<p>Une déresponsabilisation des médecins face au recours</p>	<p><i>“Et les limites c’est celles qu’ils se fixent aussi (...) Hum c’est arrivé ponctuellement qu’un patient qui était allé voir l’ostéo, de lui-même hein, sans que moi j’ai, voilà. Et que après ça allait pas forcément mieux (rire), bon voilà.” E2</i></p> <p><i>“pour dire aux patients n’allez pas le voir parce que (se coupe) non je (mouvement de je m’en fiche).” E4</i></p>
<p>Un adressage informel</p>	<p><i>“Euh je fais pas de prescription Je leur dis juste « voyez un ostéopathe, vous pourriez faire une séance d’ostéopathie ». Que je peux marquer en complément de médicaments ou de soins de kiné.” E1</i></p> <p><i>“Mais oui oui je vais donner les coordonnées de l’ostéopathe sans forcément lui faire un mot (se racle la gorge)” E3</i></p>

D. Un miroir des problématiques du système de santé actuel

Plusieurs médecins estimaient que le statut de l'ostéopathie était une problématique des instances politiques et de santé publique. Une évolution au sein du système de santé était pointée du doigt, notamment avec la mise en lumière d'une frontière entre scientificité et empirisme de plus en plus fine. Le manque de temps et d'accessibilité en médecine générale était d'ailleurs mis en avant et critiqué. L'ostéopathie était perçue comme une pratique plus accessible.

De plus, les médecins manuels dénonçaient la charge administrative des consultations de MMO.

Ces derniers émettaient des critiques concernant les instances universitaires notamment concernant la formation sur l'appareil locomoteur qu'ils considéraient déficiente depuis de nombreuses années.

Estimer que le statut de l'ostéopathie est une problématique de santé publique	<i>“C'est un peu la guerre en ce moment... c'est des histoires politiques (...)” E5</i> <i>“(pause) vu qu'ils ont pas de statut de paramédicaux donc euh. (...) S'il y a un statut paramédical généralement c'est qu'il y a quand même un remboursement donc euh. (...) Mais ça c'est des volontés de nos législateurs de faire avancer les choses dans notre domaine. Après euh, comment on peut faire avancer ou travailler avec ” E8</i>
Des frontières floues avec le monde médical	<i>“C'est parce qu'on est aujourd'hui sur des fois la sensation d'une sorte de flou entre ce qui est vraiment médical et pas médical.” E4</i> <i>“Voilà, les frontières là sont un peu floues là. ” E9</i>
Une charge administrative en MMO critiquée	<i>“Surtout qu'au début je prenais 50€ les consultations d'ostéo comme de mésothérapie mais en réalité comme on va vite et faut que je fasse un certificat, une facture et tout ça c'est long donc je le fais passer à 25 la plupart du temps. Manque de temps, flemme de faire la facture pour l'envoyer à la mutuelle</i>

	<i>et tout ça... Donc j'essaie de pas trop prendre le temps parce qu'à 25€ c'est pas ... (rire) c'est pas très rentable" E6</i>	
Un manque de disponibilité des médecins	<i>"Pff, j'ai plus le temps en fait. (...) J'ai plus trop le temps d'en faire. Donc j'en fais encore un petit peu pour mes patients, et euh pour les patients qui viennent d'autres cabinets non j'ai plus le temps d'en faire." E5</i> <i>"Parce que je pense que euh notre médecine elle souffre de ça quoi ; on prend pas le temps on va dire d'aller voir un peu plus loin quoi parce que bon on est un peu tenus par le temps, et que c'est compliqué. Fin pour moi hein." E10</i>	
	<i>Le succès de l'ostéopathie théorisé par sa disponibilité et son accessibilité</i>	<i>"et donc ça, ça, ça fait un attrait pour ces professionnels-là qui sont disponibles. (...) Fin en tout cas ils sont nombreux donc ils ont le temps de voir des patients quoi." E8</i> <i>" Et je pense qu'il y'a plus de disponibilités peut être des ostéos dans le sens où ils prennent plus de temps que les autres, je pense aussi quand même parce qu'une séance d'ostéo c'est pas un quart d'heure la plupart du temps on va dire, y'a ça aussi je pense." E10</i>
Une critique de la formation universitaire de l'appareil locomoteur	<i>"Et encore aujourd'hui sur les internes que j'encadre (...) En tout cas c'est mon cas, aujourd'hui même avec mon interne de niveau 1, je vois aujourd'hui qui a 25 ans, euh il a pas non plus été formé. (...) " E3</i> <i>" Y'a un gros manque dans la formation, euh, je sais pas si c'est spécifique à Toulouse, mais euh dans l'examen clinique des gens je constate que les internes sont pas formés du tout du tout pour l'examen clinique ostéoarticulaire en tout cas !Pourquoi, comment l'expliquer ? Je sais pas " E5</i>	

Discussion

I. Forces et faiblesses de l'étude

A. Forces

1. Choix de la méthode

L'étude des représentations des médecins généralistes impliquait l'utilisation d'une méthode permettant l'expression d'opinions et de ressentis. Une méthode quantitative n'aurait donc pas été adaptée. Nous avons opté pour des entretiens individuels semi-dirigés afin de permettre au médecin une expression libre de ses pensées. Le médecin avait le choix des conditions de l'entretien (heure, lieu), ce qui a favorisé un climat de confiance propice à la discussion.

2. Recrutement

Les médecins ont été recrutés en respectant la démarche de l'échantillonnage raisonné théorique. Chaque médecin a donc été recruté en fonction de l'analyse des entretiens précédents afin d'obtenir le plus de diversité possible.

3. Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré à quatre mains par les deux chercheuses, sous la supervision du directeur de thèse. Ce guide a évolué au fur et à mesure des entretiens et de ce qu'il en ressortait. Cette évolution du guide a permis d'explorer des pistes initialement non évoquées dans le guide d'origine.

4. Recueil et analyse des données

La retranscription des entretiens a été réalisée dans les 48 heures suivant l'enregistrement. Ce délai permettait une retranscription la plus fidèle possible, notamment des signes non-verbaux (mimiques, gestes).

L'analyse des données était réalisée par les deux chercheuses en plusieurs étapes. La première étape, celle de l'étiquetage, était accomplie parallèlement et séparément par les deux enquêtrices. Une mise en commun de la primo-analyse suivait. La deuxième étape, celle des propriétés, se faisait en commun tout comme la troisième, celle de la catégorisation. La triangulation des données était donc de mise pour toutes les étapes de l'analyse, renforçant la validité interne de ce travail de recherche.

Le nombre d'entretiens n'ayant pas été fixé au préalable, il a été déterminé par la saturation des données. Elle a été atteinte au dixième entretien. Un onzième a été réalisé pour la confirmer.

B. Faiblesses

1. Biais de sélection

La méthode choisie pour l'échantillonnage est celle de l'échantillonnage raisonné théorique. Le recrutement a été réalisé majoritairement dans l'entourage professionnel des deux chercheuses et du directeur de thèse, sur la base du volontariat. Il nous paraît raisonnable de penser que les médecins ayant participé à notre étude avaient un intérêt ou éprouvaient une certaine curiosité concernant notre sujet. Cela a pu impacter leurs propos. Étant issus d'une recherche qualitative, la population étudiée n'est pas représentative de la population générale, les résultats ne peuvent donc pas être extrapolés.

2. Biais de déclaration

Les chercheuses exerçant la même profession que les personnes interrogées, les liens confraternels, amicaux ou hiérarchiques existants ont pu créer un biais de déclaration. Afin de limiter ce biais et d'éviter une édulcoration des propos du médecin interrogé, il a été décidé que la chercheuse ne connaissant pas le médecin serait préposée à l'entretien. Cela n'a toutefois pas été possible pour deux entretiens.

L'enregistrement des entretiens a pu lui aussi concourir à ce biais, même s'il est à souligner que le consentement signé du médecin interrogé a été recueilli avant chaque entretien et qu'il était possible pour le médecin interrogé de demander l'arrêt de celui-ci à tout moment.

3. Biais d'investigation

Les deux chercheuses étaient novices dans le champ de la recherche qualitative. Un travail d'information sur cette méthode a été réalisé antérieurement aux premiers entretiens. De plus, chaque entretien était débriefé par les deux chercheuses afin de réévaluer le guide d'entretien.

Les entretiens étant semi dirigés, les questions dudit guide n'étaient pas systématiquement présentées dans un ordre précis. Des thèmes importants ont peut-être été oubliés dans les questions lors des interviews, des données utiles au travail de recherche ont donc pu être occultées. Certains énoncés de questions pouvant également altérer la compréhension des médecins et influencer entre autres sur la qualité des données collectées.

4. Biais d'induction

Les enquêtrices ont tenté d'adopter autant que possible une posture d'écoute neutre lors des entretiens. Les silences et temps de réflexion des médecins étaient respectés au mieux. Il se peut toutefois que le discours des médecins interrogés ait été orienté involontairement par les chercheuses via les questions de relance ou les postures adoptées lors des réponses des interviewés.

II. Le modèle explicatif

Au cours de notre travail de recherche, nous avons développé un modèle explicatif, inspiré de la théorisation ancrée. Celui-ci est présenté en figure 3. Il est discuté dans la partie suivante.

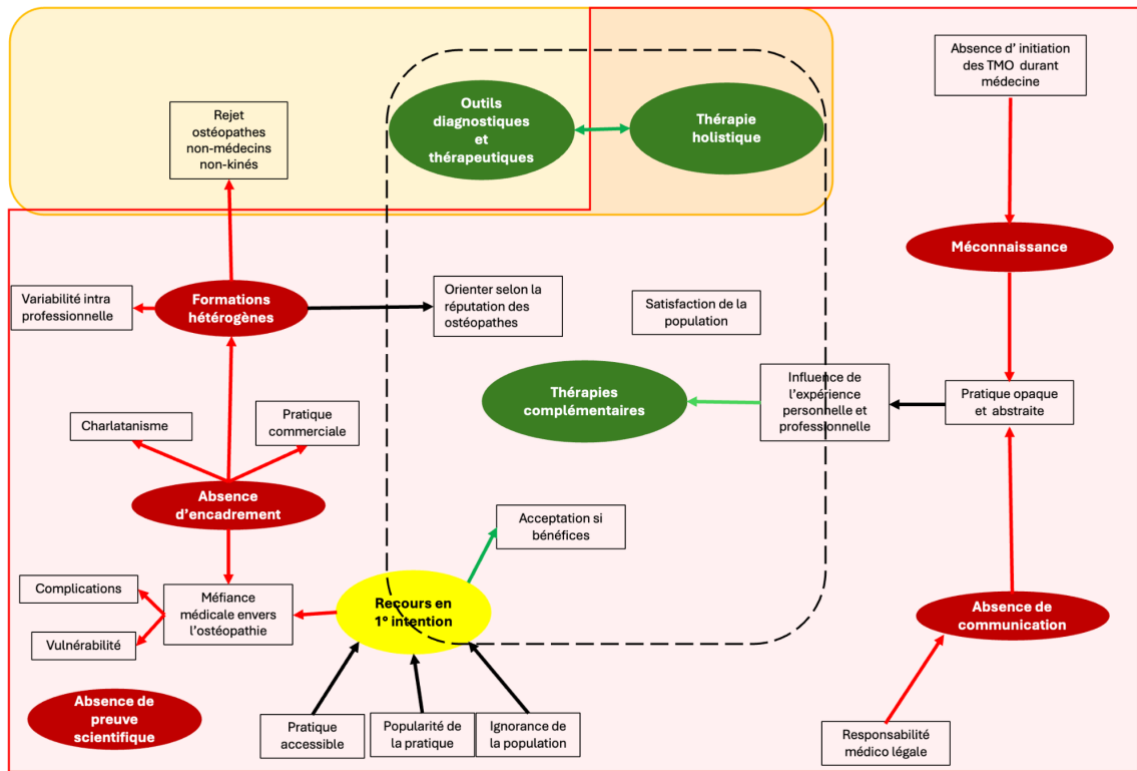


Figure 3. Représentations des médecins généralistes concernant les TMO

Représentations négatives
 Représentations positives

○ Médecins sans DU MMO
 ○ Médecin avec DU MMO

→ Liens neutres
 → Impact négatif
 → Impact positif

A. Le recours en première intention : point de départ de la réflexion

Les entretiens réalisés faisaient ressortir que la population avait très fréquemment recours à l'ostéopathie en première intention. Les médecins interrogés attribuaient ceci à la popularité récente de l'ostéopathie. Ce recours en première intention est notifié dans la littérature. La thèse du Dr Loiselet trouve qu'une majorité de patients (55,6%) consulte un ostéopathe sans avis médical préalable. Ce constat est confirmé dans d'autres travaux de thèse comme celle du Dr Pires Celorico (32–35). La popularité de l'ostéopathie est confirmée par le rapport de l'IGAS datant de 2022. Ce rapport indique d'ailleurs que trois français sur cinq ont déjà consulté un ostéopathe (17).

Les médecins liaient cette popularité aux problématiques du système de santé actuel. L'accessibilité des OE répondait aux difficultés des patients à consulter un professionnel de santé et la disponibilité des OE répondait à la contrainte du manque de temps en médecine générale. En 2023, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) décompte 99457 médecins généralistes en activité, ce nombre décroît depuis plusieurs années, et prévoit une stagnation des effectifs jusqu'en 2027. Parallèlement, 23400 OE sont dénombrés en 2022 avec une démographie en hausse constante (25,36,37).

L'ignorance de la population concernant le statut des ostéopathes exclusifs (OE) et de l'ostéopathie était également avancée pour expliquer ce recours. Il était supposé que les patients attribuaient un statut médical aux OE et considéraient l'ostéopathe comme le spécialiste des pathologies musculosquelettiques. Plusieurs médecins estimaient que les patients voyaient le recours à l'ostéopathie comme sans danger et validé par le monde médical. Un sondage réalisé en 2015 par l'institut Odoxa pour le Syndicat Français des Ostéopathes (SFO) indique que 88% des Français font confiance aux ostéopathes pour soulager leurs douleurs en toute sécurité (38). La thèse des Docteurs Jacquemart et Schroeder montre que seulement 3 patients sur 307 interrogés connaissent les situations où un certificat médical est nécessaire avant une prise en charge par un OE. Il ressort également de cette thèse que l'ostéopathe est considéré comme le spécialiste des pathologies ostéoarticulaires, allant même jusqu'à être considéré comme un médecin spécialiste (39).

Cet important recours à l'ostéopathie en première intention de la part des patients s'opposait à la vision empirique qu'avaient les médecins de cette pratique. Le manque de preuves scientifiques et l'absence de recommandation appuyaient cette vision et étaient un frein à l'intégration des TMO à leurs pratiques. La plupart des médecins interrogés dans la

thèse du Dr Wengrow rapportent une gêne vis-à-vis du manque de preuves scientifiques. La thèse du Dr Binson retrouve que seulement 13,1 % des internes et 9,8% des médecins généralistes considèrent que le manque de preuves scientifiques est un frein à l'adressage à l'ostéopathe ce qui est en inadéquation avec le phénomène retrouvé dans notre travail de recherche (40,41).

La vision de ce recours en première intention était manichéenne. Les médecins l'acceptaient s'il était bénéfique pour leurs patients. La littérature révèle cette vision positive de l'ostéopathie chez les médecins généralistes, d'après la thèse du Dr Paule, une opinion positive de l'ostéopathie est retrouvée chez 86% des médecins généralistes interrogés. Cet avis positif concerne principalement le recours à l'ostéopathie dans le cadre des lombalgies (42-44).

Une méfiance médicale envers la pratique et les professionnels étaient de mise en cas d'échec. Cette méfiance était exacerbée par de nombreuses demandes d'exams complémentaires de la part des OE transmises aux praticiens généralistes par le biais des patients. Ceux-ci rapportaient aux médecins des "diagnostics ostéopathiques" appuyant leurs demandes d'exams. Les médecins se sentaient en porte à faux vis-à-vis des patients et donc contraints dans leur pratique.

Ces demandes d'exams complémentaires jugées injustifiées par les médecins généralistes sont critiquées par les médecins interrogés dans la thèse du Dr Dumoulin-Champetier De Ribes. Le discours des OE qualifié de "borderline" ou "d'irrationnel" est également critiqué (45).

La fréquence de ces "diagnostics ostéopathiques" combinée à la popularité de l'ostéopathie participait à alimenter la crainte de perdre son statut chez certains praticiens. Les médecins se retrouvaient en second recours en cas d'échec de l'ostéopathie et cela générait chez eux un sentiment de vulnérabilité.

Deux thèses interrogeant l'avis des patients concernant les ostéopathes montrent également que les patients leur attribuent un statut médical. Ils peuvent être considérés comme des médecins spécialistes par certains patients qui les consultent en première intention en lieu et place de leur médecin généraliste (39,46). Un rapport de l'IGAS datant d'avril 2022 exprime des inquiétudes quant à la confusion des patients concernant la délimitation du champ de compétences des ostéopathes. La pénurie de professionnels de santé pourrait entraîner une sollicitation accrue des OE avec un risque de retard dans la prise en charge médicale de ces patients (47).

La méfiance envers la pratique sans avis médical préalable était également alimentée par la crainte de survenues de complications. Ces complications étaient plus volontiers attribuées aux OE du fait de leur grand nombre et de l'absence d'encadrement de la pratique. Des médecins généralistes interrogés sur leur recours à l'ostéopathie expriment des craintes concernant les manipulations répétées ou "cracking" et leurs effets secondaires potentiellement dangereux (45).

B. Une absence d'encadrement critiquée

Plusieurs des médecins interrogés dans notre étude rapportaient une gêne quant à l'absence d'encadrement de l'ostéopathie et des professionnels la pratiquant. L'absence d'Ordre régulateur était relevée.

Cette absence d'encadrement était le point de départ de pratiques considérées comme déviantes par les praticiens interrogés. Plusieurs médecins dénonçaient les OE qui ne respectaient pas le cadre légal et qui adoptaient des postures d'exercice illégale de la médecine. Cela renforçait leurs craintes de survenue de complications et faisait naître une inquiétude sur le fait que la médecine puisse être occultée au profit de pratiques alternatives. Quelques participants au travail de recherche allaient jusqu'à accuser certains OE de charlatanisme.

Des médecins interrogés pour une thèse concernant la place de l'ostéopathie dans la prise en charge des lombalgies avouent une méfiance à l'égard des OE. Ce sentiment de méfiance peut s'accompagner de la peur du charlatanisme. D'autres médecins interrogés sur l'ostéopathie dénoncent également le pouvoir exercé par certains OE sur leurs patients, les accusant d'abuser de la crédulité de certains patients (33,45). Un rapport du CNOM datant de juin 2023 souligne le non-respect par certains OE des dispositions réglementaires limitant leur champ de compétences (29).

Les médecins avançaient que certains OE reconvoquaient fréquemment les patients sans raison valable. Ces convocations paraissaient abusives pour certains médecins, ce qui les conduisait à considérer l'ostéopathie comme une pratique commerciale. Des médecins interrogés dans le cadre d'une thèse concernant l'ostéopathie suspectent une pratique commerciale si le nombre de séances préconisé par le professionnel est important (supérieur à 3 séances) et si le prix des séances est trop élevé.

Ces critères influencent l'opinion qu'ils ont d'un professionnel et participent au choix de l'ostéopathe vers lequel ils adressent leurs patients (45).

La forte augmentation démographique des OE était avancée pour expliquer ce phénomène commercial.

Le milieu des OE était qualifié de concurrentiel. Étant très nombreux, ils se retrouvaient contraints d'adopter une pratique commerciale pour subvenir à leurs besoins.

Les médecins nuançaient leurs propos en soulignant une variabilité au sein des OE. Ils ne voyaient pas identiquement tous les professionnels et estimaient que beaucoup avaient une pratique raisonnée.

En janvier 2022 des estimations basées sur le répertoire ADELI du nombre d'ostéopathes en exercice recensent 23402 OE. Le rapport de l'IGAS d'avril 2022 met en évidence d'importantes inégalités de revenus entre les OE. Près de la moitié des OE vivent avec un revenu inférieur au Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance (SMIC) et un quart des ostéopathes ont un revenu mensuel inférieur à 830 euros (47).

Cette variabilité entre professionnels de TMO est retrouvée dans les entretiens des médecins interrogés dans la thèse du Dr Dumoulin-Champetier De Ribes (45).

La formation des OE était jugée problématique par plusieurs médecins. Ils faisaient le lien entre la forte démographie des OE et le grand nombre de professionnels formés par les écoles.

Ils voyaient derrière ce nombre de professionnels formés une logique financière des écoles d'ostéopathie.

Cette critique du système de fonctionnement des écoles d'ostéopathie se retrouve dans une thèse qualitative avec la remise en cause du système uniquement privé (45). Les médecins, à la quasi-unanimité, critiquaient l'hétérogénéité des formations qu'ils mettaient sur le compte de l'absence de régulation des écoles et de leurs programmes d'enseignement. De nombreux travaux de recherche appuient ce constat d'hétérogénéité des formations avec une critique du manque d'encadrement des écoles. Plusieurs thèses interrogeant des médecins ou des internes révèlent ce même constat (35,40,41,44,48,49).

L'absence d'homogénéité des formations amenaient les médecins à considérer les OE comme un groupe de professionnels hétérogènes avec une grande variabilité dans leurs compétences. Celle-ci constituait un frein important dans l'intégration de l'ostéopathie dans la pratique des praticiens.

Elle conduisait les médecins non-détenteurs du DIU de MMO à privilégier la réputation du thérapeute lors d'un éventuel adressage. Les médecins détenteurs du DIU de MMO avaient une opinion tranchée et rejetaient les OE du fait de leurs formations. Ils

privilégiaient les kinés-ostéopathes lorsqu'ils devaient orienter leurs patients vers des professionnels de TMO.

La réputation du professionnel de TMO est centrale pour le médecin généraliste. La plupart des médecins adressent leurs patients aux professionnels de leurs réseaux. La connaissance du professionnel est privilégiée par les médecins, au-delà de la catégorie professionnelle de l'ostéopathe (33,35,41).

Ce choix préférentiel des kinés-ostéopathes se retrouve dans d'autres travaux de recherche.

- 41% des internes orientent vers un kiné-ostéopathe (41)
- 55,4% des internes préfèrent orienter leurs patients vers des kinés-ostéopathes dans le cadre de la prise en charge d'une lombalgie aiguë commune (49)
- les médecins formés en MMO préfèrent orienter leurs patients vers un kiné-ostéopathe en première intention (44)
- les médecins prescripteurs d'ostéopathie adressent majoritairement leurs patients à un kiné-ostéopathe (64,4%) (32)

Des travaux qualitatifs retrouvent également cette tendance (35,50).

C. Une méconnaissance responsable de nombreuses interrogations

Les médecins non-détenteurs du DIU de MMO avouaient leur méconnaissance à propos des TMO qui portait sur les principes et fondements de ces pratiques.

Ce constat était retrouvé surtout chez les jeunes médecins interrogés dans notre étude. Chaque médecin avait sa propre définition des TMO tout en estimant que sa vision était universelle. Une grande part de subjectivité présidait donc leurs connaissances.

Ils blâmaient toutefois l'absence d'initiation de ces pratiques lors des études médicales car ce manque d'informations pouvait les limiter dans le conseil aux patients lorsque ceux-ci voulaient avoir recours à l'ostéopathie. Certains pointaient également du doigt la difficulté à trouver des références fiables pour se documenter.

Plusieurs travaux de recherche démontrent cette méconnaissance vis-à-vis des TMO. Elle est présentée comme précurseur de nombreuses représentations des médecins généralistes concernant ces thérapies. Ce constat est le même aussi bien pour des médecins généralistes expérimentés que pour des internes, ce qui met en lumière une absence d'évolution dans ce domaine (33,35,40–42,45,49,50).

Dans la littérature, cette méconnaissance combinée à l'absence d'initiation dans le cursus universitaire est considérée comme un frein à la prescription d'ostéopathie. Ce constat est fait à la fois par les internes et les médecins interrogés, dénotant encore une absence

d'évolution. Les jeunes médecins sont souvent plus informés que les médecins plus expérimentés contrairement à ce que notre étude démontre (33,40,45,49).

Les médecins avaient conscience de leur responsabilité médico-légale en cas d'adressage aux ostéopathes. Celle-ci pouvait être responsable soit d'un frein au recours à l'ostéopathie, soit d'un adressage informel auprès du patient.

La thèse du Dr Cailleaud étudiant les freins et les moteurs à la réalisation d'un certificat de non contre-indication aux manipulations cervicales ostéopathiques fait état des réticences des médecins concernant la rédaction d'un tel certificat avec la responsabilité qu'elle engendre (48).

Les médecins faisaient le constat d'un manque de communication avec les professionnels de TMO. Dans le cadre professionnel, il était rare que les médecins adressent des courriers aux ostéopathes et vice-versa. Cela, associé au manque de formation des médecins, faisait apparaître l'ostéopathie comme une pratique opaque et abstraite. Certains considéraient ces pratiques comme ésotériques, voire leur attribuaient une dimension magique.

Ce manque de communication est dénoncé dans la littérature. Certains médecins relèvent une absence de courrier des OE ce qui devient rédhibitoire à leurs yeux lorsqu'une demande d'examen complémentaire est émise par ces derniers.

Certains émettent le souhait d'être informés par courrier de la prise en charge effectuée par l'OE.

Parallèlement une thèse qualitative recueillant les représentations des OE concernant les médecins généralistes, appuie cette absence de communication. Les OE considèrent qu'établir une correspondance avec les médecins généralistes peut être infantilisant ou paternaliste envers le patient. Ils préfèrent donc transmettre les informations directement au patient. Ils mettent également en avant le fait que les médecins qui leur adressent des patients ne leur transmettent pas de courrier (33,35,50).

La vision d'une pratique abstraite voire "confuse" est retrouvée dans d'autres travaux de thèse. La dimension ésotérique des TMO est également mentionnée, avec la création d'un imaginaire autour des gestes et manipulations (33,35,45).

La vision d'une pratique abstraite et opaque amenait les médecins à fonder leurs représentations sur leurs expériences personnelles et professionnelles. Sur le versant professionnel, les médecins généralistes se fiaient essentiellement aux retours de leurs patients pour construire leurs représentations.

Les médecins n'ayant peu ou pas eu recours dans leur vie privée à l'ostéopathie étaient moins enclins à conseiller l'ostéopathie à leurs patients. Ils rapportaient des difficultés à répondre aux interrogations de leurs patients concernant les TMO. Ils intégraient donc l'ostéopathie en dernier recours.

A contrario, les médecins ayant recours aux TMO les considéraient comme des thérapies complémentaires. Ils les intégraient dans leurs prises en charge, en association avec de l'allopathie ou de la kinésithérapie.

Des médecins et internes en médecine générale interrogés dans d'autres travaux de thèse rapportent l'intégration de l'ostéopathie à leurs prises en charge en deuxième ou troisième intention. Une part non négligeable des praticiens n'utilise l'ostéopathie qu'en dernier recours, ce qui est critiqué dans une thèse qualitative faisant état des représentations des ostéopathes concernant les médecins généralistes.

Contrairement à notre étude, le manque d'expérience personnelle n'est pas retrouvé comme étant un frein à l'utilisation de l'ostéopathie (7,35,45,49–52).

L'ostéopathie est vue comme un outil de soins complémentaire notamment dans la prise en charge des lombalgies aiguës communes. Elle est donc intégrée par les médecins au même titre que l'utilisation des antalgiques, des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), de la kinésithérapie. L'expérience personnelle s'impose comme un facteur essentiel dans l'intégration de l'ostéopathie. Les médecins ayant déjà consulté un ostéopathe et ayant retiré un bénéfice de cela ont une vision positive de l'utilisation de l'ostéopathie (33,40).

D. Une pratique jugée bénéfique

L'ostéopathie était néanmoins considérée comme bénéfique par la majorité des médecins interrogés, détenteurs ou non du DIU de MMO. Pour certains, son utilisation permettait de limiter le recours à l'allopathie. Elle était vue comme une option supplémentaire à leur arsenal thérapeutique avec des champs d'action variés.

Cette notion d'épargne allopathique ressort de plusieurs travaux de thèse. Des médecins s'accordent pour considérer le recours aux TMO comme un rempart à la surconsommation de médicaments et aux effets indésirables liés à ces molécules. L'indication privilégiée pour l'utilisation des TMO reste la lombalgie aiguë commune. En sus de limiter la consommation de médicaments antalgiques, certains médecins détenteurs du DIU de MMO rapportent limiter la prescription d'examen complémentaires, notamment radiologiques. Plusieurs études notamment de la DRESS montrent que les examens complémentaires radiologiques sont (trop) régulièrement prescrits en médecine générale (34,40,51,53,54).

Les médecins louaient l'efficacité de ces thérapies. Les non-détenteurs du DIU de MMO tiraient cette conclusion en se référant aux retours positifs de leurs patients. Les médecins-ostéopathes se fiaient aux résultats observés lors de leurs propres consultations. Ils s'accordaient tous à dire que les patients ressortaient majoritairement satisfaits suite à leur recours à l'ostéopathie.

Les différentes thèses et travaux de recherche retrouvent ce constat d'efficacité. Ces retours positifs sont principalement liés à la prise en charge des pathologies ostéo-articulaires et notamment des pathologies rachidiennes. Les médecins détenteurs du DIU de MMO rapportent une efficacité quasi-immédiate lorsqu'ils manipulent leurs patients. Le traitement des pathologies rachidiennes est ici encore le champ d'action le plus rapporté (34,35,45,51,55).

Les médecins plébiscitaient l'ostéopathie pour son approche holistique du patient. Cette vision n'était pas influencée par la détention du DIU de MMO.

L'approche psychosomatique de l'ostéopathie était valorisée. Certains médecins reconnaissaient ne pas avoir le temps nécessaire pour avoir une telle démarche et trouvaient bénéfique qu'une pratique l'intègre.

Dans les textes, la prise en charge holistique fait partie des principes fondateurs de l'ostéopathie. Elle est à la fois valorisée par les OE et recherchée par les patients. De

nombreux médecins généralistes s'inscrivent dans la même mouvance. L'inclusion du versant psychosomatique dans la prise en charge du patient est vue positivement par les praticiens. Ils peuvent orienter préférentiellement certains profils de patients vers des professionnels de TMO pour cette raison (33,39,50,52,55-57).

Les médecins-ostéopathes valorisaient l'apport diagnostique et thérapeutique de la pratique de la MMO et considéraient que la pratique de l'ostéopathie avait un intérêt important en médecine générale. Ils l'utilisaient régulièrement pour des patients ayant des motifs de consultations concernant des pathologies ostéo-articulaires d'étiologie mécanique.

Des travaux de recherche interrogeant des médecins détenteurs du DIU de MMO retrouvent les mêmes résultats. L'apport du DIU se fait sur plusieurs versants.

L'examen clinique de l'appareil locomoteur est approfondi lors des cours du DIU.

Les médecins mieux formés se sentent plus confiants dans leur examen clinique, ce qui leur permet de limiter leur recours aux examens complémentaires.

L'utilisation de techniques ostéopathiques au cours de leurs consultations permet un soulagement rapide et efficace de leurs patients, ce qui contribue à limiter les prescriptions de médicaments antalgiques (34,55,58,59).

E. Perspectives d'évolution

Au cours de ce travail de recherche, plusieurs pistes d'amélioration ou perspectives d'évolution ont été émises par les médecins interrogés.

La demande d'un encadrement ressortait des entretiens. Celle-ci portait à la fois sur le versant institutionnel et sur le versant de la formation. La possibilité de la création d'un ordre régulateur des OE, calqué sur le modèle de l'Ordre des Médecins, a été proposée.

La demande d'encadrement de la formation était plus importante. La majorité proposait un encadrement dans le but d'uniformiser les formations. Les médecins souhaitaient également avoir un droit de regard sur le recours aux TMO de leurs patients. Ils demandaient une forme de régulation médicale des séances d'ostéopathie.

Cette volonté d'encadrement se retrouve dans la littérature, concernant à la fois la gestion des professionnels et de leur formation. Le rapport de l'IGAS recommande également une régulation de la profession et des écoles d'ostéopathie. La création d'une structure indépendante est proposée pour la gestion de la délivrance des agréments aux

écoles. Cette démarche a pour but une uniformisation de la formation, que l'organisme considère coûteuse et insuffisamment contrôlée (45,47,48). L'encadrement de la formation des TMO paraît être un enjeu important.

Une solution d'encadrement autre que celle proposée par l'IGAS pourrait être un encadrement universitaire de la formation.

Le souhait d'une initiation aux TMO durant les études médicales ressortait souvent des entretiens. L'inclusion d'un cours en troisième cycle du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) sous le format d'un cours optionnel ou obligatoire était proposée par certains médecins.

L'initiation ou l'apprentissage de certaines techniques ostéopathiques était également souhaité par des médecins détenteurs du DIU de MMO. Les médecins, jeunes ou expérimentés et détenteurs ou non du DIU de MMO, demandaient des informations fiables concernant les TMO. Cette volonté de formation durant le cursus médical avait aussi pour but d'améliorer la transparence de la pratique.

Parallèlement, cette vision d'une pratique opaque et abstraite conduisait certains médecins à requérir plus de transparence de la part des ostéopathes. Ils rapportaient être perdus vis-à-vis des différentes prises en charge effectuées par les professionnels de TMO.

Ce souhait d'enseignement ou d'initiation a minima aux TMO est largement retrouvé dans la littérature. Il provient à la fois des internes, des médecins expérimentés et des médecins-ostéopathes. La demande d'informations et de conseils des patients est souvent à l'origine de ce besoin. La demande de transparence de la pratique est moins relevée mais souvent liée à celle d'un enseignement (33–35,41,44,45,49,50,55,58–60).

Un module d'enseignement, obligatoire ou optionnel, au cours du troisième cycle des études médicales pourrait être envisageable. Il pourrait inclure des interventions par des médecins-ostéopathes concernant les champs d'action des TMO et les bases physiopathologiques de ces thérapies. Une initiation aux techniques ostéopathiques paraît toutefois plus difficile à inclure dans le cursus du DES. Elle pourrait être compensée par une communication plus développée autour du DIU de MMO.

La dernière piste d'évolution concernait la communication entre les médecins généralistes et les professionnels de TMO. Une volonté d'améliorer la communication ressortait des entretiens sans solution concrète associée.

La littérature contient également cette volonté d'améliorer la communication entre médecins généralistes et OE. Certains médecins proposent de démocratiser la communication épistolaire en incitant les OE à rédiger des courriers pour les informer des prises en charge débutées chez leurs patients. D'autres sont partisans d'une communication téléphonique moins formelle. Les médecins ne sont pas dupes des biais qu'inclue la communication via le patient et sont conscients de l'intérêt de discuter directement avec le professionnel de TMO (33,35,41,45).

La démocratisation de la communication entre médecins généralistes et OE pourrait jouer un rôle important dans la prise en charge des patients. Les solutions avancées par certains médecins interrogés sur le sujet (annuaire, courrier, communication téléphonique) pourraient constituer une solution.

Les différents éléments décrits dans cette dernière partie sont repris dans une thèse explorant les représentations des ostéopathes concernant les médecins généralistes. Dans cette thèse, les pistes d'amélioration retrouvées sont similaires à celles mises en avant dans notre travail de recherche :

- Proposer "la mise en place de recommandations de bonne pratique basées sur des évaluations scientifiques adaptées à la pratique ostéopathique", une clarification et une uniformisation des formations ostéopathiques
- Proposer une formation médicale initiale ou continue aux médecins généralistes
- Améliorer les conditions de communication notamment en favorisant l'exercice co-professionnel (50).

Conclusion

Notre travail de recherche avait pour objectif principal d'étudier les représentations des médecins généralistes concernant les thérapies manuelles ostéopathiques. La construction de ces représentations partait d'un premier constat : l'important recours aux TMO en première intention.

Ce recours amenait à plusieurs représentations négatives partagées par les médecins interrogés. L'absence d'encadrement des professionnels de TMO était relevée. Celle-ci était également ressentie dans la formation considérée comme hétérogène. Les médecins relevaient le manque de preuves scientifiques concernant l'efficacité de ces thérapies. Ils mettaient également en avant leur méconnaissance des TMO. Certains estimaient que l'absence d'initiation à ces thérapies lors du cursus médical participait à cette méconnaissance. Le manque de communication entre les médecins et les professionnels de TMO était déploré.

Les médecins généralistes partageaient des représentations positives. Ils considéraient les TMO comme des thérapies complémentaires efficaces. L'expérience personnelle était un facteur important dans la construction des représentations. Les médecins détenteurs du DIU de MMO valorisaient l'apport diagnostique et thérapeutique de la formation ostéopathique dans la pratique de la médecine générale. Tous approuvaient l'approche holistique défendue par ces thérapies.

Les médecins intégraient les TMO à leur pratique, selon différentes modalités. Ceux ayant déjà eu recours personnellement aux TMO les utilisaient comme des thérapies complémentaires. Ceux n'ayant pas ou peu d'expérience personnelle des TMO les considéraient comme des thérapies du dernier recours. Les médecins-ostéopathes faisaient usage des TMO dans leurs démarches diagnostiques et thérapeutiques dès qu'ils l'estimaient nécessaire.

Des propositions étaient faites pour améliorer les représentations négatives. Une demande d'encadrement des professionnels et de leur formation émanait de plusieurs médecins. La quasi-totalité des praticiens demandait une initiation aux TMO voire un

enseignement durant les études médicales. Une demande de transparence de la pratique des professionnels de TMO ressortait des entretiens. Le manque de communication étant critiqué, les médecins avaient la volonté de l'améliorer.

En tant que chef d'orchestre du parcours de soins de son patient, le médecin généraliste aurait un réel intérêt à mieux appréhender ce recours aux TMO et ses conséquences. Malgré les divergences entre les médecins et les OE, ceux-ci ont un objectif commun : le maintien de la santé du patient.

Concernant l'épargne allopathique que pourrait induire l'usage des TMO, il nous semblerait intéressant d'étudier l'impact du recours aux TMO sur la diminution des prescriptions de médicaments antalgiques et anti inflammatoires. Cela permettrait d'évaluer l'intérêt de ces thérapies dans l'économie de la santé.

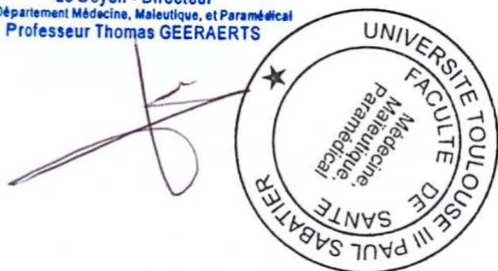
Dans une démarche d'améliorer la communication entre médecins généralistes et OE, une discussion directe entre les deux professions pourrait être engagée. La réalisation d'une étude qualitative par focus group réunissant médecins généralistes et OE nous paraît intéressante.

Il nous paraît également pertinent de compléter cette étude par un travail de recherche quantitatif afin d'évaluer si les résultats retrouvés pourraient être extrapolables à la population des médecins généralistes d'Occitanie.

Toulouse, le 26/08/2024
Vu, permis d'imprimer

Toulouse le 06/08/2024

La Présidente de l'Université Toulouse III Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation
Le Doyen - Directeur
Du Département Médecine, Malentique, et Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS



Pr Philippe MARQUE
Médecine Physique et Réadaptation
Raymonde FOURNET - CHU Purpan
TSA 40021 - 31059 Toulouse Cedex 9
RPPS : 10002872033 / FINES : 310783048

Bibliographie

1. Le Corre F, Rageot E. Atlas pratique de médecine manuelle ostéopathique. Vol. 3. Masson; 2010. 368 p.
2. Hamonet C. Andrew Taylor Still and the birth of osteopathy (Baldwin, Kansas, USA, 1855). *Joint Bone Spine*. 1 févr 2003;70(1):80-4.
3. Tuscano SC, Haxton J, Ciardo A, Ciullo L, Zegarra-Parodi R. The Revisions of the First Autobiography of AT Still, the Founder of Osteopathy, as a Step towards Integration in the American Healthcare System: A Comparative and Historiographic Review. *Healthc Basel Switz*. 6 janv 2024;12(2):130.
4. Bontoux D, Couturier D, Menkès CJ. LES THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES Leur place parmi les ressources de soins. 2013 mars.
5. Syndicat Français des Ostéopathes. Syndicat Français des Ostéopathes. 2018 [cité 13 mai 2024]. Histoire de l'ostéopathie. Disponible sur: <https://www.osteopathe-syndicat.fr/histoire-de-l-osteopathie>
6. Registre des ostéopathes de Monaco [Internet]. [cité 13 mai 2024]. Histoire de l'ostéopathie en France. Disponible sur: https://osteopathie.mc/?page_id=4226#
7. Chouvet-Thumerel P. Quelle place les médecins ostéopathes pensent-ils occuper dans le système de soins ? : enquête par entretiens semi-dirigés auprès de médecins ostéopathes [Thèse d'exercice médecine générale]. [1962-2021, France]: Université de Nantes; 2013.
8. Conseil National de l'Ordre des médecins. LES PRATIQUES DE SOINS NON CONVENTIONNELLES ET LEURS DÉRIVES. 2023.
9. Article 75 - Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance [Internet]. mars 4, 2002. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000031549014
10. Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie. mars 25, 2007.
11. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie. 2014.
12. Décret n° 2014-1043 du 12 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie. 2014-1043 sept 12, 2014.
13. K-Sup A. Université Toulouse III - Paul Sabatier. Administrateur K-Sup; [cité 26 mars 2024]. DIU Médecine manuelle ostéopathie médicale (MMOM). Disponible sur: <https://www.univ-tlse3.fr/decouvrir-nos-diplomes/diu-medecine-manuelle-osteopathie->

14. Syndicat français des ostéopathes. L'ostéopathie, définition selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [Internet]. 2016 [cité 28 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathie-definition-oms>
15. Syndicat français des ostéopathes. L'ostéopathie, définition selon la norme Européenne [Internet]. 2016 [cité 28 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.osteopathe-syndicat.fr/qu-est-ce-que-l-osteopathie>
16. Dr Gilles WILMOUTH. Syndicat de MMO de France. [cité 13 mai 2024]. Médecine et ostéopathie, une question d'histoire. Disponible sur: <https://www.smmof.fr//blog/medecine-et-osteopathie-une-question-dhistoire>
17. Registre Des Ostéopathes de France ROF -. Définition et concept - Registre Des Ostéopathes de France ROF - Association ostéopathie [Internet]. 2016 [cité 28 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.osteopathie.org/88-decouvrez-l-osteopathie-definition-et-concept.html>
18. France O de. Ostéopathie, une thérapie originale et naturelle [Internet]. [cité 28 avr 2024]. Disponible sur: <https://osteofrance.com/osteopathie/>
19. Groupe d'Enseignement d'Ostéopathie et de Psthologie du Sport Geops Ostéopathe. L'ostéopathie, pourquoi ? [Internet]. [cité 28 avr 2024]. Disponible sur: <https://geops.fr/content/lost%C3%A9opathie-pourquoi>
20. Bodoule Sosso Z. Revue systématique de la littérature: évaluation de l'efficacité de l'ostéopathie dans les lombalgies communes [Thèse d'exercice médecine générale]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2022.
21. Société Française d'ostéopathie. Qu'est-ce que l'ostéopathie structurale? - SFO [Internet]. SFO Société Française d'Ostéopathie. [cité 28 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.sf-osteopathie.fr/osteopathie-structurelle/>
22. Association française pour l'information scientifique. Afis Science - Association française pour l'information scientifique. 2004 [cité 28 avr 2024]. L'ostéopathie, médecine holistique ou outil thérapeutique / Afis Science - Association française pour l'information scientifique. Disponible sur: <https://www.afis.org/L-osteopathie-medecine-holistique-ou-outil-therapeutique>
23. - Registre Des Ostéopathes de France ROF - Association ostéopathie. Champs d'application de l'ostéopathie - Registre Des Ostéopathes de France ROF - Association ostéopathie [Internet]. 2012 [cité 28 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.osteopathie.org/100-pourquoi-consulter--champs-d-application-de-l-osteopathie.html>
24. Syndicat français des ostéopathes. Que soigne un ostéopathe ? [Internet]. 2017 [cité

- 28 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.osteopathe-syndicat.fr/que-soigne-un-osteopathe>
25. Etudes démographiques - Registre Des Ostéopathes de France ROF - Association ostéopathie [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.osteopathie.org/demographie.html>
26. Démographie des ostéopathes en France sur carte interactive de 2019 à 2024 · osteopathes.pro [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: [https://www.osteopathes.pro/fr/cartographie?search\[info\]=osteopaths&search\[source\]=adeli&search\[geo_granularity\]=admin_lvl_1&search\[radius_effect\]=0&search\[timeseries_timestamp_end\]=2023](https://www.osteopathes.pro/fr/cartographie?search[info]=osteopaths&search[source]=adeli&search[geo_granularity]=admin_lvl_1&search[radius_effect]=0&search[timeseries_timestamp_end]=2023)
27. Nicolas BOUZOU, Charles-Antoine SCHWERER, Pierre BENTATA. L'OSTEOPATHIE EN FRANCE : UN BILAN ECONOMIQUE POSITIF. ASTERES; 2019.
28. Dr Claude GADY-CHERRIER, Françoise ZANTMAN. Evaluation de la procédure d'agrément et des capacités d'accueil des établissements de formation en ostéopathie et en chiropraxie et propositions d'évolution [Internet]. Membres de l'inspection générale des affaires sociales; 2022 avr [cité 13 mai 2024]. Disponible sur: https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-095r_rapport.pdf
29. Siret C. Les pratiques de soins non conventionnelles et leurs dérives : état des lieux et propositions d'actions. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2023 juin. (Oustric S. Section Santé Publique).
30. REPRÉSENTATION : Définition de REPRÉSENTATION [Internet]. [cité 7 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/repr%C3%A9sentation>
31. Lebeau Jean Pierre, Aubin Auger Isabelle. Initiation à la recherche qualitative en santé. Global médial santé-CNGE. 2022.
32. [Loiselet P. Étude de la perception des patients et des médecins libéraux concernant l'ostéopathie en Basse Normandie \[Thèse d'exercice médecine générale\]. Université de Rouen Normandie ; 2020. France; 2020 \[cité 17 mars 2023\]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02500797/document>](#)
33. Pires Celorico É. Place de l'ostéopathie dans la prise en charge des lombalgies aiguës communes en médecine générale: étude qualitative auprès de médecins seinomarine [Thèse d'exercice médecine générale]. Université de Rouen Normandie; 2018.
34. [Genuyt B. Apport de la médecine manuelle ostéopathique dans la prise en charge des pathologies ostéo-articulaires en médecine générale \[Internet\] \[Thèse d'exercice médecine générale\]. \[France\]: Université de Bretagne Occidentale; 2017 \[cité 5 mars](#)

- 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01584087/document>
35. Voltz C. Représentations du médecin généraliste sur l'ostéopathie: enquête qualitative [Internet] [Thèse d'exercice médecine générale]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2015 [cité 5 mars 2023]. Disponible sur: <https://ged.scdi-montpellier.fr/florabium/jsp/nomem.jsp?NOMEM=2015MONT1040>
36. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 6 juill 2024]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
37. Démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 6 juill 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/demographie-des-professionnels-de-sante-au-1er-janvier-2023>
38. Odoxa [Internet]. [cité 6 juill 2024]. Écoles d'ostéopathie : les Français font confiance au Ministère. Disponible sur: <https://www.odoxa.fr/sondage/1330-2/>
39. Jacquemart C, Schroeder E. Déterminants du recours à l'ostéopathie en première intention: enquête auprès de la patientèle d'ostéopathes exclusifs en Haute-Garonne et Hautes-Pyrénées [Thèse d'exercice Médecine générale]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2017.
40. Wengrow F. Évaluation des perceptions concernant l'orientation vers l'ostéopathie chez les patients souffrant de lombalgie chronique commune: Enquête qualitative auprès de médecins généralistes du Val-de-Marne [Thèse d'exercice médecine générale]. [France]: Université Paris-Est Créteil Val de Marne. Faculté de santé; 2020.
41. Binson R. Les freins à la prescription de l'ostéopathie en médecine générale: état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes libéraux et internes en médecine générale [Thèse d'exercice Médecine générale]. [France]: Université de Poitiers; 2014.
42. Paule F. L'ostéopathie: thérapie complémentaire dans la prise en charge des lombalgies aiguës. Connaissances et intérêt des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône [Internet] [Thèse d'exercice médecine générale]. [2012-2018, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2019 [cité 5 mars 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02273121>
43. Lecointe P. Prise en charge de la lombalgie commune et intérêt de l'ostéopathie: analyse de la pratique des médecins généralistes en Seine-Maritime [Thèse d'exercice médecine générale]. Université de Rouen Normandie; 2019.
44. Babled C. Le médecin généraliste et l'ostéopathie: évaluation du recours aux manipulations vertébrales par les médecins généralistes dans la lombalgie aiguë commune en Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice médecine générale]. Université Paul

- Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2014.
45. Dumoulin-Champetier de Ribes C. Recours des médecins généralistes à l'ostéopathie: enquête auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée [Thèse d'exercice médecine générale]. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2012.
 46. [Hartz J. Parcours de soins ostéopathiques et déterminants de la satisfaction des patients: étude qualitative auprès de 15 patients dans les Alpes-Maritimes \[Internet\] \[Thèse d'exercice médecine générale\]. Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2017 \[cité 5 mars 2023\]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01682680>](#)
 47. L'IGAS fait un constat détaillé et préoccupant de l'ostéopathie [Internet]. 2023 [cité 13 mai 2024]. Disponible sur: <https://publications.osteopathes.pro/fr/dossiers/rapport-igas-2022/rapport-igas-2021-sur-l-osteopathie-un-constat-d%C3%A9taill%C3%A9-et-preoccupant/>
 48. Cailleaud JR. Certificat de non contre-indication aux manipulations cervicales ostéopathiques: freins et moteurs de son application auprès d'un groupe de médecins généralistes [Thèse d'exercice médecine générale]. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2019.
 49. Mignon Le Vaillant C. Ostéopathie et lombalgie aiguë commune: connaissances et intérêt des internes de médecine générale en Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice médecine générale]. Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Purpan; 2016.
 50. [Massé C. Quelles représentations les professionnels ostéopathes ont-ils des médecins généralistes ? \[Internet\] \[Thèse d'exercice Médecine générale\]. \[Lyon, France\]: Université Claude Bernard; 2020 \[cité 23 janv 2023\]. Disponible sur: <https://n2t.net/ark:/47881/m6222t4h>](#)
 51. [Lagière M. Évaluation auprès des médecins généralistes de leurs connaissances et attentes en matière de formation concernant la médecine manuelle ostéopathique \[Internet\] \[Thèse d'exercice médecine générale\]. \[France\]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2022 \[cité 5 mars 2023\]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03765726>](#)
 52. Lemoine M. Perceptions et connaissances de l'ostéopathie dans la prise en charge des lombalgies chroniques par les médecins généralistes: implications dans leurs pratiques [Thèse d'exercice médecine générale]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2015.
 53. Les dépenses de santé en 2022 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2023 |

- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 8 juill 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communiquede-presse-documents-de-referenc/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de>
54. Collet M, Gouyon M. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2008 [cité 8 juill 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/recours-urgents-et-non-programmes-la-medecine-generale-de-ville>
55. [Ferrarini J. Ostéopathie en Médecine Générale: connaissances et pratiques dans la prise en charge des pathologies ostéo-articulaires par les médecins généralistes dans la région PACA \[Internet\] \[Thèse d'exercice médecine générale\]. \[2012-...., France\]: Aix-Marseille Université; 2021 \[cité 5 mars 2023\]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03475064>](#)
56. Licciardone J, Gamber R, Cardarelli K. Patient satisfaction and clinical outcomes associated with osteopathic manipulative treatment. J Am Osteopath Assoc. janv 2002;102(1):13-20.
57. [Thierry N, Leclercq A. Exploration du soulagement ressenti par des patients lombalgiques chroniques pris en charge par des ostéopathes: quelle place pour les facteurs psychosociaux ? \[Internet\] \[Thèse d'exercice médecine générale\]. \[1972-...., France\]: Université d'Angers; 2014 \[cité 8 mai 2023\]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20031643/2014MCEM3147/fichier/3147F.pdf>](#)
58. [Sausse F. L'apport pédagogique du D.I.U de Médecine Manuelle et Ostéopathie en Médecine Générale \[Internet\] \[Thèse d'exercice médecine générale\]. \[France\]: Université de Lorraine; 2018 \[cité 5 mars 2023\]. Disponible sur: \[http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2018_SAUSSE_FANNY.pdf\]\(http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2018_SAUSSE_FANNY.pdf\)](#)
59. Freire C. Les médecins généralistes formés à la médecine manuelle-ostéopathie: étude qualitative sur leur vécu et leur pratique [Thèse d'exercice Médecine générale]. [France]: Université Paris-Est Créteil Val de Marne. Faculté de santé; 2018.
60. [Mortelecque B. Ressenti des médecins généralistes de France sur la nécessité d'acquérir des compétences diagnostiques ostéopathiques pour une bonne pratique de la médecine générale \[Internet\] \[Thèse d'exercice de médecine générale\]. Université du droit et de la santé; 2016 \[cité 5 mars 2023\]. Disponible sur: \[https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2016/2016LIL2M111.pdf\]\(https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2016/2016LIL2M111.pdf\)](#)

Annexes

FICHE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Dans le cadre de notre travail de thèse de fin d'étude de DES de Médecine Générale, nous réalisons une étude qualitative concernant les représentations des thérapies manuelles ostéopathiques auprès des médecins généralistes d'Occitanie.

OBJECTIF DE L'ETUDE :

Explorer les représentations de médecins généralistes sur les thérapies manuelles ostéopathiques. L'objectif secondaire est d'apprécier l'intégration de ces thérapies dans la pratique quotidienne des médecins généralistes.

DEROULEMENT :

Étude qualitative par recueil d'entretiens individuels semi-dirigés enregistrés. L'entretien sera enregistré sur un support sécurisé et les données recueillies seront ensuite analysées et rendues anonymes.

PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES

Les enregistrements seront conservés jusqu'à 2 ans à compter de la date de soutenance de la thèse puis définitivement détruits. Cette étude est hors loi Jarde. Cette étude a fait l'objet de formalités déclaratives réglementaires pour la protection des données personnelles auprès du délégué à la protection des données à caractère personnel (DPO) de l'Université.

PARTICIPATION

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et libre.

QUI SOMMES-NOUS ?

Nous sommes Gwendoline KOSTKA et Mélanie TACHI DUPRAT, internes en Médecine Générale à la Faculté de Médecine de Rangueil à Toulouse.

Nos Coordonnées :

gwen.kostka@gmail.com 0786537430
melanie.tachiduprat@gmail.com 0750415061

Directeur de thèse : Dr D. PIPONNIER

Numéro enregistrement CNIL : 2023KG32 et 2023TDM33

PROMOTEUR DE L'ETUDE

Département Universitaire de Médecine Générale ; Faculté de Médecine de Toulouse Rangueil, 133 route de Narbonne 31062 Toulouse Cedex

MENTIONS LEGALES

Toutes les données seront anonymisées et votre nom ne sera pas mentionné dans l'étude. Nous garantissons la confidentialité de votre entretien.

Si vous souhaitez obtenir la conclusion de notre thèse une fois sa rédaction terminée, cocher cette case.

Signature des deux chercheuses :

KOSTKA Gwendoline

TACHI DUPRAT Mélanie

Nom - Date et Signature du médecin participant

Questionnaire type

1/ Sexe : H F

2/ Age :

3/ Année d'installation :

4/Lieu d'installation :

5/Mode d'exercice

Si MSP, autres professions présentes :

6/Parcours universitaire – (DU FST Capacité)

7/Recours personnel aux médecines alternatives

Si oui : lesquelles :

8/ Êtes-vous MSU ?

Guide d'entretien : première version

Version 1 (19/02/2023)

1. Pouvez-vous nous raconter votre dernière *expérience/consultation* avec un patient venant pour lombalgie aigue commune ? {si besoin rappel définition lombalgie aigue commune}
 2. Et si ce patient avait eu recours à une *thérapie manuelle ostéopathique/à l'ostéopathie* avant de vous consulter, quelle aurait été votre réaction ?
Ou : Quelle a été votre réaction quand votre patient vous a appris son recours à *l'ostéopathie/thérapie manuelle ostéopathique* ?
 3. Quelles sont vos représentations des *thérapies manuelles ostéopathiques/ostéopathie* ?
Ou Quand je vous dis thérapies manuelles ostéopathiques, qu'est-ce qui vous vient en premier à l'esprit ?
 - Que connaissez-vous de ces thérapies ?
 - Quels sont leurs champs d'action ?
 - Comment percevez-vous leur utilisation ?
 - Quelles sont les limites de ces thérapies ?
 - Quels sont les *facteurs/éléments* influençant votre opinion ?
 4. Quelle place *réservez/laissez-vous* aux thérapies manuelles ostéopathiques dans votre pratique ?
Ou : Comment intégrez-vous les thérapies manuelles ostéopathiques à votre pratique ?
 - Comment orientez-vous les patients ?
 - Comment conseillez-vous les patients qui souhaitent avoir recours à ses thérapies ?
 - Pour quelles indications les orientez-vous ?
- Pour quelles problématiques avez-vous (*le plus*) recours à ces thérapies ?

Guide d'entretien : dernière version

VERSION 5 (09/12/23)

1-Pouvez-vous nous raconter votre dernière *expérience/consultation* avec un patient venant pour lombalgie aigue commune ? {si besoin rappel définition lombalgie aigue commune}

2-Et si ce patient avait eu recours à une *thérapie manuelle ostéopathique/à l'ostéopathie* avant de vous consulter, quelle aurait été votre réaction ?

Ou : Quelle a été votre réaction quand votre patient vous a appris son recours à *l'ostéopathie/thérapie manuelle ostéopathique* ?

3-Quand je vous dis thérapies manuelles ostéopathiques, qu'est-ce qui vous vient en premier à l'esprit ? Qu'est-ce que cela vous évoque ?

- Que connaissez-vous de ces thérapies ?
- Quels sont leurs champs d'action ?
- Comment percevez-vous leur utilisation ?
- Quelles sont les limites de ces thérapies ?
- Quels sont les *facteurs/éléments* influençant votre opinion ?

4-Comment intégrez-vous les thérapies manuelles ostéopathiques à votre pratique ?

- Comment orientez-vous les patients ?
- Comment conseillez-vous les patients qui souhaitent avoir recours à ses thérapies ?
- Pour quelles raisons les orientez-vous ?
- Avez-vous eu connaissance de difficultés / complications après le recours aux TMO ?

6- Que pensez-vous de l'utilisation du terme d'indication dans le champ /domaine ostéopathique ?

7- Auriez-vous des réflexions concernant les TMO ?

Données descriptives de l'échantillon

	Sexe	Âge	Année installation	Lieu installation	Mode exercice	Parcours universitaire	Recours personnel à l'ostéopathie	MSU
E1	F	48	2007	semi-urbain 31	Cabinet seule + une ostéopathe	Capacité médecine du sport et urgences DU mésothérapie DU médecine environnementale DU homéopathie	Non	Non
E2	F	48	2006	Urbain 12	MSP	DU homéopathie DU éducation thérapeutique	Oui	Oui
E3	H	54	1999	Semi-rural 31	Cabinet de groupe	Capacité de gériatrie DIU soins palliatifs	Oui	Oui
E4	H	30	2023	semi-urbain 12	MSP	DES médecine générale	Non	Non
E5	H	43	2016	semi-urbain 31	MSP	DU MMO Capacité médecine du sport Echographie ostéo-articulaire	Non	Oui
E6	F	58	1996	Rural 65	MSP	Mésothérapie Du MMO	Non	Non
E7	H	29	2022	Urbain 31	MSP	DU médecin de club DU médecin du sport DU traumatisme du sport DIU pathologies du rugby	Non	non
E8	F	39	2013	semi-rural 31	MSP	Capacité addicto DU pédagogie Thèse universitaire DU anglais pour les professions de santé Habilitation à diriger des recherches	Non	Oui
E9	H	70	1984	Urbain 65	Cabinet de groupe	DU médecine catastrophe DU MMO Cours Hypnose	Oui	Non
E10	F	64	1990	Urbain 11	MSP	DU maître de stage	Oui	Oui
E11	F	29	remplaçante	Mixte 31	/	DES médecine générale	Oui	Non

Extrait d'un entretien

GK : Comment est-ce que vous percevez leur utilisation ?

M11 : De l'ostéopathie en général ? (GK acquiesce) j'ai l'impression que là c'est, les gens ont trop recours en premier lieu. En soit pourquoi pas y avoir recours, ça c'est pas un problème, mais pas en première intention. A mon sens faudrait vraiment dédouaner avant. C'est hum, c'est comme le kiné au final on peut y aller tout seul sans ordonnance pour faire des massages ou des trucs comme ça, mais globalement si on veut une prise en charge euh de rééducation de l'épaule ou quoi il faut une ordonnance et en fait on passe par nous avant. J'dis pas qu'il faut qu'on prescrive de l'ostéopathie parce qu'au final je sais pas exactement comment ça se traite enfin ce que ça traite quelles sont les indications, peut-être que si on m'expliquait je serais plus encline à conseiller de l'ostéopathie aux patients derrière, parfois ils me posent la question et je leur dis « je sais pas » (rire). Euhh mais oui en fait il faudrait qu'on ait un éclairage un peu plus large parce que pour l'instant j'ai l'impression que à part les gens qui sont habitués et qui y vont souvent, ceux qui savent pas on nous en parle pas spécialement en plus c'est un peu récent quand même, ça fait pas si longtemps que c'est démocratisé en France, et du coup euh c'est difficile de prendre position là-dessus quand on a eu zéro info. Je peux pas parler de quelque chose que je connais pas (rires).

GK : Du coup ça vous arrive quand les patients vous demandent « est-ce que je peux voir un ostéopathe », comment vous faites quand ils vous demandent ça ?

M11 : Euh hum alors, bin je leur dis que globalement je vais d'abord les examiner pour voir s'il y'a une pathologie aigue à éliminer avant ou pas. Euh bin en fonction de l'examen et de l'interrogatoire euh ça oriente plus ou moins si je pense que les indications vont être intéressantes, parce que surtout parfois j'ai des personnes qui ont des torticolis tellement aigus qu'ils peuvent pas bouger la tête, bon même sans savoir ce que fait l'ostéopathe je me doute bien que si ils peuvent pas du tout bouger la tête ça va être compliqué pour les manipuler. A ce moment-là je leur dis « bon non là il faut traiter la douleur pour que vous soyez détendu, on fait un premier traitement, si jamais les symptômes persistent à ce moment-là allez-y mais sinon si c'est guéri n'y allez pas ». Là ils comprennent. Mais euh oui globalement c'est les examiner, éliminer les contre-indications formelles, voir si dans mon imaginaire ça pourrait les aider ou pas et ensuite c'est au bon-vouloir du patient. Je leur dis « je pense que ce serait pas nécessaire, si vraiment vous voulez y aller allez-y » ou alors euh « non avant d'y aller il faut absolument faire des radios parce qu'on sait pas si c'est une entorse du rachis cervical instable ou pas » et à ce moment-là on y va pas. Je leur interdis jamais d'y aller, c'est des adultes ils peuvent faire ce qui veulent. Mais par contre je les informe avant sur les risques qu'ils encourent à y aller sans avoir fait d'exploration avant.

Extrait d'un tableau d'analyse

Comment est-ce que vous percevez leur utilisation ?			
<i>Verbatim</i>	E thématiques	Etiquettes expérientielles	Propriétés
<i>De l'ostéopathie en général ? (GK acquiesce) j'ai l'impression que là c'est, les gens ont trop recours en premier lieu.</i>	Perceptions TMO	Je déplore l'important recours en première intention aux TMO	Déplore le recours aux TMO en première intention
<i>En soit pourquoi pas y avoir recours, ça c'est pas un problème, mais pas en première intention.</i>	Perceptions TMO	J'accepte le recours à l'ostéopathie après un avis médical	Prioriser le diagnostic médical
<i>A mon sens faudrait vraiment dédouaner avant.</i>	Perceptions TMO	J'insiste sur la nécessité d'un avis médical préalable	Prioriser le diagnostic médical
<i>C'est hum, c'est comme le kiné au final</i>	Perceptions TMO	Je fais le parallèle entre kiné et TMO	Faire le parallèle entre kinésithérapie et TMO
<i>on peut y aller tout seul sans ordonnance pour faire des massages ou des trucs comme ça,</i>	Perceptions TMO	Je souligne que les patients peuvent avoir recours au kiné sans ordonnance	Faire le parallèle entre kinésithérapie et TMO
<i>mais globalement si on veut une prise en charge euh de rééducation de l'épaule ou quoi il faut une ordonnance et en fait on passe par nous avant.</i>	Perceptions TMO	Je note que pour avoir une prise en charge pertinente il faut un avis médical et une ordonnance	Prioriser le diagnostic médical
<i>J'dis pas qu'il faut qu'on prescrive de l'ostéopathie parce qu'au final je sais pas exactement comment ça se traite enfin ce que ça traite quelles sont les indications,</i>	Perceptions TMO	Je ne me considère pas en capacité de prescrire de l'ostéopathie car je manque de connaissance	Méconnaître les TMO
<i>peut-être que si on m'expliquait je serais plus encline à conseiller de l'ostéopathie aux patients derrière,</i>	Perceptions TMO	Je requière des informations sur les TMO afin de pouvoir les conseiller	Souhaiter un apprentissage des TMO en médecine générale
<i>parfois ils me posent la question et je leur dis « je sais pas » (rire).</i>	Perceptions TMO	Je suis honnête avec mes patients concernant ma méconnaissance des TMO	Méconnaître les TMO

AUTEURS : Gwendoline KOSTKA et Mélanie TACHI DUPRAT

TITRE : Représentations des thérapies manuelles ostéopathiques : Étude qualitative auprès des médecins généralistes d'Occitanie

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr David PIPONNIER

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : 26/09/2024 à 16h30, Salle du Conseil Allées Jules Guesde

Résumé en français

La pratique des thérapies manuelles ostéopathiques (TMO) s'est largement démocratisée depuis la loi Kouchner du 04/03/2002 autorisant à des professions non médicales (ostéopathes) de les exercer. Si l'ostéopathie ne fait pas l'unanimité auprès des médecins, les patients sont de plus en plus nombreux à faire appel aux professionnels la pratiquant, y compris en premier recours. En effet, selon un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) datant de 2022 trois français sur cinq ont déjà consulté un ostéopathe.

En tant que coordonnateur du parcours de soin, le médecin généraliste est confronté quotidiennement à cette pratique. Nous nous sommes donc intéressés aux représentations des médecins généralistes concernant les thérapies manuelles ostéopathiques.

Nous avons réalisé une étude qualitative inspirée de la méthode dite de "théorisation ancrée". Nous avons conduit des entretiens semi-dirigés avec des médecins généralistes d'Occitanie.

Les médecins généralistes interrogés percevaient les TMO comme des thérapies bénéfiques et complémentaires à leur pratique. Ils relevaient que leur méconnaissance de ces thérapies, l'absence d'encadrement de ces pratiques et l'absence de preuves scientifiques étaient des freins au recours aux TMO. En tant que chef d'orchestre du parcours de soins de son patient, le médecin généraliste aurait un réel intérêt à mieux appréhender ce recours aux TMO et ses conséquences. Malgré les divergences entre les médecins et les OE, ceux-ci ont un objectif commun : le maintien de la santé du patient.

Titre et résumé en anglais : Perceptions of osteopathic manual therapies : a qualitative study with general practitioners from Occitanie

The practice of osteopathic manual therapies (OMT) has become widely democratized since the Kouchner law of March 4, 2002, which allows non-medical professions (osteopaths) to practice it. Although osteopathy does not have unanimous support among doctors, an increasing number of patients are turning to professionals who practice it, including as a first resort. Indeed, according to a report from the General Inspectorate of Social Affairs (IGAS) dated 2022, three out of five French people have already consulted an osteopath. As the coordinator of the care pathway, the general practitioner is faced daily with this practice. We were therefore interested in the perceptions of general practitioners regarding osteopathic manual therapies.

We conducted a qualitative study inspired by the so-called "grounded theory" method. We carried out semi-structured interviews with general practitioners from Occitanie.

The general practitioners interviewed perceived OMT as beneficial therapies that complement their practice. They noted that their lack of knowledge about these therapies, the absence of regulation of these practices, and the lack of scientific evidence were barriers to the use of OMT.

As the conductor of their patient's care pathway, the general practitioner would have a real interest in better understanding the use of OMT and its consequences. Despite the differences between doctors and osteopaths, they share a common goal: the maintenance of the patient's health.

Mots-Clés : Ostéopathie, Thérapies manuelles, Médecin généraliste

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France