

Année 2014

N° 2014-TOU3-1082

## **THÈSE**

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

présentée et soutenue publiquement le 1er Octobre 2014

Par

**Carole BABLED**

### **LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET L'OSTÉOPATHIE : ÉVALUATION DU RECOURS AUX MANIPULATIONS VERTÉBRALES PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LA LOMBALGIE AIGUE COMMUNE EN MIDI-PYRÉNÉES**

Directeur de thèse : Dr Marc LORRAIN

#### **JURY :**

Monsieur le Professeur P. ARLET	Président
Monsieur le Professeur P. MARQUE	Assesseur
Monsieur le Professeur M. LAROCHE	Assesseur
Monsieur le Docteur M. BISMUTH	Assesseur
Monsieur le Docteur S. ANÉ	Assesseur
Monsieur le Docteur M. LORRAIN	Membre invité

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2013**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. DURAND
		Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
		Professeur Honoraire	M. RAILHAC

**Professeurs Émérites**

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

<b>P.U. - P.H.</b> Classe Exceptionnelle et 1ère classe		<b>P.U. - P.H.</b> 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. CALVAS P.	Génétique
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. LIBLAU R.	Immunologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PERON J.M	Hépatogastro-entérologie
M. MALAVAUD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. RECHER Ch.	Hématologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme MOYAL E.	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B (C.E)	Biochimie	<b>P.U.</b>	
M. PRADERE B.	Chirurgie générale	M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie		

Professeur Associé de Médecine Générale

Dr. POUTRAIN J.Ch

Dr. MESTHÉ P.

Professeur Associé de Médecine du Travail

Dr NIEZBORALA M.

<b>P.U. - P.H.</b> Classe Exceptionnelle et 1ère classe		<b>P.U. - P.H.</b> 2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. COURBON F.	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GERAUD G.	Neurologie	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémio. Eco. de la Santé et Prévention	M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie	M. HUYGHE E.	Urologie
M. LARRUE V.	Neurologie	M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEVADE T.	Biochimie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophtalmologie	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. PLANTE P.	Urologie	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RITZ P.	Nutrition	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

<b>M.C.U. - P.H.</b>		<b>M.C.U. - P.H</b>	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactéριο. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactéριο. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme COURBON	Pharmacologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. CORRE J.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	M. EDOUARD T.	Pédiatrie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GALINIER A.	Nutrition
M. GANTET P.	Biophysique	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. HAMDI S.	Biochimie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme MOREAU M.	Physiologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. PILLARD F.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. VALLET M.	Physiologie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophthalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIÈRES F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		
			<b>M.C.U.</b>
		M. BISMUTH S.	Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.  
Dr BRILLAC Th.  
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.  
Dr BISMUTH M.  
Dr BOYER P.  
Dr ANE S.

## REMERCIEMENTS

*Aux membres du jury,*

**A Monsieur le Professeur Philippe ARLET,**

Vous m'avez fait le très grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de ce jury de thèse. Je vous exprime ma gratitude et mon profond respect pour l'expertise que vous y apporterez, et l'implication que vous avez eu dans ce travail.

**A Monsieur le Professeur Philippe MARQUE,**

Je vous adresse mes remerciements les plus respectueux, et suis très touchée de l'honneur que vous me faites en prenant le temps de juger de ce travail.

**A Monsieur le Professeur Michel LAROCHE,**

Je suis très honorée que vous ayez accepté de siéger à ce jury.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail en acceptant de le juger.

**A Monsieur le Docteur Michel BISMUTH,**

Vous avez accepté de faire partie de mon jury de thèse. Veuillez recevoir mes plus sincères remerciements et l'expression de mon profond respect.

**A Monsieur le Docteur Serge ANÉ,**

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.

**A Monsieur le Docteur Marc LORRAIN,**

Je tiens à te remercier d'avoir dirigé cette thèse, avec patience et professionnalisme. Un grand merci pour ta disponibilité. Ton aide et tes conseils m'ont été très précieux dans l'avancé de ce travail et dans ma pratique quotidienne.

## ***A ma famille,***

### **A mes parents,**

Merci maman pour m'avoir soutenu tout au long des mes études. Merci pour ton écoute pendant toutes ces années. A tous ces bons petits plats pour me redonner du courage ! Malgré la distance tu as toujours été présente et su m'accompagner dans toutes ses étapes.

Merci Papa pour ton soutien moral, tes encouragements dans les épreuves, à toutes ces belles paroles qui m'ont toujours donné confiance. Tu as toujours su trouver les mots qu'il faut. Merci pour m'avoir accompagné dans mes choix et m'avoir permis d'en arriver là, c'est en grande partie grâce à toi.

### **A ma grand-mère,**

Merci à Grany, pour ton état d'esprit, cette force morale que tu gardes en toi et sait faire partager. Merci pour tout tes encouragements pendant toutes ces études, pour ton oreille attentive. Je suis vraiment enchantée que tu puisses être présente ce jour.

### **A mes frères et leur femme,**

Merci à Cédric, Magali, Marion ma filleule et Alexis pour votre joie de vivre. Cette jolie petite famille réchauffe toujours le cœur. Merci Cédric pour tous ces instants passés ensemble, à essayer de te suivre au ski, ces ballades en famille, ces bons festoyons. Pour ta présence et tes bonnes paroles de grand frère.

Merci à Antoine, Carole, Loane et Célian. C'est toujours la rigolade et l'aventure avec vous, on s'ennuie jamais ! Merci pour cette zen attitude que vous m'avez fait partager. Merci Antoine pour m'avoir aidé à passer ces étapes, pour m'avoir reboosté quand il fallait, pour tes morceaux de guitares à l'horizontal quand je travaillais !!

### **A mes cousins et cousines,**

Une jolie tribu, une belle bande de joyeux lurons.

A Clémence, pour tous ces moments passés ensemble : des clips aux perles, de Mimizan à la Corse, de l'hôtel parisien à l'hôtel toulousain, bien plus qu'une cousine !

A Damien pour ces bonnes petites blagues et grandes conversations philosophiques.

A Léa pour tout ces instants délurés, ces sacrées vacances au pel, les premières sorties au mistral et surtout le talisman du cœur!

A Nico et Marie-No, toujours une belle joie de vivre et une belle philosophie de vie. Merci pour toutes ces vacances ensembles, pétanques et virées en bateaux !

## *A mes amis,*

A Vaness et Juliette, à mes colocs toulousaines qui m'ont supportée et choyée pendant toutes ces années. Parce qu'on est trop énorme, la coloc de rêve !! Merci pour ces années toulousaines ensemble.

A Laure-Elise, merci pour ces 9 ans d'amitiés, 9 ans d'études qui ont été un plaisir à tes côtés, et que ça continue encore et encore... Un mariage de folie, quel honneur d'en témoigner ! Trop de souvenirs et de rigolade pour en citer. Bien plus qu'une amitié !

A Kiki, pour toutes ces batailles de hanches, ces joyeux festoyons, et pour ces moments partagés en jupes écossaises.

A Nane, pour tous ces fous-rires, ton rire gras et m'avoir ramassée en scooter plus d'une fois ! A grim, à ces années de prés ou de loin ça ne change rien... le yapatou est toujours parmi nous !

A Siboulette, à bicyclette...merci pour tous ces cours de bazous, ces délires à n'en plus finir, ton écoute et tes conseils, toujours là quand il y en a besoin ! Il y a pas à dire :Fotoumettre !

A Camille, à cette douceur incarnée, à tes rires toujours si bons publiques !Merci pour tous ces rempotages de fleurs et ménage derrière le frigo! Même être à l'autre bout de la terre pendant 2 ans n'y fera rien, toujours là !

A Melnouche, pluuus de pouett ! Merci pour ta bonne humeur, ton aide et ton soutien durant ces derniers mois. Merci pour toutes ces folocs à Grim et ces blagouzes à Toulouse !

A Marloute, merci pour tous ces moments de colocs ensemble ! Que de blagues et encore plus de blagues !! Toujours l'impression qu'on se connaît depuis 10 ans!

A Polonchon, pour ces « déplacements »A ces belles années à Toulouse avec toi, et à toutes les futures que ce soit à Limoges ou ailleurs...A tous ces thés chez toi à discuter...

A Minou, à ce soutien mutuel de ces derniers mois et ça y est on va pouvoir passer des samedis soirs à l'ancienne!à tous ces canyonings, ces skis et pour tous les futurs moments d'aventures.

A Paulette, ma confidente, pour tous ces moments sains passés ensembles, de squash et de ski et de moins sains aussi...pour tous ceux à venir et les voyages aussi.

A Emilie, à ces 6 mois albigeois scotchés du matin au soir, quelle bonne marade et quelles bonnes actrices on fait en pédia! ! Une jolie amitié est née dans le Tarn...

A Chloé, à ma cointerne qui a su rendre ce semestre aux urg tellement plus drôle et fun ! à ta joie de vivre ! Merci pour tes conseils dans ce travail !et aux prochains we skis, canyonings et lyonnais...

A Marion, merci pour cette huile d'argan et toutes tes bêtises tellement drôles,t'es jamais à court d'idée !! Une sacrée boule d'énergie !

A Oubi, ou le meilleur DJ toulousain, à ces coups de têtes au rythme de la musique et à cette mouche ta grande copine!

A Marie, ou Manoudou pour les intimes ! pour toutes ces motiv' sportives et ces dîners presque parfaits !

A Mathilde, à ta joie de vivre,à tes histoires à dormir debout !

A Nico, pour ce cotémoignage et ce magnifique moment champagne/piano...Et pour toutes ces danses endiablées !

A Dan et Nath, Seb et Manu, Yanou, aguaaardiente !!! à toutes ces vacances passées ensembles, les we toulousains,mirandoliens , dans le Var, et partout et que tout ça dure...

A Alex, à la belle antillaise qui me fait tellement rêver ! merci pour les séjours passés et à venir...

A Steph et Leila, pour ces découvertes ensemble à l'entrée de cette fac et de ces études. Merci pour ces longues discussions sur les bancs de la fac à refaire le monde.

A Xav, Uriel, Renaud, à toutes ces bonnes blagues des bancs de la fac, à la BU en passant par les sibonneries... J'attends toujours votre visite à Toulouse !!

A Davidou et Anita, Thibault, Leslie et Benoit, Raphie, Paul et Marie, Johnny, Caro, Pierre, Joffrey à toutes ces soirées toulousaines, et surtout au succès du tambour du lot, pour que la tournée continue !!

A Joëlle, Bastien et Claudie, Valoche, aux auscitains, à ces 6 mois mémorables entre barbecue, et tout le reste (tellement de choses à énumérer!!) mais vives les auchs d'or !

A Julien, Nico, François, Caro, Mathieu, Bakouche, tata Célia, Camille, à ces 6 mois albigeois inoubliables. Pour tous ces dîners presque parfaits, barbecue, piscine party, olympiades, « on fait des tours »...

A John et Jae Yuk, à Carabin + et ces dérivés... à tous ces grands moments étudiants en jupe écossaise, we à Londres et j'en passe...et pour tous les prochains !

## Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	11
1. INTRODUCTION.....	12
2. CONTEXTE.....	14
2.1. Concept.....	14
2.2. Historique .....	15
2.3. Statut de l'ostéopathie aujourd'hui.....	15
3. OBJECTIF.....	17
3.1. Objectif principal.....	17
3.2. Objectifs secondaires.....	17
4. MATERIEL ET METHODE.....	18
4.1. Type d'étude.....	18
4.2. Population de l'étude.....	18
4.3. Questionnaire (annexe 1).....	18
4.4. Méthode d'analyse.....	19
5. RESULTATS .....	20
5.1. Constitution de l'échantillon.....	20
5.2. Recueil des résultats.....	20
5.2.1. Cas de lombalgie aiguë.....	20
5.2.2. Questions sur la pratique générale.....	23
5.2.3. Médecins ostéopathes et ostéopathes non médecins.....	25
5.2.4. Ostéopathie et risque.....	27
5.2.5. Ostéopathie et cursus.....	28
6. DISCUSSION.....	29
6.1. Partie cas clinique.....	29
6.2. Pratique générale.....	32
6.3. Ostéopathie et risque.....	33
6.4. Ostéopathie et contre-indication .....	35
6.5. Cursus de l'ostéopathe.....	36
6.6. Limites.....	36
7. CONCLUSION.....	38
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	39
ANNEXE : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes.....	44

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

HAS : Haute Autorité de Santé

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

DU/DIU : Diplôme universitaire / Diplôme inter-universitaire

DIM : Déangement Intervertébral Mineur

MMO : Médecine Manuelle – Ostéopathie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

## 1. INTRODUCTION

Dans les pays industrialisés, la lombalgie est considérée comme un enjeu majeur de santé publique. Certaines études (1) la définissent comme la première cause d'invalidité des moins de 45 ans avec une prévalence de troubles musculo-squelettique de 26,9 %. La lombalgie est définie par une douleur de la région lombaire n'allant pas au-delà du pli fessier (2,3). La notion de caractère aiguë est utilisée pour une douleur de durée de moins de 3 mois. Au-delà il s'agit d'une lombalgie chronique. Dans certains textes de la littérature (1), on parle parfois de lombalgie subaiguë lorsqu'elle dure plus d'1 mois.

La lombalgie est un symptôme fréquent dans la population générale. Elle est le motif de 9 % des consultations (4) en médecine générale, soit le 2ème motif de consultation, dont 85 % sont des lombalgies communes (5). Sa prévalence annuelle est de 5 % et de 80 % sur toute une vie (6). Les lombalgies aiguës guérissent dans 90 % des cas en moins de 4 à 6 semaines (7) mais deviennent chroniques dans moins de 10 % des cas (8).

Pour la prise en charge des patients atteints de lombalgies aiguës communes, les médecins peuvent avoir recours aux traitements médicamenteux (9) :

- anti-inflammatoires stéroïdiens ou non stéroïdiens,
- antalgiques,
- myorelaxants,
- infiltrations épidurales de corticoïdes dans les cas exceptionnels.

Et ils peuvent également faire appel aux traitements non médicamenteux :

- école du dos, traction, massage, stimulation nerveuse transcutanée, acupuncture, thérapie comportementale,
- manipulations vertébrales (10).

Par ailleurs, les patients font de plus en plus appel à l'ostéopathie (11) que ce soit avec ou sans l'avis de leur médecin traitant. Selon un sondage réalisé par OpinionWay pour le Syndicat de Médecine Manuelle Ostéopathique de France auprès d'un échantillon de 1000 individus, en 2012, 42 % des personnes interrogées affirmaient avoir déjà consulté un ostéopathe. 20 % déclaraient avoir bénéficié d'une consultation chez un ostéopathe au cours des 12 derniers mois (12). L'ostéopathie est la discipline la plus consultée par les patients (54,5 %) parmi les médecines complémentaires alternatives, avant l'homéopathie (53,5 %) et l'acupuncture (42,7 %) selon une étude réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale (13). Les patients y ont recours principalement pour des douleurs musculosquelettiques (76,7 %) (13). Moi-même depuis le début de ma pratique professionnelle en milieu libéral j'ai souvent été confrontée à une demande d'information à ce sujet, le plus souvent dans le cas de la lombalgie aiguë.

L'ostéopathie est en pleine expansion démographique et son recours en nette croissance dans la population générale. Pourtant sa pratique reste très controversée et provoque de nombreuses critiques dans le domaine médical.

Toutefois la Haute Autorité de Santé (HAS), anciennement appelée Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) a établi en 2000, dernière en date, des recommandations sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique dans la lombalgie aiguë (2). Elles mentionnaient: « Les manipulations rachidiennes ont un intérêt à court terme dans la lombalgie aiguë.»

En 2006 des directives européennes (COST B13) après travail d'un groupe de 38 experts de 13 pays différents, préconisent de considérer le recours aux manipulations vertébrales pour les patients ne pouvant pas reprendre leur activité quotidienne (14).

Du fait d'une prévalence importante de lombalgie aiguë en médecine générale et d'une pratique professionnelle galopante qu'est l'ostéopathie, nous allons étudier le recours aux manipulations vertébrales par les médecins généralistes dans la lombalgie aiguë commune.

Il est nécessaire tout d'abord de préciser le contexte de l'ostéopathie.

## 2. CONTEXTE

### 2.1. Concept

La médecine manuelle-ostéopathie (MMO) se définit comme une pratique manuelle visant à diagnostiquer et traiter une dysfonction au sens large du terme, un dérangement bénin, mécanique et/ou réflexe, d'une structure articulaire, vertébrale ou périphérique ainsi que les douleurs projetées qui en résultent. (15)

Cette définition, véritable nébuleuse diagnostique et thérapeutique, regroupe quelques particularités techniques :

- les massages, les mobilisations articulaires et vertébrales et les manipulations proprement dites : celles-ci sont des mouvements forcés avec impulsion de très faible amplitude et de très haute vitesse. Elles se déclinent en France sous forme d'ostéopathie ou de chiropraxie. Seules les techniques ostéopathiques sont enseignées dans les universités de médecine ;
- par ailleurs, les techniques non forcées, neuromusculaires, qui relèvent de la pratique professionnelle des kinésithérapeutes, sont devenues très prisées des médecins ostéopathes et des ostéopathes non-médecins et non kinés. Elles sont la plupart du temps fondées sur les étirements post-isométriques (contracter-relâcher) : appelées « techniques myotensives » quand le médecin les pratique, « levées de tension musculaire » quand le kinésithérapeute les utilise. D'autres techniques (Mitchel, technique du raccourcissement maximal de Jones (Strain-Counterstrain), décordage...) sont également utilisées. Ces différentes techniques et méthodes s'appliquent dans le domaine rachidien douloureux, avec succès ;
- l'ostéopathie cranio-sacrée ;
- l'ostéopathie viscérale.

## **2.2. Historique**

L'Ostéopathie est née au milieu du 19<sup>ème</sup> siècle lorsqu'un médecin américain, le Docteur Andrew Taylor Still (16), décida de renoncer à la pratique de la médecine officielle de l'époque. Il estimait celle-ci inefficace et dangereuse.

C'est ainsi qu'il se remit à étudier l'anatomie et les sciences médicales. Il en vint ainsi à codifier une nouvelle approche médicale qu'il appela Ostéopathie.

Il ne rencontrera que mépris et opposition pendant plusieurs années puis après avoir pratiqué de manière itinérante il créa en 1892, la première école d'ostéopathie (l'American School of Osteopathy) et peu de temps après le premier dispensaire de médecine ostéopathique. Sa méthode créera de nombreux émules mais lorsqu'il mourut il existait alors plus d'une dizaine de collèges de médecine ostéopathique. Aujourd'hui l'ostéopathie est considérée comme une médecine à part entière aux USA.

L'ostéopathie viendra en Europe (17) grâce essentiellement, à John Martin Littlejohn, un élève direct du Docteur Still. Il créa à Londres, en 1917, la British School of Osteopathy.

Progressivement, l'ostéopathie se répandra dans toute l'Europe. En France elle est pratiquée et enseignée à partir des années 1950 via des thérapeutes qui s'étaient formés au Royaume-Uni. Robert Maigne (18), médecin, a également été un des acteurs principaux de la pratique de l'ostéopathie en France en créant le diplôme universitaire de MMO.

## **2.3. Statut de l'ostéopathie aujourd'hui**

En France, l'organisation légale de cette discipline, autrefois confiée aux seuls médecins, s'est paradoxalement opacifiée depuis la Loi 2002-203 du 4 mars 2002 (art. 75) (19) qui reconnaît, sous certaines conditions, l'autorisation de la pratique de l'ostéopathie par les non-médecins. Les décrets d'application, parus cinq ans plus tard, puis d'autres interventions législatives (20), en particulier la Loi du 12 mai 2009 (21), ont encore modifié le contenu de l'article 75 rendant de plus en plus opaque la formation initiale, minimale et nécessaire, que les nombreux établissements de

formation privée doivent dispenser aux non-médecins.

En France, l'ostéopathie bénéficie d'un engouement croissant avec en janvier 2012, 17156 ostéopathes dont 1372 médecins et en janvier 2014 , 21876 praticiens dont 1724 médecins avec une hausse de 21,6 % d'ostéopathes en deux ans et de 20,4 % pour les médecins ostéopathes (14).

A ce jour les ostéopathes sont répartis selon leur statut professionnel comme suit:

- les médecins ostéopathes ;
- les sages-femmes ostéopathes ;
- les para-médicaux ostéopathes: masseurs kinésithérapeutes ostéopathes majoritairement, infirmiers ostéopathes, divers ;
- les ostéopathes exclusifs.

### **3. OBJECTIF**

#### **3.1. Objectif principal**

L'objectif principal de cette étude est de savoir si les médecins généralistes ont recours aux manipulations vertébrales dans la lombalgie aiguë commune.

#### **3.2. Objectifs secondaires**

Les objectifs secondaires sont multiples : connaître les situations dans lesquelles les médecins généralistes font appel aux manipulations vertébrales dans le cadre de la lombalgie aiguë commune, étudier à quels professionnels ils s'adressent, savoir si les médecins généralistes s'estiment assez informés à propos de l'ostéopathie.

Et enfin nous avons étudié l'avis des médecins généralistes à propos de cette pratique professionnelle.

## **4. MATERIEL ET METHODE**

### **4.1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude observationnelle, quantitative portant sur un échantillon de médecins généralistes installés en cabinet dans la région des Midi-Pyrénées. L'enquête a été réalisée de fin Janvier à début Mars 2014 par questionnaire.

### **4.2. Population de l'étude**

Un questionnaire a été envoyé aux médecins généralistes installés en Midi-Pyrénées inscrits dans le registre de l'union régionale des professionnels de santé des médecins libéraux des Midi-Pyrénées (URPS). Il s'agit de médecins généralistes dont leur activité est soit libérale, soit mixte (activité hospitalière et /ou dans centres de santé à temps partiel) sélectionné au hasard par tirage au sort par logiciel informatique. Le questionnaire a été envoyé par mail le 28 Janvier 2014 et une relance a été effectuée 15 jours après.

Les critères d'exclusions étaient les médecins spécialistes, les médecins remplaçants, les internes, les médecins généralistes à activité uniquement salariée ou les médecins généralistes n'ayant pas d'adresse mail.

### **4.3. Questionnaire (annexe 1)**

Le questionnaire était composé de 15 questions : 3 questions ouvertes et 12 questions à choix multiples dont 4 questions où les médecins pouvaient cocher plusieurs réponses. Il comportait plusieurs parties :

- une partie portant sur un cas clinique d'un patient présentant une lombalgie aiguë commune : 4 questions découlaient de ce cas sur le recours du médecin à l'ostéopathie.
- une deuxième partie composée de 3 questions sur le recours à l'ostéopathie dans la pratique générale du médecin dans la lombalgie aiguë commune et les professionnels auxquels il s'adresse.
- une troisième partie sur l'aspect général de l'ostéopathie, la perception de cette

« médecine complémentaire alternative » et la connaissance qu'ils en ont. Le questionnaire a été élaboré sur Google Drive. Il a ensuite été soumis à l'avis de la commission de l'URPS avant d'être validé et distribué par mail. Les réponses étaient anonymes mais les médecins pouvaient nous transmettre leur adresse mail s'ils voulaient être tenus au courant des résultats.

#### **4.4. Méthode d'analyse**

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

## 5. RESULTATS

### 5.1. Constitution de l'échantillon

Le questionnaire a été envoyé par mail via l'URPS le 28 Janvier 2014 à 1686 médecins généralistes. Nous avons obtenus 91 réponses. Une relance a été effectuée 15 jours après aux médecins qui n'avaient pas répondu au premier envoi, ce qui a permis de collecter 43 réponses de plus. Au 5 Mars 2014, nous avons alors recueilli 134 réponses, soit un taux de 7,95 %. Ce sont ces réponses qui ont été analysés. Parmi les 134 médecins généralistes, 27 étaient médecins ostéopathes ou détenteur d'un diplôme universitaire (DU) de manipulation vertébrale.

### 5.2. Recueil des résultats

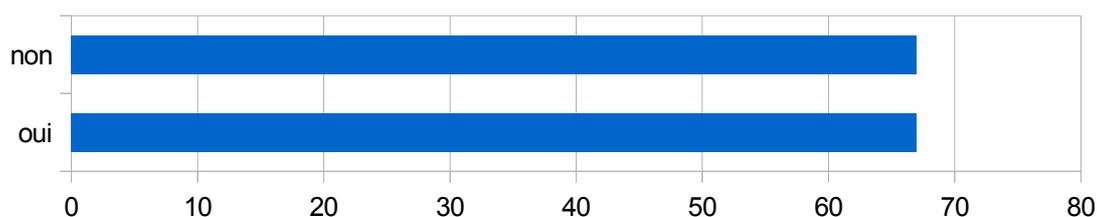
#### 5.2.1. Cas de lombalgie aiguë

La première partie du questionnaire était inspiré d'un cas clinique.

*« Un patient de 35 ans, sans antécédent particulier, vient vous consulter car lors d'un mouvement de rotation du buste en mettant sa ceinture, il y a 2 jours, s'est retrouvé "bloqué" avec une lombalgie aiguë sans impulsivité à la toux ni irradiation dans les membres inférieurs. La douleur est majorée à la palpation de l'articulaire postérieur gauche en regard de L4 et en hyper-extension sans signe de lasègue. Il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur et les ROT sont présents, symétriques. »*

Sur ce cas clinique 50 % des médecins (67) ont proposé la manipulation vertébrale si ce patient venait consulter. (figure1)

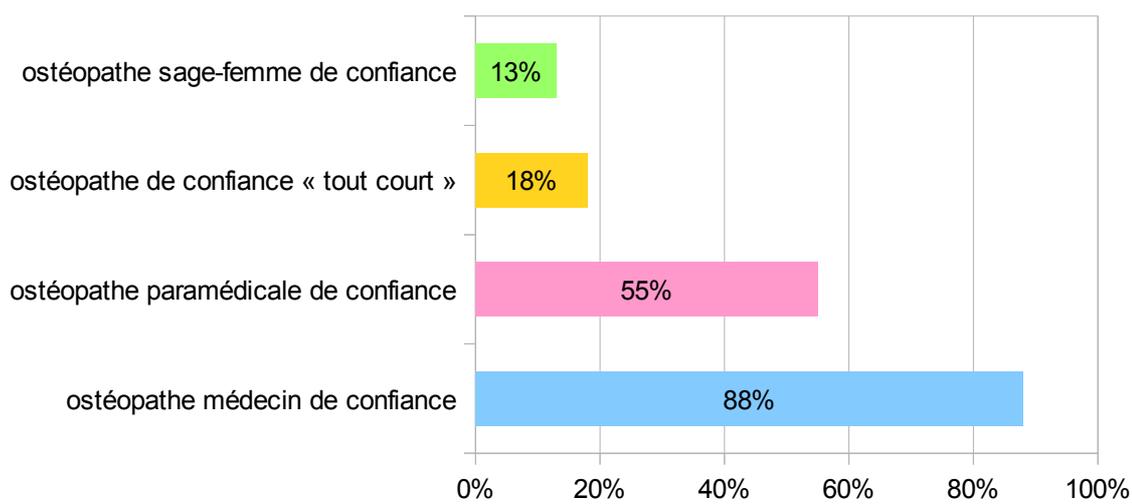
Figure1 : Répartition des médecins généralistes proposant la manipulation vertébrale



Nous avons demandé aux participants, dans le cadre de ce cas clinique, s'ils étaient

favorables aux manipulations vertébrales si le patient leur demandait : 89 % (119) ont répondu oui, 11 % (14) ont répondu non et 1 % (1) ne se prononce pas.

Parmi ceux qui étaient favorables (119) : 88 % les adresseraient chez un ostéopathe médecin de confiance, 55 % chez un ostéopathe paramédical de confiance, 18 % chez un ostéopathe ni médecin, ni paramédical, ni sage-femme de confiance, 13 % chez un ostéopathe sage-femme de confiance.(figure 2)



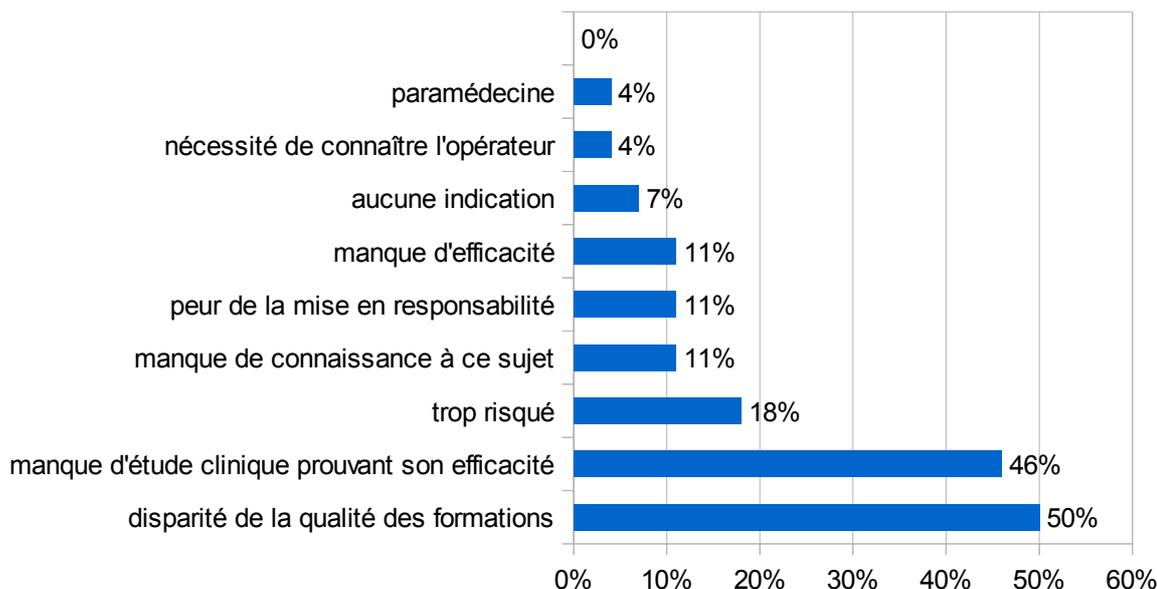
*Figure 2 : Répartition des catégories d'ostéopathes auxquels le médecin généraliste fait recours*

Nous avons alors demandé à ceux qui étaient défavorables (n=14), les motifs de leur réponse : 28 personnes ont répondu. A savoir que plusieurs réponses étaient possible à cette question.

Les principales raisons ont été (figure 3):

- la disparité de la qualité des formations (50 %),
- le manque d'étude clinique prouvant son efficacité (46 %),
- risque trop important (18 %).

Figure 3 : motifs pour lesquels les médecins généralistes sont défavorables à l'ostéopathie

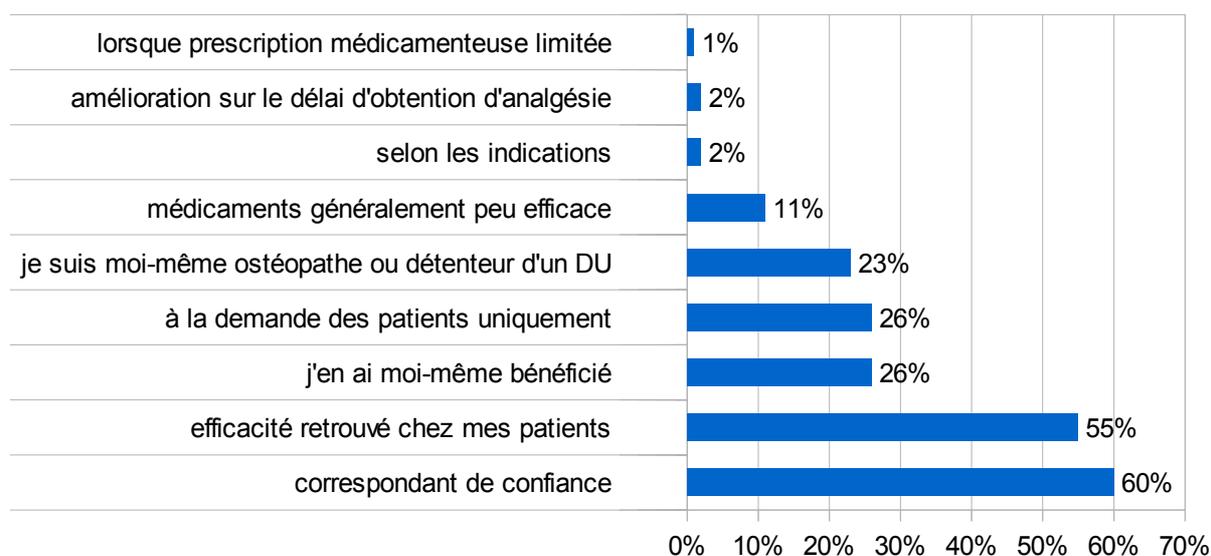


Nous avons demandé aux participants favorables à la manipulation vertébrale dans la lombalgie aiguë, dans le cas où le patient leur demandait, quels étaient les motifs de leur réponse. Nous retrouvons par ordre décroissant les raisons suivantes (figure 4) :

- correspondant de confiance (60 %),
- efficacité retrouvée chez mes patients (55 %),
- j'en ai moi-même bénéficié (26 %),
- à la demande des patients uniquement (26 %),
- je suis moi-même ostéopathe ou détenteur d'un DU de manipulations manuelle d'ostéopathie (23 %),
- médicaments généralement peu efficace (11 %).

119 personnes ont effectivement répondu. Plusieurs réponses étaient possibles également à cette question.

Figure 4: motifs pour lesquels les médecins généralistes sont favorables à l'ostéopathie



### 5.2.2. Questions sur la pratique générale

Parmi notre échantillon, 60 % ont déjà eu recours aux manipulations vertébrales pour leur patient dans le cadre de lombalgies aiguës. 39,5 % n'y ont pas eu recours lors de leur exercice professionnel et 0,5 % ne se prononce pas.

Nous avons demandé à ceux qui avaient répondu positivement s'ils avaient trouvé cela efficace : 80 % ont jugé cela efficace le plus souvent. Aucun participant n'a répondu par la négative (figure 5).

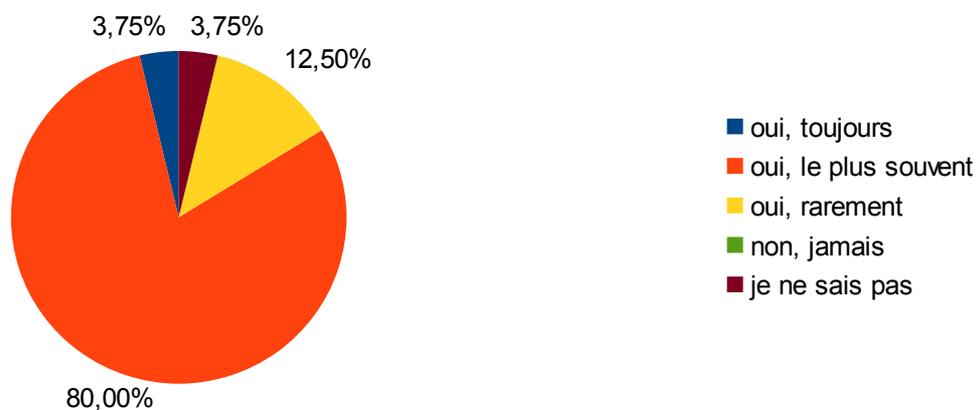


Figure 5 : jugement sur l'efficacité retrouvée dans les manipulations vertébrales

Parmi les médecins généralistes qui ont déjà eu recours aux manipulations vertébrales pour un patient présentant une lombalgie aiguë commune, 70 % l'ont fait par le biais d'un ostéopathe médecin, 45 % l'ont fait par le biais d'un ostéopathe paramédical et 21 % par le biais d'un ostéopathe ni médecin, ni sage-femme, ni paramédical.

Les médecins généralistes ostéopathes ou détenteur d'un DU de MMO ont eu recours aux manipulations vertébrales par le biais d'un médecin pour 89 % d'entre eux, par le biais d'un ostéopathe paramédical pour 22 % d'entre eux.

Les médecins généralistes non formés aux manipulations vertébrales ont fait appel à un ostéopathe médecin pour 60 % d'entre eux, à un ostéopathe paramédical pour 57 % d'entre eux ou à un ostéopathe ni médecin, ni sage-femme, ni paramédical pour 28 % d'entre eux (*tableau 1*).

*Tableau 1: professionnels de santé sollicités par les médecins généralistes dans la lombalgie aiguë commune*

<b>caractéristiques</b>	<b>n(%)</b>
<i>médecins généralistes (n=80)</i>	
ostéopathe médecin	56(70)
ostéopathe paramédical	3(36)
ostéopathe « tout court »	17(21)
ostéopathe sage-femme	1(1)
ne se prononce pas	2(2,5)
<i>médecins ostéopathes ou détenteur du DU de MMO (n=27)</i>	
ostéopathe médecin	24(89)
ostéopathe paramédical	6(22)
ostéopathe « tout court »	2(7)
ostéopathe sage-femme	1(4)
ne se prononce pas	0(0)
<i>médecins non ostéopathe ou non détenteur d'un DU de MMO (n=53)</i>	
ostéopathe médecin	32(60)
ostéopathe paramédical	30(57)
ostéopathe « tout court »	15(28)
ostéopathe sage-femme	0(0)
ne se prononce pas	2(4)

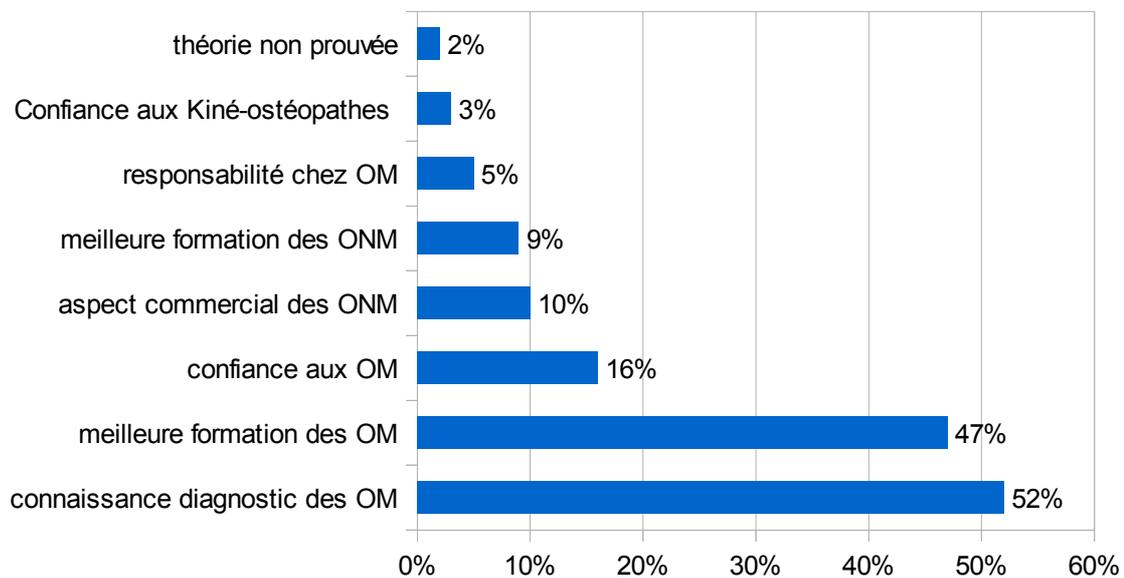
### 5.2.3. Médecins ostéopathes et ostéopathes non médecins

Parmi les personnes interrogées, 73 % (98) considèrent qu'il y a une différence entre les médecins ostéopathes et les autres professionnels ostéopathes non médecin. Tous les participants ont répondu à cette question.

Nous leur avons demandé leurs raisons et 91 participants ont répondu, à savoir que les réponses étaient libres. Par ordre décroissant leur motifs étaient (*figure 6*) :

- Pour 52 % (47) d'entre eux, les médecins ostéopathes ont une meilleure connaissance des pathologies, du diagnostic, de la pathologie globale, ainsi que des diagnostics différentiels à écarter.
- Pour 47 % (43) d'entre eux, les médecins ostéopathes ont une meilleure formation initiale, formation connue par les médecins et reconnue.
- Pour 16 % (15) d'entre eux, les médecins interrogés ont davantage confiance aux médecins ostéopathes.
- 10 % (9) d'entre eux considèrent qu'il y a un aspect commercial chez les ostéopathes non médecins et un risque de « charlatanerie » avec un objectif unique de manipulation.
- Pour 9 % (8) d'entre eux, les médecins ostéopathes sont moins spécialisés, du à une formation plus courte et ainsi moins complète que pour les professionnels ostéopathes non-médecins, avec une tendance à une prescription abusive.
- Pour 5,5 % (5), les médecins ostéopathes ont une responsabilité professionnelle médicale.
- 3 % (3) d'entre eux préfèrent adresser leur patient à des ostéopathes kinésithérapeutes, leur affectant une meilleure formation et un meilleur travail.
- 2 % (2) considèrent qu'il n'y a pas de théorie prouvée à l'ostéopathie et qu'il doit ainsi y avoir un regard médical.

Figure 6 : les motifs de différenciations entre médecin ostéopathe (OM) et ostéopathe non médecin (ONM).



#### 5.2.4. Ostéopathie et risque

92,5 % (124) des personnes interrogés estiment que les patients encourent un risque lors de manipulation vertébrale.

De plus, 84 % (113) des participants pensent que les patients n'ont pas connaissance du risque possiblement encouru par les manipulations vertébrales. Le taux de réponse est de 100 % pour ces 2 questions.

Par ailleurs, 32 % (43) des médecins interrogés ont avoué ne pas connaître les contre-indications des manipulations vertébrales dans la lombalgie aiguë commune.

Nous avons demandé quels étaient alors ces contre-indications aux autres personnes interrogés : 85 participants ont répondu.

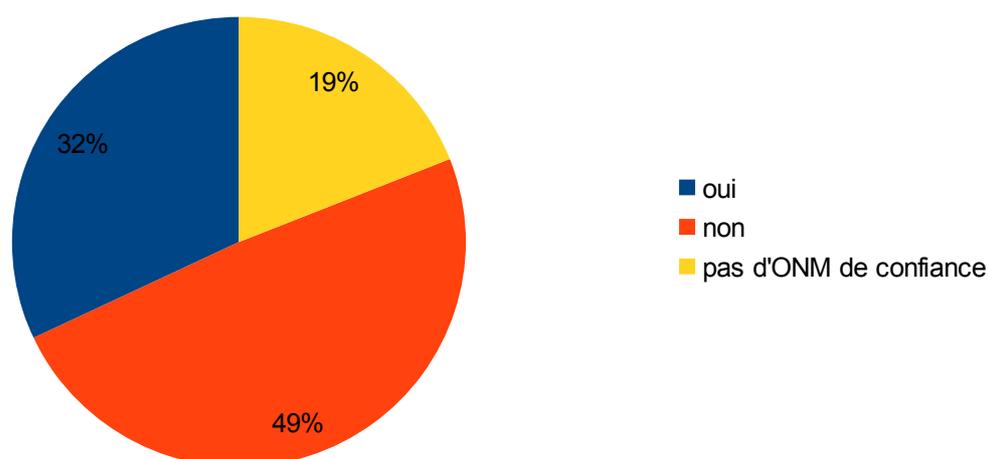
Par ordre décroissant les items énoncés sont :

- les métastases osseuses (61 %) ;
- la hernie discale (52 %) ;
- les lésions d'origines traumatiques (46 %) ;
- les lésions d'origines infectieuses (41 %) ;
- la présence de signe neurologique déficitaire (35 %) ;
- le rhumatisme inflammatoire (33 %) ;
- l'ostéoporose (30 %) ;
- malformation vertébrale, spondylolisthésis (21 %) ;
- terrain vasculaire (19 %) ;
- arthrose évoluée (8 %) ;
- origine cervicale (8 %) ;
- absence d'imagerie (7 %) ;
- instabilité vertébrale ( 5 %) ;
- antécédent psychiatrique (5 %) ;
- absence de diagnostique (3 %) ;
- antécédent chirurgical (3%) ;
- l'hyperalgie (2 %) ;
- toute, aucune indication aux manipulations vertébrales (1 %).

### 5.2.5. Ostéopathie et cursus

Parmi les médecins interrogés 32 % (43) connaissent le cursus de leur ostéopathe non médecin de confiance. 19 % (25) ne connaissent pas d'ostéopathe de confiance non médecin.

A savoir qu'à cette question, un seul participant n'a pas répondu.



*Figure 7 : répartition des médecins généralistes ayant connaissance du cursus de leur ostéopathe non médecin de confiance.*

Parmi les médecins qui ont un ostéopathe de confiance non médecin à qui adresser leur patient, 60 % ne connaissent pas le cursus de formation de celui-ci.

## 6. DISCUSSION

Notre enquête, portant sur un échantillon de 134 médecins généralistes installés en midi-Pyrénées, montre que ces derniers sont favorables aux manipulations vertébrales dans la limite de certaines indications et par l'intermédiaire de professionnels ostéopathes de confiance.

### 6.1. Partie cas clinique

Dans notre première partie, nous faisons référence à un cas clinique d'un patient présentant une lombalgie aiguë, cas fréquent en médecine générale. Cette situation pourrait correspondre à un dérangement intervertébral mineur (15) ( DIM) souvent réversible par la technique manipulative (22). Il s'agit d'un dysfonctionnement intervertébral, responsable d'une douleur et/ou d'une restriction de mobilité, sans préjuger de son étiologie initialement décrit par R.Maigne (23). Dans ces situations, la douleur provient de l'articulation intervertébrale (disque, articulaires postérieures, éléments musculo - ligamentaires de cohésion) mais aussi, de l'irritation de la branche postérieure du nerf rachidien correspondant (24).

Cette irritation engendre dans son territoire des modifications tissulaires algiques : téno- périostées, cutanées (cellulalgies ) et musculaires (restrictions de mouvement , cordons myalgiques) : c'est le syndrome ténocellulomyalgique . L'éthiopathogénie des lombalgies est complexe et la sémiologie discale, radiculaire, articulaire postérieure, ligamentaire, musculaire est mal validée (25). Cela explique notamment l'importante discordance dans les résultats de la littérature concernant les indications et l'efficacité des manipulations dans les lombalgies aiguës .

Ainsi dans ce cas précis d'un probable DIM, la moitié des médecins interrogés lui proposeraient une manipulation vertébrale. Une plus forte majorité (89 %) est favorable aux manipulations vertébrales à la demande du patient. Ces résultats concordent avec un autre travail réalisé dans le cadre d'une thèse de médecine générale où il est retrouvé que 82 % des médecins généralistes adresseraient leurs patients à un médecin pratiquant la MMO, dans le cadre de pathologies rachidiennes le plus souvent

(26). De manière plus générale une étude réalisée dans le cadre d'un mémoire d'ostéopathie (27) rapportait que 83,2 % des médecins généralistes conseillaient à leur patient de consulter un ostéopathe.

Mais on constate dans notre étude que 26 % des médecins qui sont favorables aux manipulations vertébrales dans cette situation le sont uniquement si leur patient leur demandait. Cela est probablement dû à un manque de conviction de ces techniques ou une possibilité thérapeutique mal connue par les médecins généralistes .

Lorsqu'on interroge les médecins qui n'ont pas fait appel aux manipulations vertébrales dans les premières questions (n=14), on constate que le nombre de réponse est discordant (n=28). Il y a alors 11 % des participants qui restent mitigés sur cette méthode thérapeutique même s'ils ne désapprouvent pas la demande de leurs patients.

### Qualité des formations

La disparité de la qualité des formations reste la première raison retenue à la non utilisation de cette méthode manuelle.

En effet d'après le syndicat français des ostéopathes il y aurait en 2012 près de 70 formations en ostéopathie (28). En 2010, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande au minimum 4200 h de formation pour l'apprentissage de l'ostéopathie (29). En France la législation de 2011 recommande un minimum de 2660 h de formation (sur 3 ans) pour les non-professionnels de santé et 1225 h de formation pour les professionnels de santé (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, sage-femmes) (30).

Certaines de ces écoles forment en suivant le minimum légal, soit 2660 h sur 3 années d'études à temps plein pour les non-professionnels de santé, mais d'autres continuent de former sur 5 ans suivant les recommandations de l'OMS (4200 h minimum). En 2011 une dizaine de ces écoles se sont vues attribuer une reconnaissance d'équivalence Master I (31). La majorité des étudiants exclusifs demandent à ce que la législation suive les recommandations de l'OMS. Il existe aussi des diplômes universitaires ou inter-universitaire (DU/DIU) de 200 h à 300 h sur 2 à 3 ans accessibles par les

médecins, leur offrant une compétence en "médecine manuelle ostéopathique". Ils peuvent suivre, pendant leur internat (à partir de la 7<sup>e</sup> année d'étude de médecine) l'enseignement d'un DU/DIU(32). Le nombre d'heures de ce cursus est très nettement inférieur à toute autre formation en ostéopathie dans le monde.

### Étude clinique

Le manque d'étude clinique et d'efficacité prouvée des manipulations vertébrales dans la lombalgie aiguë commune fait parti également des principales raisons pour lesquelles les médecins généralistes n'ont pas recours aux manipulations vertébrales.

En effet les résultats des différentes études comparant les manipulations vertébrales aux autres traitements ou au placebo dans la lombalgie aiguë commune sont discordants. Plusieurs méta analyses (33, 34) concluent à l'absence de niveau de preuve significatif pour l'efficacité des manipulations vertébrales dans le traitement de la lombalgie aiguë .Toutefois des essais cliniques (35) et d'autres méta analyses (34, 36, 37, 38) concluent avec un niveau de preuve de faible qualité à un effet à court terme moyennement pertinent en termes cliniques de la manipulation vertébrale sur le soulagement de la douleur (39, 40) par rapport aux interventions inertes. Ils concluent aussi à des preuves de faible qualité démontrant un effet à court terme significatif et moyennement pertinent en termes cliniques de la manipulation vertébrale sur l'état fonctionnel lorsqu'elle est ajoutée à une autre intervention. Mais les conclusions des revues et méta-analyses dépendent fortement de la stratégie de recherche et de la qualité des études incluses, et de leur biais. Ainsi certaines méta-analyses sont critiqués (41).

Suite à l'analyse de littérature scientifique et d'une synthèse des professionnels consultés, l'HAS en 2000, concluait que les manipulations vertébrales ont un intérêt à court terme dans la lombalgie aigue commune (2). Sur la prise en charge des lombalgies aiguës, les directives Européennes du COST B 13 (Mars 2004) préconisaient de considérer le recours aux manipulations vertébrales pour les patients ne pouvant pas reprendre leurs activités quotidiennes (10). Pour « the agency for healthcare research and quality » (USA) : sur les douleurs du dos les manipulations ont été significativement supérieures au placebo ou à l'absence de traitement pour réduire

la douleur immédiatement ou à court terme après la fin du traitement (42).

Un travail de thèse a été réalisé en 2010 (5), étudiant l'apport de la médecine manuelle dans la prise en charge des lombalgies aiguës communes. Cette étude était observationnelle, multicentrique et prospective. Elle retrouvait un bénéfice par l'association du traitement médical de référence et du traitement par manipulations vertébrales chez les patients guéris comme chez les non guéris à J8, ainsi que l'apport d'un gain immédiat sur la douleur à J1 comme à J8.

## **6.2. Pratique générale**

Nous pouvons souligner qu'une majorité des participants (60 %) ont déjà eu recours aux manipulations vertébrales pour leurs patients dans leur pratique professionnelle : 84 % d'entre eux ont trouvé cela efficace « le plus souvent » ou ont « toujours » trouvé cela efficace. Des résultats similaires ont été rapportés dans une étude de thèse de médecine générale (26) puisque 64 % des médecins généralistes trouvaient la MMO efficace. Nos résultats sont aussi du même ordre que ceux retrouvés dans la littérature auprès de médecins détenteurs d'un DIU de médecine manuelle vertébrale (43). En effet 60 % d'entre eux ont eu recours aux manipulations vertébrales en première intention. En traitement de la douleur rachidienne commune d'origine mécanique sans conflit disco-radiculaire, les médecins interrogés jugeaient la manipulation vertébrale étant la plus efficace que ce soit au niveau thoracique (78 %) ou au niveau lombo-sacré (43 %).

Par ailleurs on constate que les médecins généralistes en dehors de ceux qui ont une formation en manipulation vertébrale (ostéopathe ou DU) font autant confiance aux médecins ostéopathes (60 %) qu'aux ostéopathes paramédicaux (57 %). Ils font aussi plus facilement recours aux ostéopathes exclusifs que les médecins ostéopathes ou détenteur d'un DU. Ceux-ci préfèrent adresser leurs patients aux ostéopathes paramédicaux (22 %) en première intention.

De manière générale les médecins généralistes font confiance en majorité aux ostéopathes médecins (70 %) et ostéopathes paramédicaux (36 %).

Et effectivement 73 % d'entre eux considèrent qu'il y a une différence entre les ostéopathes médecins et les ostéopathes non médecins, principalement par une

meilleure formation, formation connue et reconnue (47 %). Il est vrai que l'on a pu voir ci-dessus l'hétérogénéité de la formation des ostéopathes en France, du fait d'une variation du nombre d'heure de formation par école (44). Tandis que le Royaume-Uni, pays presque aussi peuplé que la France, forme ses ostéopathes dans 9 établissements; les USA fondateurs de la profession, dans 19 hôpitaux universitaires (45).

La différence est constatée aussi dans notre étude par la recherche de diagnostic différentiel, connaissance du diagnostic par le médecin ostéopathe (50 %). Mais il faut souligner toutefois que 1 médecin sur 10 affecte une meilleure formation aux ostéopathes exclusifs et meilleure pratique. Nous pouvons nous poser la question d'un manque d'information des médecins généralistes sur la formation des médecins ostéopathes puisqu'ils sont formés également dans une école d'ostéopathie pour au moins 680 heures étalées sur un minimum de 4 années (44). Leur formation d'un point de vue strictement ostéopathique est comparable à celles dispensées dans les meilleures écoles d'ostéopathie pour les professionnels de santé non médecins (46). Elle est, rappelons-le, différente de celle des médecins détenteurs d'un DU de MMO formés sur 300 heures (32).

### **6.3. Ostéopathie et risque**

Nous pouvons constater qu'il y a un manque d'information, chez les patients, du risque encouru par les manipulations vertébrales. En effet la plupart des médecins (92 %) ont conscience qu'il peut y avoir un risque dans cette thérapeutique, un risque qui ne serait pas connu par les patients selon eux à 84 %.

Les accidents après manipulations thoracolombaires sont très rares selon Dvorak (47) . Le risque de complication de syndrome de la queue de cheval après manipulation lombaire est estimé à 1 sur 1 million de manipulation vertébrale selon Assendelft (48). Au Canada, 10 cas de syndrome de queue de cheval ont été publiés entre 1911 et 1989 (49). La société médicale suisse de la médecine manuelle sur l'année 1989 retrouve également de rares complications des manipulations vertébrales lombaires (50) . En effet 17 cas soit un sur 20125 manipulations lombaires ont présenté un syndrome radiculaire progressive avec déficit sensitivo-moteur et 9 cas , et 1 cas sur 38013 a

nécessité une chirurgie de hernie discale, sans séquelle par la suite.

Les observations publiées concernent des patients âgés en moyenne de 40 ans  $\pm$  10 (extrêmes 24 à 62 ans), de sexe masculin dans 75 % des cas. Dans 40 % des cas, les premiers symptômes apparaissent immédiatement après la manipulation vertébrale : lombalgies très intenses, radiculalgies bilatérales, dysesthésies, sensations d'anesthésie, difficultés à se lever ou à marcher. Dans les autres cas, la symptomatologie est retardée de quelques heures à 1 jour après la manipulation vertébrale. Le diagnostic est parfois tardif, jusqu'à 3 semaines, en moyenne 8 jours  $\pm$  8 et, dans trois cas, les patients ont subi de nouvelles manipulations vertébrales. Une hernie discale est toujours en cause, hormis des cas de fracture-tassement ou de canal étroit par achondroplasie. Après intervention, l'évolution s'est faite vers la guérison avec, dans quelques cas, persistance d'un déficit sensitivomoteur et/ou vésicosphinctérien (51).

Les fractures, luxations, entorses ou recrudescence de rachialgies, dont certaines peuvent être considérées comme de simples incidents, ont aussi été publiées (52) mais font plus volontiers l'objet de déclarations auprès des assurances que de publications.

Cependant certaines études montrent que les accidents liés aux manipulations vertébrales sont sous-estimés et sous-déclarés. Un lien de causalité entre les accidents et les manipulations vertébrales n'est pas formellement établi non plus à ce jour, faute de travaux prospectifs comparatifs (53,54). Après analyse systématique de la littérature, la fréquence des complications graves des manipulations vertébrales répertoriées varient entre 5 accidents pour 100 000 manipulations à 1,5 événements pour 10 000 000 manipulations. Selon Gouveia (55) il n'y a pas de données fiables sur l'incidence ou la prévalence des effets indésirables après manipulation vertébrale .

Par ailleurs il a été notifié des effets secondaires fréquents dans 55 % des cas de manipulations vertébrales lombaires à type d'inconfort local ou courbature (53 %), céphalée (12 %), asthénie (11 %). Elle apparaît après un intervalle libre de quelques heures et dure environ une journée (56).

D'autre part des effets positifs non musculo-squelettiques ont également été rapportés dans 25 % des cas à type d'amélioration respiratoire, amélioration digestive, amélioration de la fonction visuelle, circulatoire et bien-être psychologique (57).

## **6.4. Ostéopathie et contre-indication**

Un manque d'information est également présent chez les médecins à propos des contre-indications des manipulations vertébrales puisqu'un tiers d'entre eux avouent ne pas connaître les contre-indications.

Celles énoncées en majorité par les participants ayant répondu, sont celles retrouvées dans les recommandations de la société de rhumatologie (24) et dans la littérature. Les contre-indications absolues sont effectivement les affections ostéoarticulaires, rachidiennes, tumorales, infectieuse et inflammatoires (58). Un état systémique de trouble de la coagulation ou traitement anticoagulant non équilibré est également considéré comme une contre-indication absolue (59).

Un enraidissement important du rachis par hyperostose, ostéosynthèse, scoliose, arthrose évoluée font également partie des contre-indications, mais surtout ne font pas partie des indications. Le canal lombaire étroit est compatible avec une MV sauf s'il existe une radiculalgie d'effort (51). L'ostéoporose est considérée comme une contre-indication relative selon l'OMS (29).

Nous pouvons souligner que dans cette question les participants ont répondu également dans le cadre des manipulations vertébrales cervicales, ce qui met en évidence un énoncé de la question mal établi.

Au vu des réponses des médecins généralistes, nous pouvons remarquer qu'une amélioration des connaissances dans le domaine de l'ostéopathie et des manipulations vertébrales pourrait être nécessaire en médecine générale. Elle pourrait se faire par le biais d'une formation au cours des études ou dans le cadre de la formation médicale continue afin d'informer de l'état actuel de l'ostéopathie, les indications possibles, et contre-indications des manipulations vertébrales. Cela permettrait également d'informer les patients et d'éviter des accidents éventuels.

## **6.5. Coursus de l'ostéopathe**

Comme nous avons pu constater ci-dessus, l'hétérogénéité de la formation des ostéopathes non-médecins est un frein aux recours des manipulations vertébrales par les médecins généralistes dans la lombalgie aiguë commune. La majorité (60 %) des

participants ne connaissent pas le cursus de leur ostéopathe de confiance non médecin quand ils en ont un. Plusieurs hypothèses à cela: les médecins généralistes ne leur demandent pas, ne connaissant pas la qualité de formation des différentes écoles, ou s'inspirent de l'expérience de l'ostéopathe et du retour de leur patient considérant une moindre importance à leur formation.

Cependant le nombre d'école de formation à la profession étant très élevé, importerait-il aux médecins généralistes de connaître cette formation ? Le réel problème en France par rapport aux autres pays est avant tout la disparité de la qualité de formation des ostéopathes et le nombre trop élevé d'écoles. Une dizaine d'école seulement se sont vu attribuer une reconnaissance d'équivalence master I alors que la majorité des étudiants exclusifs réclament une formation suivant les recommandations de l'OMS (59).

## **6.6. Limites**

Cette étude comporte des limites. Tout d'abord dans notre échantillon, il y a 20 % de médecins généralistes ostéopathes ou détenteur d'un DU de MMO, proportion plus élevée que dans la population générale. Ceci est dû au fait que ces médecins plus intéressés par ce domaine sont plus nombreux à répondre comparativement aux autres médecins généralistes. De plus la méthodologie d'un questionnaire distribué par courrier électronique de manière aléatoire sélectionne des participants plus investis dans le travail de thèse, plus intéressés par le sujet et probablement plus informés. Par ailleurs, certaines des questions sont rétrospectives et posent ainsi le problème d'un biais de mémoire. Il serait ainsi intéressant d'évaluer la pratique des médecins généralistes en interrogeant directement les patients qui consultent pour une lombalgie aiguë. Une autre limite dans notre étude est la présence d'un biais de subjectivité : la présence de plusieurs questions fermées oriente les réponses de nos participants.

Toutefois la distribution et le recueil des données via internet permet un recueil plus important des réponses puisque nous avons pu obtenir 134 réponses (8 % des questionnaires envoyés) ce qui est un taux de réponse tout à fait acceptable. Elle pourrait être complétée par une étude quantitative avec un échantillon plus important. De plus une distribution via l'URPS permet d'obtenir un échantillon hétérogène de part la zone géographique intrarégionale, le sexe, l'âge, le mode d'activité professionnelle.

Nous constatons également qu'il n'existe pas d'étude similaire à la nôtre dans la littérature.

## 7. CONCLUSION

La manipulation vertébrale est un outil thérapeutique auquel peuvent recourir les médecins généralistes dans la lombalgie aiguë commune par l'intermédiaire d'ostéopathes, profession en pleine croissance démographique, ou de médecins détenteurs du diplôme universitaire de médecine manuelle-ostéopathie. Cette enquête d'opinion auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées a permis de connaître leur pratique quant à l'utilisation de ce moyen thérapeutique. D'après notre étude, la majorité des médecins généralistes font appel aux manipulations vertébrales puisque 60 % d'entre eux l'ont déjà utilisé. De plus 80 % des praticiens la trouvent efficace le plus souvent. Ils préfèrent toutefois faire appel aux médecins ostéopathes leur considérant une meilleure connaissance diagnostique et une meilleure formation. La disparité de la qualité des formations des ostéopathes est une des principales raisons d'un manque de confiance en cette profession, dans un pays au record mondial du nombre d'écoles. Le peu de preuves scientifiques sur l'efficacité de cette méthode dans la lombalgie aiguë freine également son utilisation.

D'autre part, des lacunes se ressentent chez les médecins généralistes sur l'ostéopathie et les manipulations vertébrales dans cette étude. Une formation accessible aux médecins généralistes pourrait alors permettre de renforcer l'information donnée aux patients, d'autant plus que cette méthode thérapeutique est accessible pour chaque patient sans qu'un regard médical soit toujours présent. Elle pourrait aborder les thèmes suivants: cursus et formation des ostéopathes, les indications et contre-indications des manipulations vertébrales ainsi que leurs risques. Cela permettrait également de diminuer l'incidence des complications liées aux manipulations vertébrales, encore sous-estimée à ce jour

Vu le Président  
du jury

Philippe ARLET  
Médecin généraliste - Interniste  
Hôtel Dieu - TSA 40051  
31053 TOULOUSE Cedex 9  
Téléphone : 05 61 77 22 78  
E-mail : p.arlet@chu-toulouse.fr  
N° BPPS 1000 284 9064

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Rossignol M, Rozenberg S, Leclerc A. Epidemiology of low back pain: what's new? *Jt Bone Spine Rev Rhum*. Déc 2009;76(6): 608-613.
2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Prise en charge diagnostique et thérapeutiques des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. ANAES; Février 2000.
3. Duquesnoy B, Defontaine MC, Grardel B, Maigne JY, Simonin JL, Thevenon A, et al. Définition de la lombalgie chronique. *Rev Rhum*. 1994;61(4BIS): 9S-10S.
4. Olivier D. L'observatoire national de la lombalgie aiguë. *La Presse Médicale*. Février 2002, Vol 31, p 233.
5. Commeau D. apport de la médecine manuelle dans la prise en charge des lombalgies aiguës et subaiguës. 86 p. Th:Med:Marseille:2 010.
6. Valat J-P. Epidemiology of low back pain. *Rev Rhum*. 1998, vol 65, n°5Bis, pp172S-174S.
7. Valat J-P, Mammou-Mraghni S., et Mulleman D. Comment évoluent les lombalgies aiguës communes? *Rhumatologie-Lyon Then Trevoux-Société aixoise de documentation medicale et d'edition*, 2004, vol. 56, no 5, p. 4-6.
8. Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Manniche C. Low back pain: what is the long-term course? A review of studies of general patient populations. *Eur Spine J*. avr 2003;12(2) : 149-165.
9. Ehrlich GE (analytic). Low back pain (English). *Bull W H O*. cover date 2003;81(9):671-676.
10. Maigne, R. L'application rationnelle des manipulations vertébrales. In: *Proc. of the IVth International Congress of Physical Medicine*. 1966. p. 145-159.
11. Chenot J-F, Becker A, Leonhardt C, Keller S, Donner-Banzhoff N, Baum E, et al. Use of complementary alternative medicine for low back pain consulting in general practice: a cohort study. *BMC Complement Altern Med*. 2007;7:42.
12. Registre des ostéopathes de France. Etude démographique- Newsletter n° 10 . janv 2012 Disponible sur: [www.osteopathie.org](http://www.osteopathie.org)
13. Mayer-Levy C. Recours aux médecines complémentaires et alternatives parmi les patients de médecine générale à Paris. 54 p. Th:Med : Paris 5 : 2010.
14. Henrotin Y et al. Recommandations européennes (COST B 13) en matière de prévention et de prise en charge de la lombalgie non spécifique. *Revue du Rhumatisme* 73, 2006, S53-S52.

15. Vautravers P. Médecine manuelle – ostéopathie en France. *Ann Phys Rehabil Med.* Juin 2010; 53(5):291-292.
16. Hamonet C. Andrew Taylor Still et la naissance de l'ostéopathie (Baldwin, Kansas, États-Unis, 1855). *Rev Rhum.* janv 2003;70(1):91-96.
17. Groupement National Représentatif des Professionnels de l'ostéopathie. Historique de l'ostéopathie. Disponible sur: [www.gnrpo.be](http://www.gnrpo.be)
18. Maigne J-Y. Robert Maigne 1923–2012. *Rev Rhum.* janv 2013;80(1):1-2.
19. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
20. Lelièvre N. Statut des ostéopathes. *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* sept 2009;10(4):202-205.
21. Loi n° 2009-526 du 12 Mai 2009 de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures.
22. Le Blay G. Rachialgies : prise en charge en médecine physique et réadaptation. *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* sept 2011;12(4):173-180.
23. Maigne, R. (1973). Diagnostic et mécanisme d'un dérangement intervertébral mineur. *Cinésiologie*, 47, 1-24.
24. Société Française de Rhumatologie. Thérapeutique manuelle et manipulation. Gestes et traitements expliqués. Disponible sur: [www.rhumatologie.asso.fr/data/fiche/41.pdf](http://www.rhumatologie.asso.fr/data/fiche/41.pdf)
25. Vautravers P, Isner-Horobeti M-È, Maigne J-Y. Manipulations vertébrales – ostéopathie. *Évidences/ignorances.* *Rev Rhum.* mai 2009;76(5):405-409.
26. Mingam S. La médecine manuelle-ostéopathie en France : enquête sur les opinions, les pratiques, les connaissances et les interactions entre les différents intervenants. Th: Med: Paris Cochin : 2010.
27. Touzard V. Les médecins généralistes et l'ostéopathie en France : que savent-ils? Qu'en pensent-ils ? Font-ils confiance ? 103 p. *Mémoire ostéopathie.* 2007.
28. Syndicat Français des Ostéopathes. Listes des établissements de formation à l'ostéopathie. Disponible sur : [www.osteopathe-syndicat.fr/etudiant-en-osteopathie/liste-ecoles-osteopathie.html](http://www.osteopathe-syndicat.fr/etudiant-en-osteopathie/liste-ecoles-osteopathie.html)
29. World Health Organisation, et al. Benchmarks for training in traditional/complementary and alternative medicine: benchmarks for training in Osteopathy. 2010.
30. Décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation.

31. Arrêté du 20 Janvier 2014 portant enregistrement au répertoire national des certifications professionnelles. Disponible sur : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
32. Collège Français des Enseignants Universitaire de Médecine Physique et Réadaptation.Médecine manuelle et orthopédique - Ostéopathie (DU-DIU) . Disponible sur: [www.cofemer.fr](http://www.cofemer.fr)
33. Ernst E, Canter PH. A systematic review of systematic reviews of spinal manipulation. *J R Soc Med.* Avr 2006;99(4): 192-196.
34. Rubinstein and al. Spinal manipulative therapy for acute low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews /ed The cochrane collaboration.* 2012.
35. Koes BW et al. The effectiveness of manual therapy, physiotherapy, and treatment by the general practitioner for nonspecific back and neck complaints. A randomized clinical trial. *Spine.* Janv 1992; 17(1): 28-35.
36. Bronfort G, Haas M, Evans RL. Efficacy of spinal manipulation and mobilization for low back pain and neck pain: a systematic review and best evidence synthesis. *Spine J.* mai 2004;4(3):335-356.
37. Hidalgo B, Detrembleur C, Hall T. The efficacy of manual therapy and exercise for different stages of non-specific low back pain: an update of systematic reviews. *J Man Manip Ther.* mai 2014;22(2):59-74.
38. Bronfort G. Spinal manipulation : current state of research and its indications. *Neurol Clin.* févr 1999;17(1):91-111.
39. Tulder MW van, Koes B, Malmivaara A. Outcome of non-invasive treatment modalities on back pain: an evidence-based review. *Eur Spine J.* 1 janv 2006; 15(1): S64-S81.
40. Licciardone JC, Brimhall AK, King LN. Osteopathic manipulative treatment for low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Musculoskelet Disord.* 2005; 6:43.
41. Franke H. Why reservations remain: A critical reflection about the systematic review and meta-analysis « Osteopathic manipulative treatment for low back pain » by Licciardone et al. *J Bodyw Mov Ther.* Oct 2012; 16(4): 411-415.
42. Barry, C, Falissard, B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. *Inserm.* 2012
43. Egizii G, Dupeyron A, Vautravers P. Les manipulations vertébrales : enquête concernant la pratique des médecins formés dans le cadre du diplôme inter-universitaire de Strasbourg. *Ann Réadapt Médecine Phys.* nov 2005;48(8):623-631.
44. Rodineau J. L'ostéopathie et les ostéopathes. *Journal de traumatologie du sport,* Avr 2002; Vol19, N°1, pp19-26.

45. Registre des Ostéopathes de France. L'ostéopathie dans le monde. Disponible sur: [www.osteopathie.org](http://www.osteopathie.org)
46. Le Médecin ostéopathe. Pratiquer l'ostéopathie en tant que médecins. Disponible sur: [www.osteofformation.fr](http://www.osteofformation.fr)
47. Dvorak J, Dvorak V, Schneider W, Tritschler T. Manuelle Therapie bei Lumbovertebralsyndromen. *Orthop.* 1 nov 1999;28(11): 939-945.
48. Assendelft WJ, Bouter LM, Knipschild PG. Complications of spinal manipulation: a comprehensive review of the literature. *J Fam Pract.* Mai 1996; 42 (5): 475-480.
49. Haldeman S, Rubinstein SM. Cauda equina syndrome in patients undergoing manipulation of the lumbar spine. *Spine.* Déc 1992; 17(12):1469-1473.
50. Dvořák J, Loustalot D, Baumgartner H, Antinnes JA. Frequency of complications of manipulation of the spine. *Eur Spine J.* 1 oct 1993; 2 (3): 136-139.
51. Vautravers P, Garcia, J. L., Lecocq, J., & Maigne, J. Y. (2001). Manipulations du rachis (ostéopathie). *Encycl Méd Chir. Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, 26-080.
52. Haldeman S, Rubinstein SM. Compression fractures in patients undergoing spinal manipulative therapy. *J Manipulative Physiol Ther.* sept 1992;15(7):450-454.
53. Dupeyron A, Vautravers P, Lecocq J, Isner-Horobeti ME. Évaluation de la fréquence des accidents liés aux manipulations vertébrales à partir d'une enquête rétrospective réalisée dans quatre départements français. *Ann Réadapt Médecine Phys.* Janv 2003 ; 46(1):33-40.
54. Boucher P, Robidoux S. Lumbar disc herniation and cauda equina syndrome following spinal manipulative therapy: A review of six court decisions in Canada. *J Forensic Leg Med.* févr 2014;22:159-169.
55. Gouveia LO, Castanho P, Ferreira JJ. Safety of chiropractic interventions: a systematic review. *Spine.* 15 mai 2009; 34(11): E405-413.
56. Senstad OD, Leboeuf-Yde CD, Borchgrevink C. Frequency and Characteristics of Side Effects of Spinal Manipulative Therapy. *Spine* Febr 15 1997. 1997; 22(4): 435-440.
57. Leboeuf-Yde C and al. The types and frequencies of improved nonmuskuloskeletal symptoms reported after chiropractic spinal manipulative therapy. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 1999, vol. 22, no 9, p. 559-564.
58. Howe D. Spinal manipulation in general practice. *Can Fam Physician.* août 1993;39:1788-1790.

59. Fédération française de l'ostéopathie. Manifestations 2012 : Revendications du 9 février disponible sur: [www.osteopathie-federation.org](http://www.osteopathie-federation.org).

## Enquête Médecine générale et manipulations vertebrales (ostéopathie)

Travail de thèse de médecine générale de Carole Babled dirigé par le Dr Lorrain

### La pathologie: la lombalgie aigue commune

Un patient de 35 ans, sans antécédent particulier, vient vous consulter car lors d'un mouvement de rotation du buste en mettant sa ceinture, il y a 2 jours, s'est retrouvé "bloqué" avec une lombalgie aiguë sans impulsivité à la toux ni irradiation dans les membres inférieurs. La douleur est majorée à la palpation de l'articulaire postérieur gauche en regard de L4 et en hyper-extension sans signe de lasègue. Il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur et les ROT sont présents, symétriques.

**Proposez-vous la pratique de manipulations vertebrales si ce patient vient vous consulter?**

- oui  
 non

**Seriez-vous favorable à la pratique de manipulations vertebrales si le patient vous le demandais?**

plusieurs réponses possibles

- oui, par un ostéopathe médecin de confiance  
 oui, par un ostéopathe sage-femme de confiance  
 oui, par un ostéopathe para-médical de confiance  
 oui, par un ostéopathe ni médecin, ni sage-femme, ni paramédical de confiance  
 non

**Si non, pourquoi?**

plusieurs réponses possibles

- trop risqué  
 disparité de la qualité des formations  
 manque d'études cliniques prouvant son efficacité  
 manque de connaissances à ce sujet  
 peur de la mise en responsabilité  
 manque d'efficacité  
 Autre :

**Si oui : pour quelle(s) argument(s)?**

plusieurs réponses possibles

- parce que j'en ai moi-même bénéficié  
 correspondant de confiance  
 je suis moi-même médecin ostéopathe ou détenteur d'un DU de manipulations vertebrales  
 efficacité retrouvé chez mes patients  
 parce que les médicaments sont en général peu efficace  
 à la demande des patients uniquement  
 Autre :

## Enquête Médecine générale et manipulations vertebrales (ostéopathie)

Dans votre exercice professionnel avez-vous déjà eu recours aux manipulations vertebrales dans le cadre de lombalgies aiguës?

- oui
- non

« Retour

Continuer »

## Enquête Médecine générale et manipulations vertebrales (ostéopathie)

Si oui cela a-t-il été efficace?

- oui, toujours
- oui, le plus souvent
- oui, rarement
- non, jamais
- je ne sais pas

Cela était par le biais de quel(s) professionnel(s) ?

plusieurs réponses possibles

- par un ostéopathe médecin
- par un ostéopathe sage femme
- par un ostéopathe paramédicale
- par un ostéopathe ni médecin, ni sage-femme, ni paramédicale
- je ne sais pas

« Retour

Continuer »

# Enquête Médecine générale et manipulations vertebrales (ostéopathie)

Différenciez-vous les médecins ostéopathes des autres professionnels ostéopathes non médecin?

- oui
- non

« Retour

Continuer »

---

Vous différenciez les médecins ostéopathes des autres professionnels ostéopathes

**Pourquoi?**

## Enquête Médecine générale et manipulations vertebrales (ostéopathie)

Pensez-vous que les patients encourent un risque lors de manipulations vertebrales?

- oui
- non

Pensez-vous que les patients on connaissance d'un risque encouru par les manipulations vertebrales?

- oui
- non

Connaissez-vous les contre-indications de ces manipulations vertebrales?

- oui
- non

Si oui, lesquelles?

«Retour

Continuer»

## Enquête Médecine générale et manipulations vertebrales (ostéopathie)

Connaissez-vous le cursus ou l'école de formation dont a bénéficié votre ostéopathe de confiance non médecin?

- oui
- non
- je ne connais pas d'ostéopathe non médecin

« Retour

Continuer »

# Enquête Médecine générale et manipulations vertebrales (ostéopathie)

commentaires libres

facultatif

**Si vous souhaitez connaitre les résultats de ce travail, laissez-moi votre adresse mail pour que je puisse vous les envoyer. En vous remerciant de votre contribution.**

« Retour

Envoyer

## General practitioner and osteopathy: study of the use of spine manipulation by general practitioner in acute low back pain in Midi-pyrenees

---

The acute low back pain is the second reason for consultation in general medicine and spinal manipulation is one of these therapeutic methods. The main objective of this study is to observe if, in this disease, general practitioners are using this method. A poll by electronic questionnaire was conducted among general practitioners located in the Midi-Pyrenees. 134 responses were collected and analysed. In the case of a patient with common acute low back pain, 50% of participants resort on this method and 60% have already been used in general practice. The disparity in the education quality of osteopaths are a major reason for a lack of confidence in the profession, which explains the orientation of patients to osteopathic physicians. While 80% of physicians surveyed find out this treatment usually effective, few clinical studies prove this and remain an obstacle to its widespread use. Information to primary care physicians on spinal manipulation would optimize its indication and reduce the frequency of complications still underestimated to date.

---

Keywords: spine manipulation – acute low back pain – general medicine – osteopathy – efficiency – education.

**Le médecin généraliste et l'ostéopathie :  
évaluation du recours aux manipulations vertébrales par les médecins  
généralistes dans la lombalgie aiguë commune en Midi-Pyrénées**

Toulouse, le 1er Octobre 2014

---

La lombalgie aiguë est le deuxième motif de consultation en médecine générale et les manipulations vertébrales sont un de ses moyens thérapeutiques. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer si, dans cette pathologie, les médecins généralistes ont recours à cette méthode. Une enquête d'opinion par questionnaire électronique a été réalisée auprès des médecins généralistes installés en Midi-Pyrénées. 134 réponses ont été recueillies et analysées. Dans le cas d'un patient présentant une lombalgie aiguë commune, 50 % des participants font appel à cette méthode et 60 % y ont déjà eu recours dans leur pratique générale. La disparité de la qualité de formations des ostéopathes sont une des principales raisons d'un manque de confiance en cette profession, ce qui explique l'orientation de leurs patients vers les ostéopathes médecins. Alors que 80 % des médecins interrogés trouvent cette thérapeutique le plus souvent efficace, peu d'études cliniques le prouvent et ceci restent un frein à sa généralisation. Une information auprès des médecins généralistes sur les manipulations vertébrales permettrait d'optimiser son indication et de diminuer la fréquence des complications encore sous estimées à ce jour.

---

**Discipline administrative :**MEDECINE GENERALE

---

**Mots-Clés :** manipulation vertébrale – lombalgie aigue commune –  
médecine générale – ostéopathie – efficacité – formation.

---

Faculté de Médecine Rangueil -133 route de Narbonne -31062 TOULOUSE Cedex 04

---

Directeur de thèse : Dr LORRAIN Marc