Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014 **Thèse n°**

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 1er décembre 2014 à Poitiers
par Madame Rachel BINSON

Les freins à la prescription de l'ostéopathie en médecine générale.

Etat des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes libéraux et internes en médecine générale.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur SOLAU-GERVAIS Elisabeth

Membres : Monsieur le Professeur GAYET Louis-Etienne
Monsieur le Professeur MEURICE Jean-Claude
Madame le Docteur LE SAUDER Corinne

Directeur de thèse : Madame le Docteur TOUZARD Martine

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Année universitaire 2014-2015

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BENSADOUN René-Jean, cancérologie – radiothérapie (en disponibilité)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie **(surnombre)**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- IRANI Jacques, urologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation **(en détachement)**
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation

- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes **(surnombre)**
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- TOUCHARD Guy, néphrologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
- CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des Universités de Médecine générale

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de Médecine générale

- BINDER Philippe
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de Médecine générale

- BIRAULT François
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- PERKINS Marguerite, maître de langues étrangères

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
- GIL Roger, neurologie
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique
- MARCELLI Daniel, Pédopsychiatrie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardiovasculaire

✉ 6, rue de la Milétrie, B.P. 199, 86034 POITIERS CEDEX, France
☎ 05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05 - e-mail : doyen.medecine@univ-poitiers.fr

A mes parents Liliane et Joël, pour leur soutien indéfectible.
Sans vous, je n'en serais pas arrivée là, aujourd'hui.

Abréviations

AVC accident vasculaire cérébral
BPCO broncho-pneumopathie chronique obstructive
DGOS direction générale de l'offre de soins
DIU diplôme inter universitaire
DPC développement professionnel continu
DU diplôme universitaire
CNGE conseil national des généralistes enseignants
CNOM conseil national de l'ordre des médecins
CS conseil scientifique
EBM Evidence Base Médicine
ECN épreuves classantes nationales
IDM infarctus du myocarde
IMG internes en médecine générale
MEP médecine à expertise particulière anciennement médecine à exercice particulier ou mode d'exercice particulier
MG médecins généralistes
MMO médecine manuelle-ostéopathie
NCB névralgies cervico brachiales
ONPS ostéopathe non professionnel de santé (anciennement DO diplômé d'ostéopathie)
PACES première année commune aux études de santé
UFR unité de formation et de recherche
URPS ML unions régionales de professionnels de santé des médecins libéraux
TR toucher rectal
TV toucher vaginal

Table des matières

INTRODUCTION 8

GENERALITES SUR L'OSTEOPATHIE ET LA MEDECINE MANUELLE 9

1) Définitions et terminologies : les différents courants 9
- **a)** Définitions générales 9
- **b)** Histoire, fondements et principes de l'ostéopathie 10
- **c)** Les grands courants de l'ostéopathie 11

2) Législation 12

3) Remboursement de l'ostéopathie en France 14

4) Indications et contre-indications 14

5) Ostéopathie et médecine générale 16

- **a) Les différents professionnels de l'ostéopathie, des formations hétérogènes** 16
  - ***i)*** Les différents professionnels l'ostéopathie et leurs formations 16
  - ***ii)*** Formations hétérogènes : un nouveau décret 17
  - ***iii)*** Existence de flous législatifs et réglementaires 18
- **b) Responsabilité des médecins sans et avec faute, responsabilité pour faute** 18
  - ***i)*** Responsabilité sans et avec faute 18
  - ***ii)*** Responsabilité pour faute 19
- **c) Médecin traitant et ostéopathie, partage des responsabilités** 19
  - ***i)*** Médecin traitant, acteur central du parcours de soin 19
  - ***ii)*** Médecin traitant et ostéopathie 20

MATERIEL ET METHODE 21

1) Question de recherche 21

2) Objectifs de thèse 21
- **a)** Objectif principal 21
- **b)** Objectifs secondaires 21

3) Type d'étude 21
- **a)** Choix de la méthode 22
- **b)** Elaboration du questionnaire 22
- **c)** Population de l'étude, inclusions et exclusions 22
- **d)** Envoi du questionnaire 23

4) Recueil des données 23
a) Modalités de recueil 23
b) Période de recueil 23
c) Outil de recueil 23

5) Analyses 24
a) Les logiciels utilisés 24
b) Analyse statistique 24
c) Analyse des questions ouvertes 24

RESULTATS 25

1) Résultats des données socio démographiques 25
2) Résultats des pratiques 28
3) Résultats des connaissances 31
4) Résultats de la recherche de la place d'une (in)formation sur l'ostéopathie 35

DISCUSSION 38

1) À propos de la méthode 38
a) Choix de la méthode 38
b) Population étudiée 38
c) Questionnaires 38
d) Recueil des données 38

2) À propos des résultats 39
a) Résultats des données socio démographiques 39
- Concernant le sexe 39
- Concernant l'âge de nos 2 populations
et la durée d'exercice en libéral des médecins généralistes 39
- Concernant le type d'exercice 40
- Concernant le lieu d'exercice 40
- Concernant le temps de travail des médecins généralistes 40
- Concernant la répartition régionale 40
- Concernant les médecins ayant une MEP 41

b) Résultats des pratiques 41
- Prescription de l'ostéopathie 41
- Raisons de refus de cette prescription 42
- Choix du professionnel de l'ostéopathie à qui orienter et pourquoi 42

c) Résultats des connaissances 43
- Concernant les connaissances générales de l'ostéopathie 43
- Les réserves envers l'ostéopathie 43
- Concernant les connaissances juridiques au sujet de l'ostéopathie 44

d) Résultats de la recherche de la place d'une (in)formation sur l'ostéopathie : Avis des internes et médecins généralistes libéraux. 45

CONCLUSION 46

BIBLIOGRAPHIE 47

ANNEXES 52

RESUME ET MOTS CLES 61

SERMENT D'HYPOCRATE 62

Introduction

Depuis des millénaires, l'homme se sert de ses mains pour soulager les souffrances corporelles de ses semblables. Les premières apparitions de la médecine manuelle sont retrouvées en Egypte, en 3000 avant Jésus Christ. En France, elle a toujours existée de façon informelle chez les médecins et rebouteux. Le terme « ostéopathie » trouve ses origines aux Etats Unis au XIXème siècle. Depuis lors, l'ostéopathie ne cesse de se développer [1, 2, 3, 4, 5].

Le recours à l'ostéopathie est aujourd'hui tel que sa diffusion a pris une étonnante extension. Victime d'un véritable engouement de la population, l'ostéopathie incite de plus en plus de médecins à l'utiliser comme outil thérapeutique. Plusieurs études montrent qu'une majorité de médecins généralistes ont déjà adressé leurs patients à un ostéopathe [6, 7, 8].

Entre autres, l'enquête effectuée en 2008 par L. de Larouillière auprès de 282 médecins généralistes sur Paris montre que 71,4% des médecins ont utilisé l'ostéopathie pour leurs patients [9].

De plus, les internes en médecine générale, ces médecins futurs généralistes sont rarement interrogés sur l'ostéopathie. Une seule étude faite par le Dr S.Mingam en 2012 prend le temps d'évaluer leurs pratiques de la médecine manuelle-ostéopathie [8].

Cependant, certains médecins refusent de « prescrire » l'ostéopathie, au sens littéraire du terme. C'est devant ce constat que m'est venue l'idée d'explorer les raisons qui poussent certains médecins généralistes libéraux ainsi que des internes en médecine générale à refuser cette aide supplémentaire.

Les données actuelles de la science s'accordent à dire que les travaux réalisés (essais comparatifs ou méta-analyses) au sujet de l'ostéopathie ne sont pas suffisants à l'heure actuelle pour prouver la supériorité de cette technique [10, 11]. De plus, les auteurs attirent également l'attention sur les accidents de manipulations vertébrales rares mais toujours très graves. Et dans ces situations, la responsabilité peut être imputée au médecin prescripteur.

L'objectif de ce travail est double montrer que le manque de connaissance sur l'ostéopathie des médecins français, leur manque d'information sur le sujet, n'est pas le seul frein à sa prescription et identifier ces freins ; mais également rechercher le meilleur moyen de diminuer un des freins qui semble important : la méconnaissance de l'ostéopathie.

Généralités sur l'ostéopathie et la médecine manuelle

1) Définitions, terminologies et les différents courants.

a) Définitions générales [12]

Les définitions suivantes permettent de montrer qu'il existe différents courants de thérapie manuelle qui se sont individualisées au fil du temps mais dont les bases communes sont le soin par les mains.

Chiropratique : du grec « kheir » (main), et « praktikos » (faire).
Méthode de traitement reposant sur la manipulation des vertèbres. La chiropratique est fondée sur une théorie empirique selon laquelle la plupart des maladies seraient dues à des déplacements vertébraux entraînant une détérioration de la fonction nerveuse normale.

Selon la Société Franco-Européenne de Chiropratique (SO.F.E.C), la chiropratique (également orthographié chiropraxie, chiropratie, ou chiropractie) est définie de la façon suivante : « L'art chiropratique consiste en la prévention, le diagnostic, et le traitement des pathologies mécaniques, réelles ou supposées, de l'appareil neuro-musculo-squelettique, en particulier du rachis, et de leurs conséquences. Les thérapeutiques sont conservatrices, principalement manuelles. La colonne vertébrale et le bassin jouent un rôle fondamental dans la démarche diagnostique et thérapeutique. ».

Le chiropracteur est un thérapeute de premier contact. Les patients peuvent le consulter directement [13, 14].

Etiopathie : du grec « aïtia » (cause) et « pathos » (venant de), ce qui affecte le corps. L'étiopathie est une discipline non conventionnelle dont la conception générale consiste pour le praticien à n'utiliser que les mains pour soigner son patient. Elle s'inspire à la fois de l'empirisme des techniques ancestrales du reboutement mais aussi de l'approche systémique du fonctionnement du corps humain. Contrairement à l'ostéopathie, l'étiopathie n'est par ailleurs pas réglementée, bien qu'il existe un registre national des praticiens étiopathes [15].

Médecine manuelle : thérapeutique manuelle reposant sur la manipulation des vertèbres, qui était exercée exclusivement par des Docteurs en médecine jusqu'en 2002. Actuellement, la définition regroupe, au sens littéral, toute forme de traitement pouvant être exécutée à mains nues par un thérapeute [2, 16].

Médecine manuelle-ostéopathie **:** définition retenue par le conseil de l'Ordre des médecins pour désigner la spécialité d'un diplôme inter universitaire (DIU) créé en 1997 en France, et concernant l'enseignement universitaire des thérapeutiques manuelles, réservé aux détenteurs du doctorat en médecine. [2, 15].

Ostéopathie : du grec « os » et de pathos « venant de ». Méthode thérapeutique manuelle utilisant des techniques de manipulations vertébrales ou musculaires. Il s'agit d'une approche thérapeutique non conventionnelle qui repose sur l'idée que des manipulations manuelles du système musculo-squelettique et myofascial permettent de soulager certains troubles fonctionnels [5]. L'ostéopathie peut également être déclinée en différents courants.

Vertébrothérapie : également dénommée « Vertébrologie » ou « Ostéothérapie », est un mode de soins manuel par manipulation vertébrale réservé à l'usage des médecins, médecins du sport ou rhumatologues étant donné les précautions nécessaires pour l'application d'une telle technique (diagnostic préalable). En réalité c'est une terminologie utilisée par un grand nombre de médecins Français pour désigner leur pratique des manipulations vertébrales [2, 5].

b) Histoire, fondements et principes de l'ostéopathie

Les premières traces de traitement manuel sont retrouvées sur le papyrus de Smith en 3000 avant Jésus Christ [2 ,3].

L'ostéopathie a été médicalisée aux Etats Unis en 1874, par le médecin américain Andrew Taylor Still.

Le terme d' « ostéopathie » est tout d'abord un courant médical, né des expériences d'A.T. Still. Celui-ci s'était lassé de la médecine traditionnelle de son époque qu'il estimait inefficace, confronté notamment à son impuissance face aux décès dus aux blessures de guerre et aux épidémies. Engagé dans la guerre de Sécession, il progressa en anatomie, base essentielle du courant qu'il a crée.

Ses travaux s'inspiraient des travaux de Darwin et Spencer sur l'évolution, des magnétiseurs de l'époque, des méthodes de rebouteux venant d'Angleterre et également des médecines chinoises et thérapeutiques indiennes qu'il aurait côtoyées [4].

Il considérait le corps comme un « champs fertile » dans lequel l'artère est suprême (différence essentielle avec les chiropracteurs qui considèrent que la lésion nerveuse est la base des maladies). Ainsi, s'il existe un défaut de vascularisation, le corps sera « mal irrigué » et la « pousse sera mauvaise », ce qui induira des maladies.

En 1891, il a crée la première école : American School of Ostéopathie.

Les principes de Still sont fondés sur une approche mécanique globale où le corps entier est un système de parties intimement reliées.

En 1950, l'ostéopathie arrive en France via le docteur Lavezzari. Elle est enseignée uniquement aux médecins dans des écoles et des facultés de médecine.

En 1996, Elle est reconnue par le CNOM et intégrée dans un DIU. Elle ne peut être exercée que par des médecins jusqu'en 2002.

En 2002, la loi dite «de Kouchner » (article 75) crée le titre d' « ostéopathe » [16].

En 2007, le Décret 2007-435 définit le partage du titre d'ostéopathe par les médecins, professionnels de santé non médecins et non professionnels de santé avec des champs de compétence différents [17].

Les principes d'A.T. Still sont toujours d'actualité aujourd'hui. Le traitement ostéopathique traite le corps dans sa globalité : il prend en compte ses aspects physiques et émotionnels. En effet, l'être humain doit être considéré comme un ensemble unitaire : anatomique, physiologique et psychologique, dont tous les éléments structurels sont interdépendants avec les fonctions organiques.

L'ostéopathe va diagnostiquer et traiter manuellement les lésions ostéopathiques qui ne sont autres que des dysfonctions somatiques. La dysfonction somatique est une restriction de mobilité tissulaire.

Pour l'ostéopathe, la « lésion ostéopathique » ne sert pas à désigner uniquement les conséquences locales immédiates observées sur une articulation.

La « lésion ostéopathique primaire » qui est la dysfonction somatique initiale va entrainer des répercutions neurobiologiques et anatomiques localement et à distance entrainant des « lésions ostéopathiques secondaires ».

Les dysfonctions peuvent être d'origine traumatique (direct (entorse) ou indirect (mouvements répétitifs)), fonctionnelles compensatrices reflexes, par voies reflexes (somato-somatiques, viscéro-somatiques, cortico-somatique) ou posturales.

Les « lésions secondaires » naissent du retentissement de la lésion primaire sur tous les tissus qui l'entourent. Il y a des réactions adaptatives des différents tissus de la zone concernée. L'atteinte d'un organe est également capable d'induire, dans la même zone d'innervation, une contracture réflexe. Des conflits psychologiques peuvent également générer des contractures musculaires. Ces différentes lésions peuvent être à la fois causes et conséquences. D'où l'importance de prendre en compte l'aspect global de la personne dans un traitement ostéopathique [5, 18].

c) Les grands courants de l'ostéopathie [19]

L'ostéopathie a beaucoup évoluée depuis la naissance du terme en 1874. Actuellement, on peut différencier 3 grands courants de l'ostéopathie : l'ostéopathie structurelle, l'ostéopathie crânienne appelée aussi crânio-sacrée et l'ostéopathie viscérale ou ostéopathie des fascias.

- **L'ostéopathie structurelle** représente la base de l'ostéopathie. Cette partie de la médecine manuelle traite les blocages articulaires du corps humain appelés "lésions ostéopathiques ou dysfonctions somatiques". Pour traiter ces perturbations mécaniques, on utilise des techniques exclusivement manuelles : soit des manipulations directes, soit des mobilisations par techniques de contractions musculaires (techniques myotensives). Par un examen clinique très complet, l'ostéopathe recherche les blocages articulaires ou lésions qui sont responsables du mauvais fonctionnement du corps. Le principe du traitement est de redonner une mobilité correcte là où elle fait défaut. Pour cela, plusieurs techniques manuelles sont utilisées : mobilisations rythmiques, ajustements articulaires brefs (trusts, avec quelquefois un petit craquement), étirements musculaires, points réflexes. Ces manipulations ne sont ni brutales ni douloureuses.

- **L'ostéopathie crânienne** appelée aussi crânio-sacrée s'occupe plus particulièrement de la tête. Malgré le fait que celle-ci ne comporte pas d'articulation (mise à part l'articulation de la mâchoire), les principes ostéopathiques peuvent s'y appliquer, en utilisant des techniques fonctionnelles spécifiques. D'après Sutherland, initiateur de l'ostéopathie crânienne, la très légère malléabilité des os du crâne et la manière dont ils sont imbriqués leurs autoriseraient une infime mobilité due aux tensions variables des membranes (ou fascias) qui sont attachées à l'intérieur et à l'extérieur du crâne. Une restriction de cette infime mobilité pourrait engendrer des troubles divers, qui

peuvent être résolus en restaurant cette mobilité. Elle consiste en légères pressions appliquées à certains endroits de la tête et selon un rythme particulier, de manière très douce. Il arrive que l'ostéopathe applique le même type de technique au sacrum, ce qui permettrait de relâcher les ligaments de la colonne vertébrale, d'où le nom de technique crânio-sacrée (Craniosacral Therapy).

Les théories de cette technique sont fondées sur des inexactitudes anatomiques et physiologiques et ne sont pas enseignées en DIU.

- **L'ostéopathie viscérale** concerne les organes internes ou viscères (foie, estomac, intestins, poumons..) et les membranes (fascias) qui enveloppent tous les muscles et viscères du corps humain. On l'appelle "ostéopathie fonctionnelle" par opposition à l'ostéopathie structurelle qui s'intéresse au squelette et aux muscles. Les principes de base sont les mêmes que pour l'ostéopathie structurelle : la recherche d'une restriction de mobilité et sa correction manuelle. Mais ce travail est appliqué directement aux viscères et aux fascias. Ceux-ci présentent également, à l'état normal, une mobilité minime (appelée "motilité") qui peut être perturbée dans certaines situations pathologiques. Les manipulations fonctionnelles sont très douces. Par des tests manuels, l'ostéopathe recherche les tensions anormales des fascias et des ligaments qui "suspendent" les viscères à l'appareil musculo-squelettique. Par de très fins mouvements indolores et non agressifs, il libère ces tissus de leurs surtensions afin de restaurer leur souplesse, ce qui amène généralement un soulagement [19].

Ces 3 grands courants ne sont pas partagés par tous les ostéopathes. Certaines écoles les enseignent toutes et d'autres n'en cautionnent pas la totalité.

2) Législation

Dans le monde, très peu de pays sont règlementés sur l'ostéopathie. Tous les pays réglementés ont fait de l'ostéopathie une profession de santé soit parce que seuls les kinésithérapeutes et les médecins sont habilités à la pratiquer, soit parce qu'ils ont créé une nouvelle profession de santé. La France fait figure d'exception en ayant créé un titre partagé qui peut être exercé par des professionnels de santé et des non professionnels de santé avec des champs de compétence différents [20].

L'ostéopathie a longtemps été exercée sans cadre légal en France. En effet, jusqu'en 2002 l'ostéopathie était considérée comme une discipline de médecine et donc, réservée aux médecins porteurs d'un diplôme de Docteur en médecine.

Néanmoins, de nombreux ostéopathes formés d'abord à l'étranger puis en France continuaient à exercer en France en toute illégalité, régulièrement poursuivis pour exercice illégal de la médecine.

Une réglementation s'est avérée indispensable pour la sécurité sanitaire des patients.

Actuellement, l'ostéopathie est un titre professionnel partagé puisqu'il peut être exercé par des médecins-ostéopathes (DIU), des professionnels de santé (infirmiers, kinésithérapeutes, podologues, sage femmes…) et par des ostéopathes non professionnels de santé (ONPS). Mais chaque professionnel a des champs de compétence différents en fonction de leur prérequis rendant opaque le champ d'exercice aux yeux des patients.

La loi du 4 mars 2002 n° 2002-303 dite « loi de Kouchner » [16] relative à l'usage professionnel du titre d'ostéopathe, stipule que l'usage professionnel du titre d'ostéopathe est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé dans des conditions fixées par décret. Le programme et la durée des études préparatoires et des épreuves après lesquelles peut être délivré ce diplôme sont fixés par voie réglementaire.

Les décrets d'application mettront presque 5 ans à voir le jour, devant la complexité de la situation compte tenu de la définition d'un titre partagé entre plusieurs professions. Ils ne verront le jour, qu'après la plainte en conseil d'état d'un syndicat d'ostéopathes non professionnels de santé obligeant le gouvernement à les publier.

Il y a donc eu plusieurs décrets d'application de publiés dont celui de formation (2007-437), celui d'exercice (2002-435) et ceux d'agréments des écoles qui sont en cours de modification [17, 21].

Le décret n°2007-437 du 25 mars 2007 [21] relatif à la formation des ostéopathes définit une formation d'au moins 2260 h et des dispenses en fonction des prérequis.

De plus, les ostéopathes devront être inscrits sur une liste dressée par les représentants de l'état, représentés actuellement par les Agences Régionales de Santé (ARS) et seront soumis à une formation continue.

Le décret n°2007-435 du 25 mars 2007 [17] relatif aux actes et aux conditions d'exercice stipule que les ostéopathes peuvent être consultés en première intention. Mais les manipulations gynéco-obstétricales et les touchers pelviens leurs sont interdits. Les manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois et les manipulations du rachis cervical nécessitent un certificat de non contre-indication à la pratique de l'ostéopathie délivré par un médecin. Ces dispositions ne sont pas applicables aux médecins ni aux autres professionnels de santé lorsqu'ils sont habilités à réaliser ces actes dans le cadre de l'exercice de leur profession de santé et dans le respect des dispositions relatives à leur exercice professionnel.

Une commission d'agrément consultative a été créée pour agréer les écoles qui en faisaient la demande si elles répondaient au cahier des charges défini réglementairement.

Puis, l'intervention de la loi du 12 mai 2009, dont le contenu se rapporte à l'ostéopathie et à la chiropraxie a profondément modifié l'article 75 de la loi du 4 mars 2002. En effet, la version consolidée de l'article 75 permet désormais à tous, ou presque, d'accéder au port du titre professionnel d' « ostéopathe » [22]. Certains pensent que cela met en péril la qualité des formations dispensées et donc des soins reçus par les malades.

Une proposition de loi a été déposée à plusieurs reprises en février 2010, puis septembre 2011, par Mr Bernard Debré. Il suggère la création d'un diplôme d'état afin d'assurer la

qualification des praticiens et homogénéiser les formations. Mais les différentes associations ne sont pas tombées d'accord sur les termes de cette proposition [23, 24].

Depuis avril 2013, un groupe de travail paritaire (12 ostéopathes non professionnels de santé et 12 ostéopathes professionnels de santé dont les ordres de médecins, kinésithérapeutes, sage femmes et pédicures podologues) travaille avec la DGOS sur des nouveaux décrets de formation avec la création d'un « référentiel métier ostéopathe » et d'une commission d'agrément des écoles. Une enquête de représentativité a été faite. Les travaux sont en cours d'achèvement et devraient être publiés avant la fin de l'année 2014 pour être applicables pour la rentrée 2015.

3) Remboursement de l'ostéopathie en France

Actuellement, le remboursement de l'ostéopathie est de plus en plus fréquent par les mutuelles. Il permet aux patients d'avoir un remboursement partiel ou total non basé sur le remboursement de la sécurité sociale car l'ostéopathie n'est pas pris en charge par celle-ci [25].

Il existe cependant un acte de CCAM pouvant être coté et pratiqué par des médecins titulaires du DIU, le LHRP001 qui correspond à une séance de médecine manuelle de la colonne vertébrale et qui est remboursé mais qui ne correspond pas à un acte ostéopathique complet. En effet, la prise en charge ostéopathique devant être globale, elle ne peut concerner que le rachis. De plus, la réalisation de cet acte nécessite un diagnostic qui n'est pas cumulable à cet acte.

Le LHRP001 a été réévalué lors des démarches pour favoriser le secteur libéral en 2014. Il correspond à une séance de médecine manuelle vertébrale à 31,40€ [26, 27].

En pratique, les médecins ostéopathes cotent donc l'acte d'ostéopathie hors nomenclature. Ils font une consultation préalable de diagnostic et de non contre indication à un éventuel traitement ostéopathique et conformément à la convention 2011 art 54, ils cotent une consultation (un CS) sur une feuille de soins et font une facture « ad hoc » en acte non remboursé qui est envoyée par le patient à sa mutuelle, pour un éventuel remboursement si celle-ci le prend en charge [28].

Pour les non médecins, les praticiens font une facture globale qui sera donnée au patient pour un éventuel remboursement.

4) Indications et contre indications de l'ostéopathie

Le traitement ostéopathique possède un champ de compétence particulièrement important puisqu'il s'étend de la pédiatrie à la gériatrie. Les indications et contre indications sont variables et dépendent de l'enseignement reçu, et donc des écoles d'ostéopathie. De nouveaux décrets devraient les définir.

Le but du travail ostéopathique est de « prévenir ou remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques ». « Ces manipulations sont musculo-squelettiques et myo-fasciales, exclusivement manuelles et externes ». « L'ostéopathe

effectue des actes de manipulations et mobilisations non instrumentales, directes et indirectes, non forcées, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de Santé » [5].

a) **Indications** [18].

i) Indications majeures :

- Les affections mécaniques de la colonne vertébrale : lombalgies chroniques ou aiguës (lumbago), dorsalgies, cervicalgies chroniques ou torticolis, maladie de Sheurmann, douleurs vertébrales projetées (périarthrite scapulohumérale, tennis elbow ou pseudo-viscéral)…
- Les affections mécaniques articulaires périphériques : entorses, tendinites, capsulites…
- Les névralgies d'origine mécanique : névralgies cervico-brachiales intercostales, sciatiques, névralgie d'Arnold, syndrome des scalènes, canal carpien…
- Certains troubles de l'équilibre
- Certaines céphalées
- Certains acouphènes
- Affection de l'articulation temporo-mandibulaire et dérangements de l'occlusion buccale
- Régurgitations, pleurs, déformation de la tête du nouveau-né

ii) Indications adjuvantes préventives

- Enraidissements post-fracturaires
- Maladies rhumatismales en dehors des poussées inflammatoires (enraidissements et déformations)
- Insuffisances respiratoires (asthme, BPCO…)
- Infections ORL (sinusites chroniques récidivantes, otites récidivantes)
- Certaines affections circulatoires, digestives, gynécologiques

iii) Autres indications

- *Préventive* :
    - sportifs,
    - musiciens,
    - travail avec mouvements répétitifs ou station prolongée.

- *De contrôle* :
    - une fois par an,
    - ou après un traumatisme,
    - ou un accouchement ayant pu créer des désordres ostéopathiques [5].

b) Contre-indications

i) Contre-indications absolues :

- Absence de consentement du patient.
- Diagnostic médical de contre-indication.

ii) Médicales et chirurgicales (liste non exhaustive)

Il faut noter qu'un diagnostic médical est indispensable car certaines pathologies ne relèvent pas de l'ostéopathie mais nécessitent un traitement médical approprié parfois même en urgence [18].

- Neurologiques : exemple : AVC récent, hémorragie méningée, sciatique paralysante.
- Cardio-vasculaires : exemple : IDM récent, embolie pulmonaire, artériopathie obstructive, phlébite.
- Traumatiques : exemple : fracture non traité.
- Néoplasiques : exemple : métastases osseuses.
- Appareillage d'ostéosynthèse.
- Métaboliques : exemple : chondrocalcinose du sujet âgé, destruction des masses latéral de C1C2 (radiographies nécessaires++).
- Infectieuses : exemple : méningite, spondylodiscite à germe banal ou maladie Pott.
- Congénitales : exemple : maladie des os de verre.
- Psychiatriques [5].

5) Ostéopathie et médecine générale

a) Les différents professionnels de l'ostéopathie, des formations hétérogènes.

i) Les différents professionnels de l'ostéopathie et leurs formations.

- **Médecin-ostéopathes**

Il doit avoir validé un DU ou DIU de médecine manuelle-ostéopathie (MMO) obtenu au terme de 2 ans. Celui ci est dispensé dans 15 UFR de médecine en France. La formation comprend des cours théoriques, des consultations hospitalières, des travaux pratiques. Il existe une fédération (la FEMMO) regroupant 20 associations de formations continues en ostéopathie. Si le médecin choisi d'exercer l'ostéopathie, des formations complémentaires sont indispensables. Il existe également d'autres formations d'ostéopathies dispensées par des organismes de formation, et réservés aux médecins et professionnels de santé. Il existe également une initiation dans le cursus médical dans certaines facultés.

Les médecins ostéopathes sont actuellement environ 250 à être formés par an. On compte en France, plus de 6000 médecins formés installés en libéral et 1500 environ ont demandé le titre d'ostéopathe en 2014. Soit un médecin sur 12 possède le DIU de MMO en France chez les généralistes et rhumatologues [29].

- **Kinésithérapeute, infirmière, sage femme, ou autres professionnels de santé**

Il existe diverses formations réservées aux professionnels de santé. Elles sont souvent adaptables et peuvent être suivies en parallèle de l'activité professionnelle. 21 établissements agréés dispensent une formation en ostéopathie réservée aux professionnels de santé. La durée est variable selon les groupes d'enseignement (de 3 à 6 ans) [30, 31].

En 2014, ils étaient environ 7885 et pour 96% des kinésithérapeutes [32].

- **Ostéopathe non professionnel de santé ONPS**

Les ostéopathes non professionnels de santé peuvent aussi être appelés « à champs de compétence limité », « exclusifs » ou encore « nini » (sous entendu ni médecin, ni professionnel de santé). Ils sont formés dans des écoles d'ostéopathie, dont le nombre est en constante augmentation. Dans les années 1980, on comptait 10 à 15 écoles, avant qu'une croissance exponentielle depuis 1990 n'aboutisse à une soixantaine d'établissements dans les années 2010 et 76 à ce jour. Chaque école possède son programme et la formation varie de 3 à 6 ans [33].

De 500 ONPS (tous anciens kinés) en 2002, on en dénombre plus de 12250 aujourd'hui, avec un flux annuel excédant 2000 (pour la plupart en post bac ou post PACES) [32].

Une diminution importante du nombre d'étudiants est notée depuis 2 ans car le milieu est saturé. Beaucoup d'ostéopathes ne vivent pas de leur art et donc cessent leur activité alors qu'ils ont des remboursements de prêt étudiant importants compte tenu du tarif élevé des écoles.

ii) Formations hétérogènes : un nouveau décret [21, 34, 35]

Il existe donc une très grande hétérogénéité des formations des ostéopathes. A la fois selon leur cursus préalable, par l'accès à la formation mais également au sein même de ce cursus.

De plus, la qualité de l'enseignement est elle même liée à l'enseignant.

De mesures ont été prises dans un premier temps pour imposer un cursus minimum à l'obtention du titre d'ostéopathe. Selon l'arrêté du 25 mars 2007 [17], l'autorisation d'user du titre d'ostéopathe est délivrée aux personnes ayant suivi une formation d'au moins 2 660 heures ou trois années comportant 1 435 heures d'enseignements théoriques de la physiopathologie, pharmacologie et anatomie et 1 225 heures d'enseignements théoriques et pratiques de l'ostéopathie [31].

Puis, afin de réduire le nombre d'école d'ostéopathie en France et d'augmenter et homogénéiser la qualité de formation des ostéopathes, le décret n° 2014-1043 paru le 12 septembre 2014 précise :

- La procédure conduisant à la délivrance d'un agrément aux établissements de formation souhaitant dispenser une telle formation.

- La composition de la nouvelle commission consultative nationale d'agrément des établissements de formation en ostéopathie.
- Les mesures transitoires en faveur des étudiants ayant effectué une période d'études non sanctionnée par un diplôme au sein d'un établissement de formation en ostéopathie dont l'agrément n'a pas été renouvelé ou a été retiré.

Ces mesures permettront aux étudiants d'obtenir un diplôme reconnu à la suite d'un parcours exigeant, en phase avec les recommandations européennes et internationales (notamment celles de l'Organisation Mondiale de la Santé). Par ailleurs, les écoles d'ostéopathies devront satisfaire 24 nouveaux critères d'agrément d'ici la rentrée 2015 afin de garantir la qualité des diplômes proposés [35].

iii) Existence de flous législatifs et réglementaires

Les flous législatifs et réglementaires qui persistent, ont permis à de nombreuses écoles de voir le jour : 76 pour la rentrée 2014/15. La France détient actuellement le record mondial du nombre d'ostéopathes. [20, 36].

Ces écoles sont toutes privées. Elles sont disparates dans leur enseignement car les textes sont trop flous. Certaines sont en trois ans d'autres en six.

Le rapport IGAS d'avril 2010 sur le dispositif de formation à l'ostéopathie [34] a montré que toutes ces disparités pouvaient mettre la sécurité sanitaire des patients en péril et a conclu à la réécriture de nouveaux décrets de formation qui sont donc en cours d'achèvement.

Les patients, comme les médecins ou internes concernés par cette étude se retrouvent devant une opacité telle, qu'ils méconnaissent la formation de l'ostéopathe qu'ils vont voir ou vont conseiller ou adresser. Cela est extrêmement gênant compte tenu des champs de compétences différents possibles des praticiens.

b) Responsabilité des médecins sans et avec faute, responsabilité pour faute. [18, 37]

i) Responsabilité sans et avec faute

La responsabilité médicale est à la fois extrêmement complexe et compliquée puisqu'elle se situe dans deux domaines : médical et juridique.

En droit, la notion de responsabilité est primordiale. Elle conditionne tous les systèmes juridique, civil, administratif et pénal.

La responsabilité médicale et l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux est aujourd'hui régie par les dispositions de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite "Loi Kouchner" [16].

La responsabilité médicale se traduit par la nécessité cumulative :

- D'une faute
- D'un préjudice causé au patient
- Du lien de causalité entre la faute et le préjudice

Selon la loi du 4 mars 2002, par exception, la responsabilité sans faute est maintenue dans trois cas :

- En raison des produits de santé : la responsabilité pour faute ne s'applique pas en raison d'un défaut d'un produit de santé imputable aux laboratoires pharmaceutiques et aux praticiens (par exemple pour la fourniture d'une prothèse).
- En cas d'infection nosocomiale pour les établissements de santé (en médecine libérale, il faut toutefois rapporter la preuve d'une faute d'asepsie).
- Enfin, concernant les recherches biomédicales**.**

ii) Responsabilité pour faute

Le principe de la responsabilité pour faute a été rappelé par la loi du 4 mars 2002. Il peut s'agir d'une faute médicale ou d'une faute dans l'organisation du service.

La faute médicale se concrétise par exemple :

- par une faute de diagnostic (retard ou défaut de diagnostic en l'absence des examens médicaux nécessaires).
- un défaut d'information, exemple sur un risque médical connu. L'obligation d'information constitue un droit fondamental du patient et un devoir essentiel du médecin.
- une faute dans le choix de la mise en œuvre du traitement.
- un manquement aux données acquises de la science ou des règles de l'art.

La faute dans l'organisation du service peut se traduire par un défaut de surveillance ou un défaut de présence ou de compétence médicale, ou d'insuffisance des moyens fournis par la clinique ou l'hôpital [18].

c) Médecin traitant et ostéopathie, partage des responsabilités.

i) Médecin traitant, acteur central du parcours de soin [38, 39]

Le médecin traitant est choisi librement par le patient, mais le fait de choisir est incité par le plan de réforme de la santé puisqu'il existe des mesures de meilleur remboursement. Il s'agit, la plupart du temps, du médecin que le patient consulte le plus souvent. Il peut être déclaré chez tous les patients à partir de 16 ans.

La seule contrainte est l'acceptation du médecin.

Le médecin traitant doit agir dans l'intérêt médical de son patient. C'est lui qui est chargé d'orienter son patient c'est-à-dire de coordonner les soins de celui-ci. Il peut être responsable partiel des fautes commises lorsqu'il adresse à un confrère, professionnel de santé ou non professionnel de santé.

L'ostéopathie ne rentre pas dans le cadre du parcours de soin. Le patient n'est pas obligé d'avoir une prescription au sens propre du terme pour consulter un ostéopathe comme il pourrait le faire pour de la kinésithérapie. Néanmoins, pour un nourrisson de moins de 6 mois et les manipulations du rachis cervical, le certificat de non contre-indication rédigé par un médecin reste obligatoire [17]. Celui-ci peut être rédigé par un autre médecin que son médecin traitant.

ii) Médecin traitant et ostéopathie [18]

En admettant qu'un patient ait une pathologie qui peut être soulagée ou traitée par le biais de l'ostéopathie. Plusieurs cas de figure peuvent se présenter au patient selon les choix et les formations de son médecin traitant.

A) Le patient consulte directement l'ostéopathe et ne demande pas l'avis de son médecin traitant. => Accès direct. En cas de faute, seul le professionnel de l'ostéopathie est en cause.

B) Le patient demande à son médecin traitant si son problème ne pourrait pas être amélioré par l'ostéopathie. Il est confronté à plusieurs cas de figure :

1. Son médecin traitant pratique l'ostéopathie : il doit être formé par une formation initiale reconnue (DIU ou DU reconnus par le CNOM. Cela suppose qu'il est couvert par une assurance responsabilité civile spécifique. Il peut alors aisément répondre à son patient en évaluant sa pathologie. => En cas de faute, il est le seul responsable.

2. Son médecin traitant pense que sa pathologie pourrait être améliorée par l'ostéopathie après avoir posé son diagnostic et éliminé les contre-indications, mais il ne pratique pas. Cela suppose qu'il connait les indications et contre-indications de l'ostéopathie. Il peut orienter de façon orale ou écrite à différents professionnels de l'ostéopathie.
    - Oralement : => En cas de faute, il partage la responsabilité.
    - Par écrit : sous forme de prescription à un professionnel de santé, sous forme de courrier à un confrère médecin-ostéopathe, sous forme de certificat de non contre-indication à l'ostéopathie pour les manipulations cervicales ou les nourrissons de moins de 6 mois.
      => En cas de faute, il partage la responsabilité au même titre que s'il avait orienté oralement.

3. Son médecin traitant ne connait pas les indications et contre-indications de l'ostéopathie ou les connait mal. Il ne peut pas juger si oui ou non une amélioration est à espérer avec l'ostéopathie.
    (a) Il arrive qu'il se récuse s'il ne croit pas devoir donner son accord, ce qui n'est pas vraiment le cas. Le patient n'aura d'autre choix que de consulter en accès direct. => En cas de faute, retour au A : accès direct.

    (b) Il doit orienter vers un confrère [40] car il se doit de respecter le choix du malade et d'accepter les demandes du malade sauf objection sérieuse. => en cas de faute, retour au 2 : Patient adressé.

Matériel et méthode

1) Question de recherche

Elle fait suite à plusieurs thèses, notamment :

- *Le recours des médecins généralistes à l'ostéopathie : enquête auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée / Cécile Dumoulin-Champetier de Ribes* qui montre que les médecins généralistes orientent bien leurs patients aux ostéopathes mais de façon informelle pour 2 raisons principales : la situation « hors parcours de soins » de l'ostéopathie, et l'inutilité de celle-ci pour eux, liée probablement à leur méconnaissance de l'ostéopathie. [7]

- *Médecine générale et Ostéopathie en Ille et Villaine : enquête transversale auprès d'un échantillon de médecins / Pierre Chassaing* qui étudie les facteurs pouvant influencer le comportement des médecins généralistes face à l'ostéopathie en Ille et Vilaine. L'enquête souligne notamment l'absence quasi exclusive de formation initiale à la « prescription » d'ostéopathie, en opposition avec la fréquence élevée de son recours notamment chez les médecins de moins de 50 ans [6].

2) Objectifs de thèse

a) Objectif principal

- Montrer que le manque de connaissances (le manque d'information sur le sujet) n'est pas le seul frein à la prescription de l'ostéopathie par les internes en médecine générale et par les médecins généralistes libéraux.

b) Objectifs secondaires

- Identifier les freins à la prescription de l'ostéopathie, y compris chez les praticiens qui prescrivent.
- Evaluation de la place d'une information sur le sujet dans la formation professionnelle des médecins.

3) Type d'étude

Pour répondre à notre question, nous avons entrepris de réaliser une enquête afin de connaitre les pratiques actuelles de la prescription de l'ostéopathie, d'évaluer les connaissances générales et juridiques des médecins à ce sujet. Et surtout, le but était d'évaluer les réels freins à la prescription de l'ostéopathie en médecine générale libérale, non seulement chez les médecins non prescripteurs mais également chez les prescripteurs.

a) Choix de la méthode

Afin de recueillir un maximum de réponses pour cet état des lieux, en un minimum de temps et dans un souci d'économie et d'anonymat, nous avons décidé de mener une étude descriptive, quantitative des connaissances et pratiques.

Deux questionnaires différents mais retrouvant des questions analogues pour chaque population ont été réalisés. (Annexes 3 et 6)

L'envoi a eu lieu par mail, accompagné d'un courrier (Annexes 2 et 5). Il indiquait un lien permettant aux internes et médecins généralistes thésés libéraux de remplir directement un questionnaire Google.

La méthode de l'envoi par mail nous a paru plus judicieuse pour recevoir un maximum de réponse sur la France entière, avec un coût restreint.

b) Elaboration du questionnaire

Le questionnaire composé de 26 questions a été créé en fonction des objectifs en trois parties :

- La première relevait les données socio démographiques des 2 populations étudiées ;
- La deuxième interrogeait sur l'utilisation déclarée des 2 populations de l'ostéopathie dans leur pratique.
- Enfin, la troisième testait leurs connaissances et leurs désirs d'information sur le sujet de l'ostéopathie.

Il a été testé à 2 reprises sur un échantillon de médecins généralistes appartenant à la FMC du Sud Deux Sèvres. Cela a permis d'élaguer certaines questions qui n'apportaient rien et d'alléger au maximum le questionnaire. En effet, la rapidité de remplissage du questionnaire était un argument pour encourager les réponses.

c) Population de l'étude, inclusions et exclusions

Le questionnaire a donc été adressé à 2 populations par mail grâce à un intermédiaire :

- ***Population 1*** : les internes en médecine générale de France métropolitaine en 2ème et 3ème années d'internat (y compris ceux inscrits en travail de thèse uniquement). Le choix d'exclure les 1ère années a été fait dans le but d'avoir un maximum d'interne ayant validé ou en cours de validation du stage de premier niveau (réalisé en principe dans les 3 premiers semestres de l'internat). Ainsi, les internes interrogés avaient plus de chance d'avoir eu un contact avec la médecine libérale.

- ***Population 2*** : les médecins généralistes (spécialistes en médecine générale) installés ou remplaçants des régions Poitou Charentes, Centre et Bourgogne en activité libérale ou mixte appartenant aux URPS ML.

Parmi ces populations, ont été exclus : les médecins ou internes pratiquant ou débutant la médecine manuelle –ostéopathie, pour éliminer un biais de recrutement.

d) Envoi du questionnaire

Pour obtenir un envoi par mail aux internes de médecine générale, j'ai dans un premier temps contacté par téléphone la scolarité ou le département de médecine générale de chaque faculté de France. Je leur ai demandé de me procurer une adresse mail du responsable chargé de donner son accord pour une diffusion par mail aux internes de médecine générale des 2ème et 3ème années. Puis, je lui ai transféré ma demande par mail (Annexe 1). Après analyse de celle-ci, chaque faculté a répondu favorablement ou défavorablement à ma requête.

Dans le cas d'une réponse favorable, la faculté transmettait le nombre d'étudiant qui avait reçu le mail.

Quand la réponse était défavorable, j'ai contacté le syndicat étudiant, en leur émettant mon projet.

En cas de nouveau refus, il n'y a pas eu de suite.

L'objectif était d'avoir un maximum de réponses.

Pour obtenir un envoi par mail aux médecins généralistes, nous avons fait appel par la même méthode aux URPS des médecins libéraux de 3 régions. (Annexe 4)

L'objectif était d'avoir un minimum de 300 réponses exploitables et 5% de la population mère, afin de confronter ces résultats à ceux déjà exploités dans les thèses précédentes, notamment celle du Dr Chassaing P. [6].

Il n'y a également pas eu de relance.

4) Recueil des données

a) Modalités de recueil

Les populations interrogées remplissaient le questionnaire par internet sous forme de « questionnaire Google ». Les réponses étaient directement intégrées dans un tableau. Puis, je les ai transférées sur un tableau Excel.

b) Période de recueil

Pour les internes en médecine générale, le recueil a eu lieu du 5 mars 2014 au 5 juillet 2014.

Pour les médecins généralistes libéraux thésés, du 2 avril 2014 au 9 octobre 2014.

c) Outil de recueil

Le recueil par questionnaire Google a été choisi pour 3 raisons :

- garantissait l'anonymat.
- permettait un classement des réponses pour une analyse plus rapide.
- permettait à n'importe quel médecin ayant internet sur un ordinateur ou un Smartphone de remplir le questionnaire.

5) Analyses

a) Les logiciels utilisés

- Outil de saisie des données : grâce à l'utilisation du questionnaire Google la saisie des données était automatique.
- Outils d'analyse des données : Le logiciel Excel associé au logiciel SPSS 13.0, ont été choisis pour l'analyse statistique des données.

b) Analyse statistique

- Analyse descriptive: les données recueillies ont été présentées en chiffre et en pourcentage.

- Utilisation du « Delta P » : Sur les différentes figures présentées dans les résultats, a été calculé le « Delta P ». Il s'agit de la différence entre le pourcentage de prescripteurs dans la catégorie en question et le pourcentage de prescripteurs dans la population totale interrogée.

  Exemple, chez les hommes internes, il y a -1 point d'écart entre le pourcentage de prescripteurs chez les hommes internes (à 58%) et le pourcentage des prescripteurs dans la population générale des internes (59%) soit un Delta P à -1pt. (Exemple tiré de la figure 2). Ce « Delta P » nous permet d'avoir, pour le caractère étudié, un comparatif à la population générale et d'en déduire les freins à la prescription de l'ostéopathie dans la partie discussion.

  On fixera par convention un Delta P inférieur à – 5pt comme significatif.

- Analyse comparative: le test du Chi2 a été utilisé pour comparer les proportions entre les groupes et les pourcentages. Le test était jugé significatif au risque alfa de 5% pour la population des internes et les médecins généralistes libéraux soit $p<0,05$.

c) Analyse des questions ouvertes

Les questions ouvertes ont été classées grâce à une analyse textuelle permettant à travers l'analyse de récurrences formelles retrouvées dans les réponses, d'identifier des groupes de réponses. Les réponses ont donc pu être classées en sous-ensembles homogènes de verbatims.

Les résultats ont ensuite été traités grâce au logiciel Excel, puis analysés.

Résultats

Sur 4701 emails envoyés aux internes, nous avons reçu 898 réponses dont 871 étaient exploitables, soit 18,5% de réponses.

Sur 3555 emails envoyés aux médecins généralistes, nous avons reçu 335 réponses dont 307 étaient exploitables, soit 8,6% de réponses.

1) Résultats des données socio démographiques

Les figures 1A (pour les internes) et 1B (pour les médecins généralistes) illustrent la répartition des prescripteurs d'ostéopathie (ceux qui adressent parfois ou régulièrement), et des non prescripteurs d'ostéopathie (ceux qui n'adressent jamais).

Figure 1A : Adressez vous vos patients à un ostéopathe? Réponses des internes

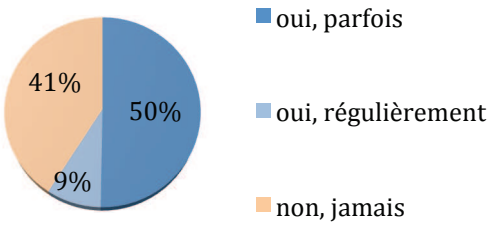
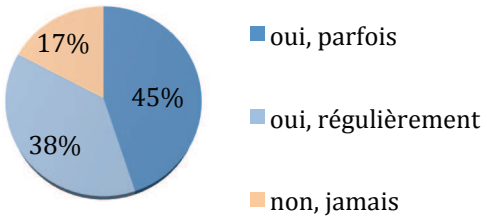


Figure 1B : Adressez vous vos patients à un ostéopathe? Réponses des médecins généralistes



59% des internes étaient prescripteurs d'ostéopathie versus 83% des médecins généralistes.

Les figures 2 et 3 résument la répartition des données sociodémographiques en prescripteurs versus non prescripteurs.

Figure 2 : Tableau de répartition des prescripteurs / non prescripteurs de l'ostéopathie fonction des différents caractères socio-démographiques chez les internes

Internes		Prescripteurs	Non Prescripteurs	Delta P
Sexe				
p = 0,7	Femme	374 (73%)	256 (72%)	=
	Homme	140 (27%)	101 (28%)	-1pt
Age				
	Moins de 35 ans	507 (99%)	355 (99%)	-1pt
p=0,46	Entre 36 et 45 ans	5 (1%)	1 (0%)	+24pt
	46 ans et plus	2 (0%)	1 (0%)	+7pt
Type d'exercice				
p<0,05	Non remplaçant	279 (64%)	359 (82%)	-15pt
	Cabinet pluridisciplinaire	22 (5%)	8 (2%)	+14pt
	Cabinet de groupe	96 (22%)	49 (11%)	+7pt
	Seul	37 (9%)	21 (5%)	+5pt
Lieu d'exercice				
p<0,05	Rural	30 (19%)	9 (12%)	+18pt
	Urbain	50 (32%)	25 (32%)	+8pt
	Semi rural	75 (48%)	44 (56%)	+4pt
Exercice spécifique				
p<0,05	Pas d'exercice spécifique	374 (73%)	287 (80%)	-2pt
	Exercice spécifique	140 (27%)	20 (20%)	+8pt
Région d'exercice				
p<0,05	Alsace	39 (8%)	23 (7%)	+4pt
	Auvergne	26 (5%)	15 (4%)	+4pt
	Basse Normandie	16 (3%)	15 (4%)	-7pt
	Bretagne	14 (3%)	13 (4%)	-7pt
	Centre	22 (4%)	12 (3%)	+6pt
	Franche Comté	23 (5%)	9 (3%)	+13pt
	Ile de France	28 (6%)	36 (10%)	-15pt
	Limousin	14 (3%)	8 (2%)	+5pt
	Midi Pyrénées	58 (12%)	33 (9%)	+5pt
	Nord Pas de Calais	5 (1%)	7 (2%)	-17pt
	Pays de Loire	59 (12%)	55 (16%)	-7pt
	Picardie	18 (4%)	13 (4%)	-1pt
	Poitou Charentes	25 (5%)	15 (4%)	+4pt
	Provence Alpes Côte d'Azur	51 (10%)	28 (8%)	+6pt
	Rhône Alpes	95 (19%)	71 (20%)	-2pt

Figure 3 : Tableau de répartition des prescripteurs / non prescripteurs de l'ostéopathie fonction des différents caractères socio-démographiques chez les médecins généralistes

Médecins généralistes		Prescripteurs	Non Prescripteurs	Delta P
Sexe				
p<0,05	Femme	102 (40%)	8 (15%)	+10pt
	Homme	152 (60%)	45 (85%)	-6pt
Age				
p=0,079	Moins de 35 ans	25 (10%)	4 (8%)	+3pt
	Entre 36 et 45 ans	37 (15%)	2 (4%)	+12pt
	Entre 46 et 55 ans	89 (35%)	17 (32%)	+1pt
	Entre 56 et 65 ans	93 (37%)	25 (47%)	-3pt
	66 ans et plus	10 (4%)	5 (9%)	-17pt
Type d'exercice				
p<0,05	Cabinet pluridisciplinaire	34 (13%)	2 (4%)	+11pt
	Cabinet de groupe	123 (48%)	20 (38%)	+3pt
	Seul	97 (38%)	31 (58%)	-7pt
Lieu d'exercice				
p=0,4	Rural	81 (32%)	17 (32%)	=
	Urbain	75 (30%)	20 (38%)	-4pt
	Semi rural	98 (39%)	16 (30%)	+3pt
Exercice spécifique				
p=0,76	Pas d'exercice spécifique	172 (68%)	37 (70%)	-1pt
	Exercice spécifique	82 (32%)	16 (30%)	+1pt
Temps de travail hebdomadaire				
p<0,05	4 demi-journée ou moins	10 (4%)	4 (8%)	-12pt
	Entre 5 et 8 demi-journées	91 (36%)	9 (17%)	+8pt
	9 demi-journées et plus	153 (60%)	40 (75%)	-4pt
Durée d'exercice en libéral				
p<0,052	Moins de 5 ans	21 (8%)	4 (8%)	+1pt
	Entre 6 et 10 ans	18 (7%)	0 (0%)	+17pt
	Entre 11 et 25 ans	106 (42%)	17 (32%)	+3pt
	26 ans ou plus	109 (43%)	32 (60%)	-6pt
Région d'exercice				
p=0,06	Bourgogne	112 (44%)	20 (38%)	+2pt
	Centre	67 (26%)	16 (30%)	-2pt
	Poitou Charentes	75 (30%)	17 (32%)	-1pt

2) Résultats des pratiques des internes et médecins généralistes libéraux.

Les figures 4 A et B regroupent les exercices à caractère spécifique principaux exercés par les deux populations étudiées, aussi appelées médecine à expertise particulière (MEP), en dehors de l'ostéopathie qui était un critère d'exclusion.

Figure 4A : Exercice à caractère spécifique principal des internes

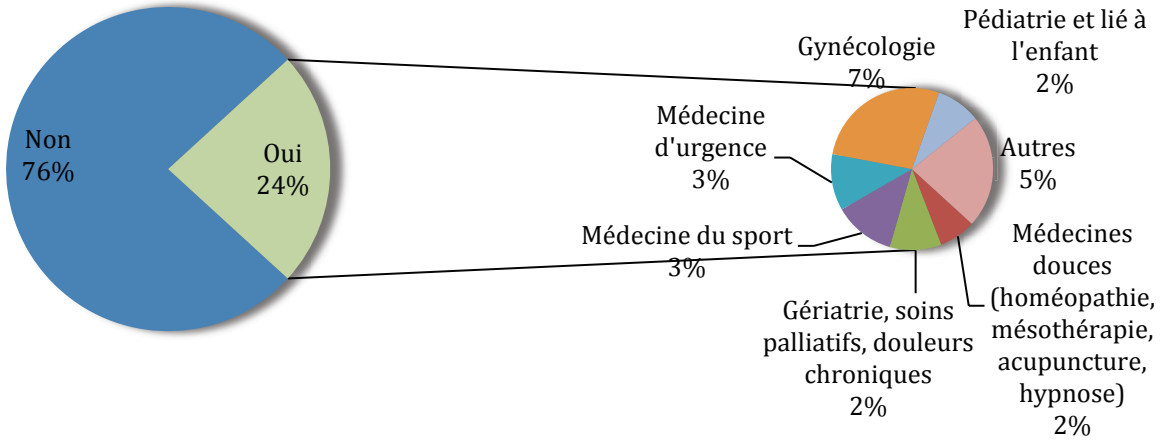
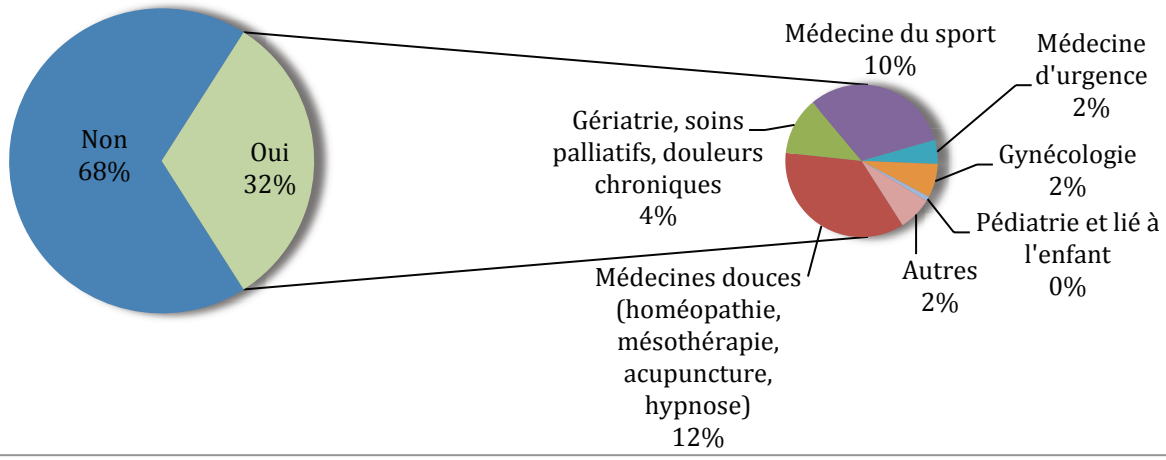
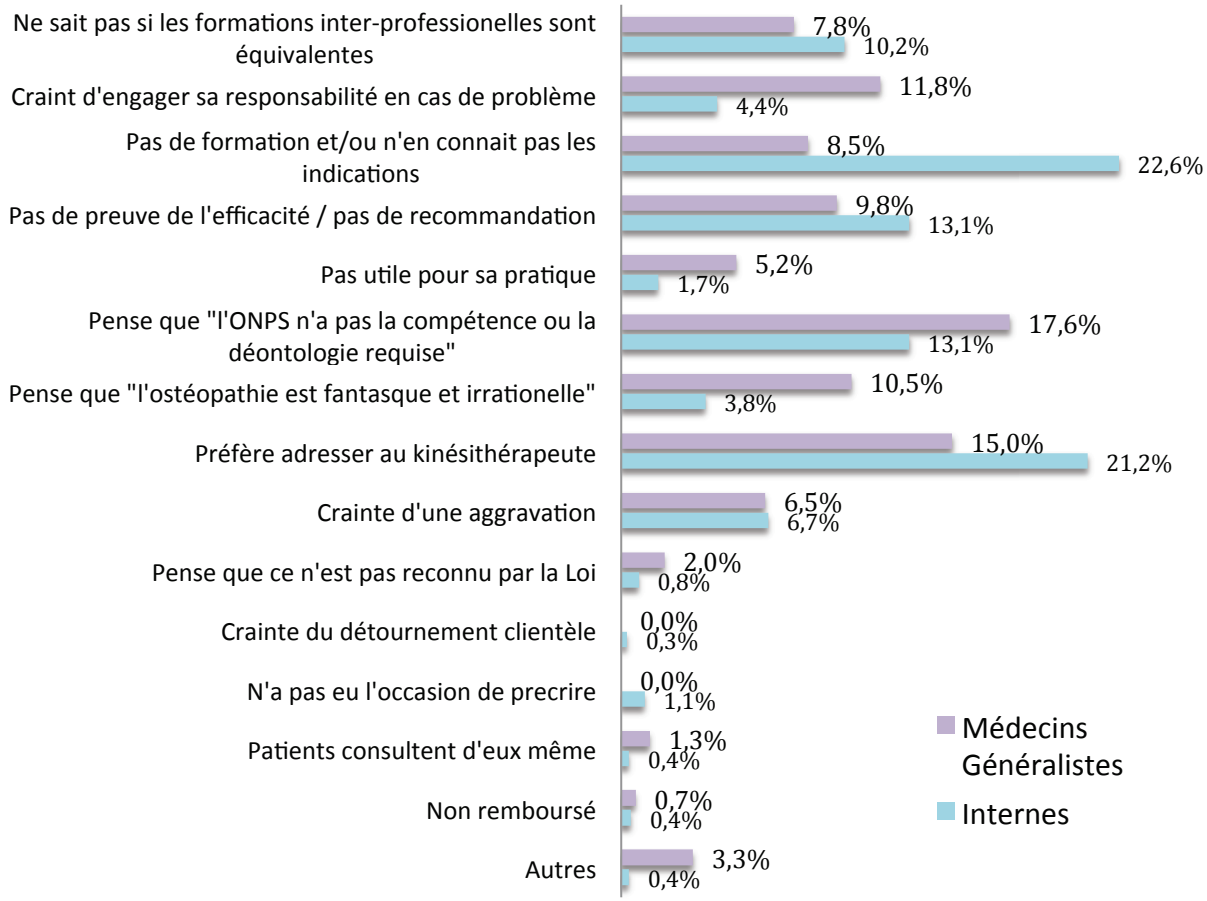


Figure 4B : Exercice à caractère spécifique principal des médecins généralistes



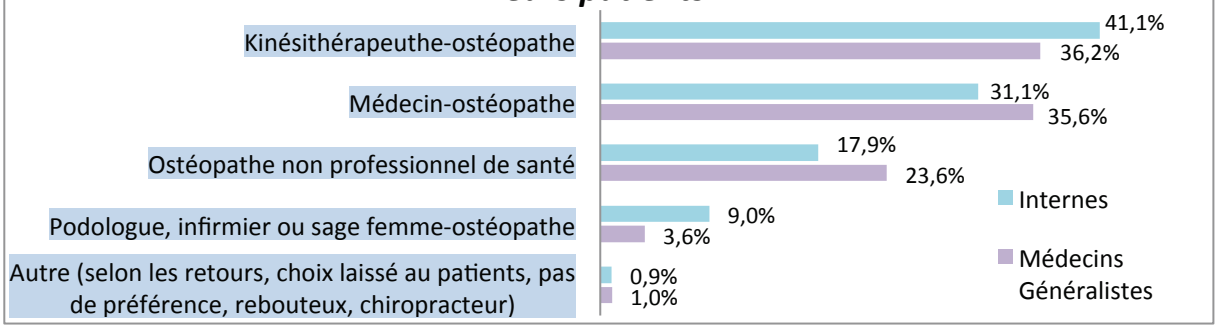
La figure 5 permet de comparer les raisons évoquées de refus de prescription de l'ostéopathie en pourcentage chez les internes et les médecins généralistes. Il s'agissait d'une question ouverte.

Figure 5 : Etat des lieux des raisons du refus d'adresser à un ostéopathe ou autre thérapeuthe manuel chez les internes et les médecins généralistes.



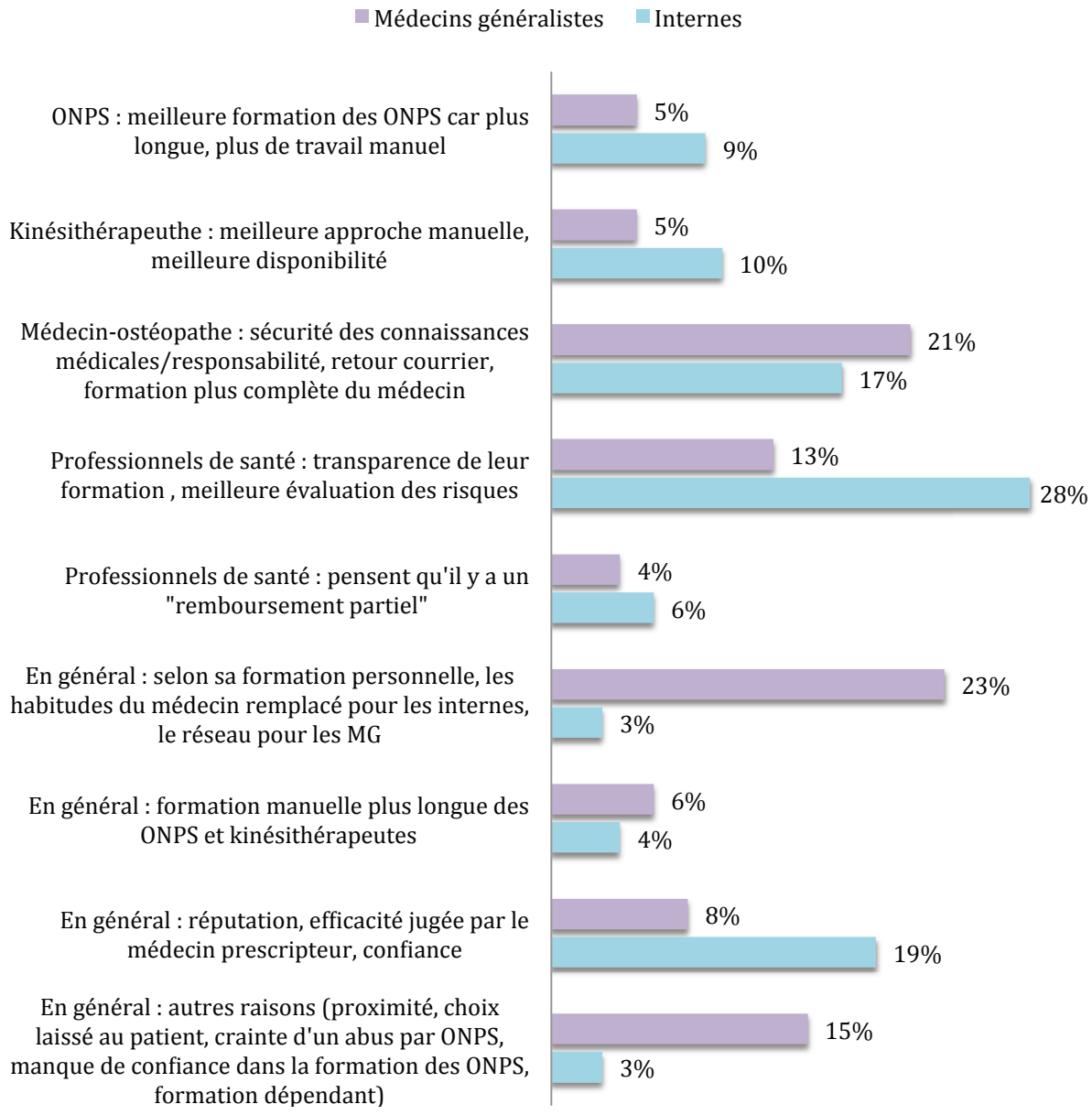
La figure 6 représente les préférences du choix de l'ostéopathe à qui les internes et les médecins généralistes adressaient leurs patients.

Figure 6 : Préférences du choix par les internes et les médecins généralistes de l'ostéopathe à qui ils adressent leurs patients.



La figure 7 compare les raisons du choix du professionnel de l'ostéopathie à qui adresser leurs patients. Il s'agissait d'une question ouverte.

Figure 7 : Raisons du choix par les internes et les médecins généralistes de l'ostéopathe à qui adresser leur patient



3) Résultats des connaissances des internes et médecins généralistes libéraux à propos de l'ostéopathie

Les figures 8 et 9 illustrent les répartitions des réponses des internes en médecine générale et des médecins généralistes libéraux, en fonction de s'ils sont prescripteurs ou non, à 4 questions au sujet de leurs connaissances générales estimées de l'ostéopathie.

72% des internes avouaient ne pas connaître les principes de l'ostéopathie contre 45% des médecins généralistes. Et 78% des internes déclaraient ne pas connaître les indications de l'ostéopathie contre 42% des médecins généralistes.

Ils étaient 91% des internes à ne pas différencier les grands courants de thérapie manuelle : ostéopathie, chiropratique, vertébrothérapie, étiopathie. Et 64% des médecins généralistes avouaient également ne pas faire la différence.

Figure 8 : Tableau de répartition des prescripteurs / non prescripteurs de l'ostéopathie fonction des réponses aux 4 questions de connaissances générales chez les internes

Internes		Prescripteurs	Non Prescripteurs	Delta P
Réponses à « pensez vous connaître les principes de l'ostéopathie ? »				
p<0,05	Oui, je connais	206 (40%)	39 (11%)	+25pt
	Non, je ne connais pas ou peu	308 (60%)	318 (89%)	-10pt
Réponses à « différenciez-vous les différents courants de l'ostéopathie ? »				
p<0,05	oui	59 (11%)	23 (6%)	+13pt
	non	455 (89%)	333 (94%)	-1pt
Réponses à « connaissez vous les indications de l'ostéopathie ? »				
p<0,05	Oui, je les connais	165 (32%)	23 (6%)	+29pt
	Non, je ne les connais pas ou peu	348 (68%)	334 (94%)	-8pt
Réponses à « avez vous des réserves envers l'ostéopathie ? »				
p<0,05	oui	357 (69%)	271 (76%)	-1pt
	non	157 (31%)	86 (24%)	+6pt

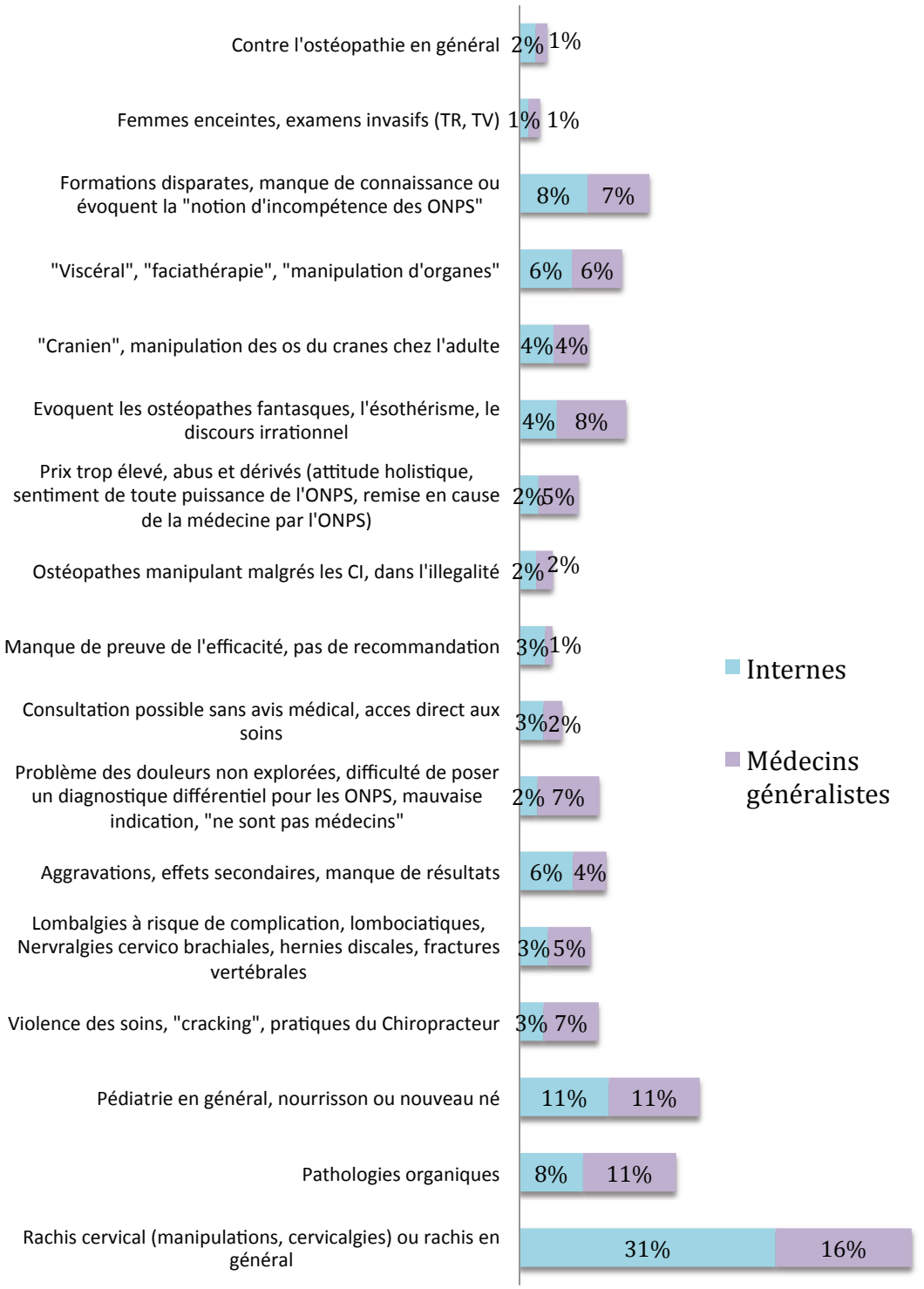
Figure 9 : Tableau de répartition des prescripteurs / non prescripteurs de l'ostéopathie fonction des réponses aux 4 questions de connaissances générales chez les médecins généralistes

Médecins généralistes		Prescripteurs	Non Prescripteurs	Delta P
Réponses à « pensez vous connaître les principes de l'ostéopathie ? »				
p=0,12	Oui, je connais	143 (57%)	22 (42%)	+4pt
	Non, je ne connais pas ou peu	109 (43%)	30 (58%)	-5pt
Réponses à « différenciez-vous les différents courants de l'ostéopathie ? »				
p=0,06	oui	94 (37%)	16 (31%)	+3pt
	non	160 (63%)	36 (69%)	-1pt
Réponses à « connaissez vous les indications de l'ostéopathie ? »				
p<0,05	Oui, je les connais	155 (61%)	21 (41%)	+5pt
	Non, je ne les connais pas ou peu	98 (39%)	30 (59%)	-6pt
Réponses à « avez vous des réserves envers l'ostéopathie ? »				
p<0,05	oui	182 (72%)	45 (88%)	-3pt
	non	72 (28%)	8 (16%)	+7pt

La figure 10 illustre la répartition des motifs de réserve envers l'ostéopathie de nos 2 populations. Il s'agissait d'une question ouverte.

72% des internes contre 74% des médecins généralistes signalaient avoir des réserves à propos de l'ostéopathie.

Figure 10 : Répartition des réserves évoquées sur l'ostéopathie en général, chez les internes et MG



Les figures 11 et 12 illustrent les répartitions des réponses des internes en médecine générale et des médecins généralistes libéraux, fonction s'ils sont prescripteurs ou non, à 4 questions au sujet de leurs connaissances juridiques de l'ostéopathie.

Les réponses aux différentes questions qui ont été posées sont « oui ».

Figure 11 : Tableau de répartition des prescripteurs / non prescripteurs de l'ostéopathie fonction des réponses aux 4 questions de connaissances juridiques chez les internes

Internes		Prescripteurs	Non Prescripteurs	Delta P
Réponses à « Votre responsabilité est elle engagée si vous orientez vers un ostéopathe oralement? »				
p=0,069	Réponse juste	122 (24%)	84 (24%)	=
	Réponse fausse	147 (29%)	101 (28%)	=
	Ne sais pas	245 (48%)	171 (48%)	=
Réponses à « Votre responsabilité est elle engagée si vous orientez vers un ostéopathe par écrit? »				
p<0,05	Réponse juste	311 (61%)	189 (53%)	+3pt
	Réponse fausse	50 (10%)	33 (9%)	+1pt
	Ne sais pas	153 (30%)	133 (37%)	-6pt
Réponses à « Un certificat est il nécessaire à un ONPS pour manipuler le rachis cervical? »				
p<0,05	Réponse juste	79 (15%)	46 (13%)	+4pt
	Réponse fausse	185 (36%)	106 (30%)	+5pt
	Ne sais pas	249 (49%)	202 (57%)	-4pt
Réponses à « Un certificat est il nécessaire à un ONPS pour traiter un nourrisson de moins de 6 mois? »				
p<0,05	Réponse juste	94 (18%)	52 (15%)	+5pt
	Réponse fausse	149 (29%)	83 (23%)	+5pt
	Ne sais pas	270 (53%)	220 (62%)	-4pt

Figure 12 : Tableau de répartition des prescripteurs / non prescripteurs de l'ostéopathie fonction des réponses aux 4 questions de connaissances juridiques chez les médecins généralistes

Médecins généralistes		Prescripteurs	Non Prescripteurs	Delta P
Réponses à « Votre responsabilité est elle engagée si vous orientez vers un ostéopathe oralement? »				
p=0,4	Réponse juste	101 (40%)	27 (51%)	-4pt
	Réponse fausse	44 (18%)	8 (15%)	+2pt
	Ne sais pas	105 (42%)	18 (34%)	+2pt
Réponses à « Votre responsabilité est elle engagée si vous orientez vers un ostéopathe par écrit? »				
p=0,85	Réponse juste	170 (67%)	38 (72%)	-1pt
	Réponse fausse	23 (9%)	4 (8%)	+2pt
	Ne sais pas	59 (23%)	11 (21%)	+1pt
Réponses à « Un certificat est il nécessaire à un ONPS pour manipuler le rachis cervical? »				
p=0,46	Réponse juste	34 (14%)	10 (19%)	-6pt
	Réponse fausse	83 (33%)	14 (26%)	+3pt
	Ne sais pas	132 (53%)	29 (55%)	-1pt
Réponses à « Un certificat est il nécessaire à un ONPS pour traiter un nourrisson de moins de 6 mois? »				
p=0,48	Réponse juste	47 (19%)	8 (15%)	+2pt
	Réponse fausse	65 (26%)	10 (19%)	+4pt
	Ne sais pas	140 (56%)	35 (66%)	-3pt

Les questions sur la responsabilité engagée ont eu un taux de réponses justes respectivement de 42% et 68% pour les médecins généralistes, alors qu'il n'étaient que 23% et 57% a bien répondre chez les internes.

Les questions au sujet de la nécessité des certificats étaient moins bien connues puisque seuls 14% des internes y ont répondu juste versus 17 à 18% des médecins généralistes.

4) Résultats de la recherche de la place d'une (in)formation sur l'ostéopathie : Avis des internes et médecins généralistes libéraux.

Les figures 13 et 14 illustrent les répartitions des réponses des internes en médecine générale et des médecins généralistes libéraux, fonction s'ils sont prescripteurs ou non, à 4 questions au sujet sur leurs souhaits et de la place d'une (in)formation sur l'ostéopathie en général.

Figure 13 : Tableau de répartition des prescripteurs / non prescripteurs de l'ostéopathie fonction des réponses aux 4 questions sur la place d'une (in)formation chez les internes

Internes		Prescripteurs	Non Prescripteurs	Delta P
Réponses à « Pensez vous qu'une information vous permettrait d'orienter vos patients vers un ostéopathe? »				
p<0,05	oui	501 (97%)	311 (87%)	+3pt
	non	13 (3%)	46 (13%)	-37pt
Réponses à « : Si cette (in)formation existait, souhaiteriez vous la suivre? »				
p<0,05	oui	486 (95%)	299 (84%)	-1pt
	non	28 (5%)	58 (16%)	-33pt
Réponses à « Dans le cadre de cette information souhaiteriez vous observer des techniques de MMO? »				
p<0,05	oui	459 (89%)	289 (81%)	-2pt
	non	54 (11%)	66 (19%)	-14pt
Réponses à « Pensez vous que cette information aurait sa place dans la formation universitaire? »				
p<0,05	oui	449 (87%)	262 (73%)	=
	non	65 (13%)	95 (27%)	-18pt
Réponses à « Seriez vous d'accord pour en faire une question d'ENC? »				
p<0,05	oui	231 (46%)	127 (36%)	+2pt
	non	276 (54%)	228 (64%)	-4pt

93% des internes versus 71% des médecins généralistes pensaient qu'une information leur permettrait d'orienter plus facilement leurs patients vers un ostéopathe.

90% des internes versus 55% des médecins généralistes se disaient prêts à avoir une (in)formation.

Et 86% des internes versus 67% des médecins généralistes souhaitaient observer des techniques de MMO au cours de cette formation.

82% des internes versus 78% des médecins généralistes pensaient que cette information aurait sa place dans la formation universitaire.

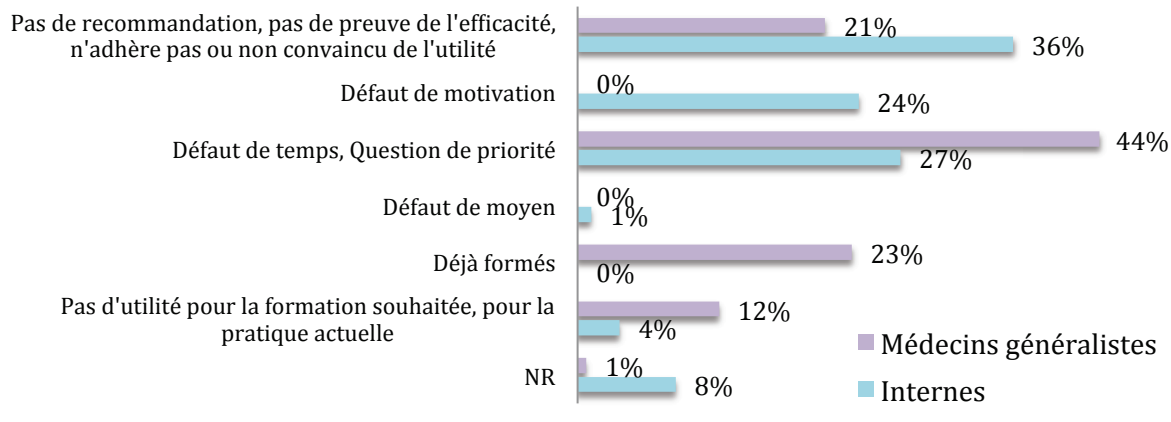
Selon les internes, les risques juridiques encourus par la prescription de l'ostéopathie ne justifiaient pas une apparition de l'ostéopathie aux ECN à 58%.

Figure 14 : Tableau de répartition des prescripteurs / non prescripteurs de l'ostéopathie fonction des réponses aux 4 questions sur la place d'une (in)formation chez les médecins généralistes

Médecins généralistes		Prescripteurs	Non Prescripteurs	Delta P
Réponses à « Pensez vous qu'une information vous permettrait d'orienter vos patients vers un ostéopathe? »				
p<0,05	oui	200 (79%)	19 (36%)	+8pt
	non	54 (21%)	34 (64%)	-22pt
Réponses à « : Si cette (in)formation existait, souhaiteriez vous la suivre? »				
p<0,05	oui	157 (62%)	13 (25%)	+9pt
	non	97 (38%)	40 (75%)	-12pt
Réponses à « Dans le cadre de cette information souhaiteriez vous observer des techniques de MMO? »				
p<0,05	oui	189 (77%)	18 (35%)	+8pt
	non	57 (23%)	34 (65%)	-20pt
Réponses à « Pensez vous que cette information aurait sa place dans la formation universitaire? »				
p<0,05	oui	215 (85%)	26 (49%)	+6pt
	non	39 (15%)	27 (51%)	-24pt

La figure 15 relate les principales raisons de refus de formation par nos 2 populations. Il s'agissait d'une question ouverte.

Figure 15 : Rapport des raisons du refus d'information sur le sujet de l'ostéopathie en général. Comparatif Internes/médecins généralistes



Discussion

1) À propos de la méthode

a) Choix de la méthode

Cette méthode descriptive été choisie afin de récolter l'avis de 2 populations à un instant donné. Le choix d'une méthode quantitative a été fait dans le but de comparer le choix des médecins de 2 populations de taille différentes.

De plus, il s'agit d'une enquête puisque les résultats sont basés sur les pratiques déclarées des médecins.

b) Population étudiée

Pour le groupe des internes en médecine générale, l'échantillon a été restreint par les refus de certaines facultés à transmettre le questionnaire à leurs étudiants, pour différentes raisons (souhait de ne pas transmettre de questionnaire de thèse car trop de sollicitation de ce type, charge de travail trop importante des administrations, choix de ne transmettre que les questionnaires soutenus par le CS ou le CNGE, sujet de thèse qui ne satisfait pas, aucune raison précisée).

Pour le groupe des médecins généralistes, le choix des 3 régions dans lesquelles l'enquête a été distribuée, n'a pas été réalisé de façon aléatoire. En effet, ces régions ont été choisies car ce sont les régions d'origine de 3 médecins ayant apporté leur soutien à ce travail. Il y a donc là un premier biais de recrutement.

De plus, l'objectif global aurait été de comparer les internes de la France entière aux médecins généralistes de la France entière. Mais par défaut de soutien et de temps cela n'a pas été réalisable.

c) Questionnaires

Les questionnaires étaient identiques en dehors de deux questions. Ces questions qui étaient différentes pour chaque population (annexes 3 et 6), permettent d'affiner le comparatif des données.

L'anonymat a été respecté.

Il faut noter qu'il aurait probablement été intéressant de poser les questions de connaissances avec des échelles de fréquence dite de Likert, pour une plus grande précision.

d) Recueil et analyse des données

Il existe plusieurs biais de sélection entre autre par la récolte des données par le questionnaire Google. Bien qu'il y ait peu de médecins de nos jours qui ne possèdent ni Smartphone ni ordinateur, l'accès à internet était un critère de sélection.

Il existe également un biais de recrutement de nos internes en médecine générale. Certains internes ayant répondu au questionnaire n'avaient probablement eu que très peu de contact avec la médecine générale libérale.

L'analyse des données pour une transformation des données semi quantitatives en quantitatives n'a été réalisée que par une personne. Il aurait été intéressant de pouvoir faire classer les réponses sous forme de verbatim par plusieurs personnes différentes pour limiter ce biais.

2) À propos des résultats

a) Résultats des données socio démographiques

La répartition socio démographique de notre échantillon de médecins généralistes est représentative des médecins de France selon les données de l'atlas démographique du CDOM 2014, en ce qui concerne l'âge, le sexe, et le MEP. [41]

- Concernant le sexe :

Contrairement à l'échantillon de médecins généralistes, notre échantillon d'interne retrouve 72% de femme. Ce chiffre est supérieur à ce que l'on attendrait. En effet, selon les données du CDOM, en 2014, 61% des jeunes installés en secteur libéral sont des femmes. Si on extrapole ces données par rapport à celles attendues quand les internes interrogés s'installeront, on pourrait estimer à 67% le taux de femme nouvellement installées en libéral dans cette population en 2021. [41]

Le sexe n'influence pas la prescription de l'ostéopathie chez les internes. Par contre, les hommes prescrivent moins que les femmes chez les médecins généralistes.

Cette différence n'a pu être constatée dans aucune des différentes études précédemment réalisées. Elle peut néanmoins être en lien avec le taux important d'hommes ayant répondu chez les médecins généralistes les plus âgés.

- Concernant l'âge de nos 2 populations et la durée d'exercice en libéral des médecins généralistes :

Chez les médecins généralistes, il existe un phénomène de croissance de prescription avec l'âge, jusqu'à 55 ans, puis à nouveau une décroissance.

Les chiffres sont confirmés par les réponses des internes.

Cette tendance est également confirmée par la durée d'exercice libéral en médecine générale que l'on peut aisément rapprocher de l'expérience de terrain.

Dans cette étude, plusieurs médecins appartenant aux catégories les plus âgées parlent de l'ostéopathie comme d'une « mode », « comme celle des rebouteux de mon enfance ». Ce type de propos dénonce une différence intergénérationnelle de prescription et de gestion de la médecine.

Certaines études notamment en Allemagne réalisée en 2011 [6, 42], confirment cet engouement des plus jeunes générations à propos des médecines alternatives.

Le jeune âge et le plus d'expérience sont en lien avec la non prescription de l'ostéopathie mais pour des raisons différentes sur lesquelles nous nous attarderons plus loin.

- Concernant le type d'exercice :

Les résultats indiquent que les internes qui ne font pas de remplacement adressent moins leurs patients à un ostéopathe. Le fait de ne pas faire de remplacement chez les internes est donc naturellement un frein à la prescription de l'ostéopathie.

L'exercice en cabinet pluridisciplinaire semble nettement favoriser sa prescription (74% pour les internes versus 78% pour les médecins généralistes). Pourtant, loi n'autorise pas les ostéopathes non professionnels de santé à s'installer dans des maisons pluridisciplinaires [43].

A l'inverse, l'exercice seul en cabinet semble être un frein pour les médecins généralistes : il n'y a que 76% des médecins généralistes exerçant seuls qui sont prescripteurs versus 83% dans la population générale. Cela peut s'expliquer par le fait que les cabinets de groupe sont le choix privilégié des jeunes médecins [41, 44], corrélé au fait que les jeunes médecins prescrivent d'avantage l'ostéopathie [6].

- Concernant le lieu d'exercice :

L'exercice rural semble favoriser la prescription de l'ostéopathie chez les internes avec 63%. Mais si l'on rapport les pourcentages à la population prescriptrice par rapport à celle des internes remplaçant, il n'y a pas de réelle influence.

Pour les médecins généralistes, c'est l'exercice en urbain que semble freiner la prescription. Néanmoins, la validité est remise en question car le résultat des médecins généralistes n'est pas significatif ($p>0,05$).

- Concernant le temps de travail des médecins généralistes :

On peut constater que la prescription de l'ostéopathie est différente chez les médecins ayant une importante activité de ceux en ayant une plus faible. L'exercice à mi temps est un frein à la prescription de l'ostéopathie.

- Concernant la répartition régionale :

Les résultats des médecins généralistes ne retrouvent pas d'influence régionale à la prescription.

Concernant la répartition des internes prescripteurs, certaines régions d'exercice semblent favoriser la prescription de l'ostéopathie, telle la Franche-Comté avec plus de 72% de médecins prescripteurs. Pour autant, il n'y a pas d'enseignement sur l'ostéopathie dans cette faculté. Mais le président du syndicat des internes de la faculté de Besançon m'a fait remarqué que les médecins généralistes formateurs prescrivaient eux même beaucoup. Il aurait bien évidemment été intéressant d'interroger les médecins généralistes de cette région pour évaluer s'ils prescrivent effectivement d'avantage. A contrario, certaines régions y sont

plus réfractaires comme l'Ile de France, le Nord Pas de Calais, la Basse Normandie, la Bretagne ou le Pays de Loire.

Malheureusement nous n'avons pu interroger les 2 régions proposant des informations sur l'ostéopathie qui sont l'Aquitaine et la Bourgogne. Et, il aurait été judicieux de demander la région d'origine et de la comparer à la région d'exercice, afin d'établir une corrélation entre la formation et la pratique.

- Concernant le MEP :

24% des internes possèdent ou sont en cours d'acquisition d'une spécialisation contre 32% chez les médecins généralistes. Ces chiffres sont un peu plus élevés que ceux constatés en national (25%) [41]. Néanmoins, les régions interrogées sont parmi celles ayant le plus de médecins à MEP. (Bourgogne 31%, Poitou Charentes 30%, Centre 28,7%). Ce qui peut expliquer ces résultats élevés.

Les spécialisations les plus présentes chez les internes sont la gynécologie (7%), la médecine d'urgence (3%) et la médecine du sport (3%).
Chez les médecins généralistes, on retrouve plus facilement les médecines douces (12%), la médecine du sport (10%), et les groupe gériatrie/soins palliatifs/douleurs (4%).

Ces résultats sont en adéquation à la fois avec les résultats du CNOM de la population générale des médecins français, mais également avec la féminisation des médecins matérialisée par les résultats de nos internes [41].

b) Résultats des pratiques des internes et médecins généralistes libéraux.

- Prescription de l'ostéopathie

Notre étude retrouve que 83% des médecins généralistes versus 59% des internes adressent leurs patients. On note que les médecins généralistes prescrivent plus régulièrement que les internes. Concernant les médecins généralistes, ce chiffre est comparable aux précédentes études 72 à 89% pour des études réalisées en 2010 [8] et 2012 [6, 7].
Ces chiffres restent variables selon que l'on considère le fait d'adresser à un ONPS, à un médecin-ostéopathe ou à un professionnel de l'ostéopathie tout venant, comme c'est le cas dans notre étude.

Néanmoins, il apparaît que l'utilisation de l'ostéopathie, comme des médecines alternatives ne fait qu'augmenter ces dernières années. En 2005, une étude allemande retrouvait que 51 % des médecins sont favorables à l'utilisation des médecines alternatives et complémentaires au premier rang desquelles figurent les thérapies manuelles [42]. La dernière étude réalisée en 2012 retrouvait 89% [6].

Le remboursement des actes d'ostéopathie par les mutuelles sont de plus en plus fréquent, ce qui permet aux patients d'avoir un remboursement partiel car l'ostéopathie n'est pas pris en charge par la sécurité sociale [25]. Ce remboursement peut être un facteur favorisant de la prescription.

- Raisons de refus de prescription.

Chez les internes, les principales raisons du refus de prescription exprimées sont très majoritairement leur absence de formation sur le sujet (22,6%).

Chez les médecins généralistes, les majorités sont plus nuancées. Mais, la raison majoritairement évoquée est leur impression que les ostéopathes non professionnels de santé sont peu scrupuleux ou compétents (17,6%).

On peut constater que nos 2 populations préfèrent naturellement adresser leurs patients à un kinésithérapeute. En effet, à la différence de l'ostéopathie, l'acte de kinésithérapie est réglementé, remboursé par la sécurité sociale et à responsabilité partagée [30].

Il est étonnant que dans le modèle de réflexion médicale actuel, basé sur l'EBM, les principales raisons du refus de prescription ne soit pas en premier lieu le manque de preuves scientifiques de cette discipline [10]. Pourtant, les médecins n'ayant pas de preuves scientifiques suffisantes sur lesquelles se fonder, développent des réseaux formés de personnes de confiance pour y pallier. C'est pourquoi dans l'étude ressort chez les médecins généralistes une forte prescription basée sur la connaissance personnelle de l'ostéopathe à qui ils adressent, à qui ils font confiance. Le réseau qu'ils créent auquel ils participent est le plus efficace des réseaux de santé [45].

On retrouve de façon assez marquée également, la crainte de l'inéquivalence des formations interprofessionnelles (10,2% chez les internes versus 7,8% chez les médecins généralistes), le manque de preuve scientifique ou d'efficacité (13,1% vs 9,8%) et la crainte d'engager leur responsabilité lors de la prescription (4,4% vs 11,8%.)

On retrouve les mêmes craintes de prescription à des ONPS dans une étude faite en 2010 à des degrés différents [8].

Par contre, contrairement à l'étude de 2012 [5], le remboursement apparaît peu dans les causes de non prescription. Ce changement peut s'expliquer par la généralisation du remboursement de l'ostéopathie par les mutuelles [25].

- Choix du professionnel de l'ostéopathie à qui orienter et pourquoi.

Le choix du professionnel de l'ostéopathie qui ressort en premier lieux reste dans les deux populations le kinésithérapeute-ostéopathe à 41% chez les internes versus 36,2% chez les médecins généralistes. Puis vient en seconde position le médecin-ostéopathe à 31,1% versus 35,6%.

Les internes orientent en premier lieu aux professionnels de santé pour la transparence de leur formation, et leur meilleure évaluation des risques (28%). En second plan, l'interne prescrira selon la réputation, et l'efficacité (19%), et privilégiera le médecin-ostéopathe pour la sécurité et la transparence de formation (17%).

Les médecins ont des priorités différentes : ils privilégient leur connaissance à titre personnelle de l'ostéopathe afin de juger par eux même, sans pour autant privilégier une catégorie d'ostéopathe (23%). La notion d'appartenance à son propre réseau du professionnel de l'ostéopathie est prépondérante dans son choix pour l'orientation des patients. Mais la sécurité des connaissances médicales du médecin-ostéopathe reste le deuxième choix, et presque à la même hauteur (21%).

En définitive, les priorités de nos prescripteurs restent la sécurité de leurs patients. Que ce soit par sa propre expérience (son propre réseau) ou pour la confiance dans la formation de l'ostéopathe, la prescription de l'ostéopathie reste affaire de sécurité pour le patient et pour le médecin qui la prescrit.

Ces résultats doivent être relativisés. On sait bien que la méconnaissance de l'ostéopathie, la crainte des complications, le retranchement vers des professionnels de santé reconnus sont liés à l'absence de validations scientifiques solides [10].

c) Résultats des connaissances des internes et médecins généralistes libéraux

- Concernant les connaissances générales sur l'ostéopathie:

De façon évidente, les connaissances sur l'ostéopathie, sont meilleures chez les prescripteurs que chez les non prescripteurs.

La question posée sur les connaissances des indications est la plus représentative puis que plus de 83% de ceux qui les connaissent chez les internes prescrivent (contre 42% pour ceux qui ne connaissent pas). Chez les médecins généralistes, les chiffres sont respectivement de 60% versus 39%.

En définitive, ils sont 78% des internes et 42% des médecins généralistes à méconnaître les indications de l'ostéopathie alors qu'ils sont respectivement 41 % et 14% seulement à refuser de la prescrire. Ces chiffres sont sensiblement les mêmes sur une étude réalisée en 2008 sur Paris [9].

Dans notre étude, on remarque que les connaissances déclarées des médecins généralistes sont meilleures que celles des internes au sujet de l'ostéopathie.

Pourtant, ils présentent autant de réserves à l'égard des ce domaine : 72% pour les internes versus 74% pour les médecins généralistes.

On peut donc déduire que même si le principal frein à la prescription peut être le manque de connaissances, il est loin d'être le seul.

- Réserves envers l'ostéopathie

Comparativement les internes et les médecins généralistes présentent autant de réserves envers l'ostéopathie en général mais celles-ci se retrouvent dans des domaines différents. Néanmoins les principales à ressortir sont :

- L'utilisation de l'ostéopathie sur le rachis particulièrement cervical (31% versus 16 %)
- L'utilisation de l'ostéopathie sur l'enfant (y compris nourrisson et nouveau né) (11 %)
- L'utilisation de l'ostéopathie pour les pathologies organiques (11 %)
- Esotérisme et discours irrationnels de certains ostéopathes (4 versus 8 %)
- Problèmes des formations hétérogènes des ostéopathes (8 versus 7%).

Ces données recoupent celles évoquées précédemment avec la crainte d'une aggravation lors de la prescription de l'ostéopathie, la crainte de partager une responsabilité en cas de problème, ainsi que le manque de confiance en certains ostéopathes, qu'il soit du à une formation hétérogène ou un discours incohérent, les rendant moins crédibles.

Etonnamment, le fait d'avoir des réserves envers l'ostéopathie n'est pas un frein significatif à sa prescription.

On sait que les accidents lors de manipulations rachidiennes et particulièrement cervicales sont très rares : 1/2 000 000. Moins qu'on ne peut le penser [46]. De plus leur gravité est inversement proportionnelle à leur rareté.

- Concernant les connaissances juridiques sur l'ostéopathie:

Actuellement, la pratique de l'ostéopathie est encadrée : certaines manipulations sont interdites (touchers pelviens) et d'autres manipulations (les manipulations chez le nourrisson de moins de 6 mois et les manipulations du rachis cervical) ne sont réalisables qu'après un diagnostic médical attestant de l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie par un certificat [17]. Malgré cela, il n'y a pas de recommandation de la Haute Autorité de Santé de bonnes pratiques applicables, selon ses règles de validation.

Grace à notre étude, on peut constater que d'un point de vue juridique, les connaissances des médecins généralistes sont meilleures que celles des internes, exceptées au sujet des certificats nécessaires à certaines pratiques de l'ostéopathie où elles sont similaires. 86% des internes et médecins généralistes ignorent la nécessité d'un certificat à un ONPS pour manipuler le rachis cervical. 83% des internes versus 82% des médecins généralistes ignorent celui nécessaire pour la prise en charge du nourrisson de moins de 6 mois. Ces chiffres sont relativement les mêmes que l'étude nationale réalisée en 2012 [8].

En ce qui concerne les questions juridiques de responsabilité et de nécessité d'un certificat de non contre-indication pour certaines manipulations, on notera qu'il n'y a pas de corrélation significative entre la prescription et les connaissances juridiques chez les médecins généralistes. Mais, la significativité des résultats n'est pas suffisante.

La responsabilité du prescripteur peut lui être imputée en cas de faute de l'exécutant. On pourrait supposer que la crainte de la faute soit un frein la prescription d'ostéopathie.

Aux vues des résultats ci dessus, on peut donc conclure que chez les internes la méconnaissance reconnue du risque encourus par leur prescription de l'ostéopathie est un frein significatif à celle-ci.

La plupart de médecins ne sont pas conscients des risques encourus lors de leurs prescription par méconnaissance entre autre des certificats de non contre-indications pour les cervicales (les accidents graves sont pour la majorité apparus au cours des manipulations des cervicales) et de leur implication pénale en cas de problème s'ils ont adressé à un ostéopathe.

Ainsi, par méconnaissance, les médecins n'ont pas de crainte qu'ils soient prescripteurs ou non.

d) Résultats de la recherche de la place d'une information sur l'ostéopathie : Avis des internes et médecins généralistes libéraux.

Les résultats de la question de la nécessité d'une formation pour permettre d'orienter plus facilement leur patient vers l'ostéopathie, tendent vers un « oui » généralisé (93% des internes versus 71% des MG).

Les deux groupes veulent majoritairement suivre une formation sur l'ostéopathie avec un plébiscite pour les internes (90%).
La différence essentielle entre les internes et les médecins généralistes est le manque de temps pour les médecins généralistes. Cela confirme l'étude menée en 2012, retrouvant comme principaux freins à la formation, le manque de temps lié à une trop grosse charge de travail, le manque d'accessibilité à la formation, le manque de structuration de celle-ci [47].

Une étude observationnelle des pratiques en médecine générale en 2005 montre que les médecins généralistes ont besoin de formations orientées vers leurs pratiques habituelles, courantes, en particuliers dans les domaines de la santé publique, le handicap ou l'obésité [48].
Il aurait été judicieux de poser aussi comme question « Faites-vous de la formation continue, en dehors du DPC obligatoire ? », afin de voir si le refus de formation pour le médecin généraliste est dû à l'ostéopathie elle-même ou au manque de temps global qui fait qu'il a peu de temps à consacrer à la formation continue.

Malgré tout, plusieurs médecins généralistes suggèrent dans l'enquête la réalisation d'un prospectus qui pourrait récapituler les indications et contre-indications de l'ostéopathie. Certains pensent qu'une « notice de l'ostéopathie » leur serait bénéfique pour guider leurs patients, particulièrement par manque de temps à une formation complète. Les médecins généralistes ne semblent pas ignorer que l'ostéopathie se développe en France comme dans tous les pays de l'Europe et les Etats Unis. De nombreuses études font référence au souhait des médecins généralistes d'être formés sur les médecines complémentaires dont l'ostéopathie [49, 50, 51, 52] notamment devant l'engouement des patients envers cette technique de soin.

Malheureusement, la presse médicale ne s'intéresse pas au traitement ostéopathique en lui-même ou à sa prescription. De très rares articles sont parus dans « Prescrire » ou « Le quotidien du médecin ». La presse médicale traite essentiellement des conditions d'exercice en insistant sur le manque de preuves scientifiques et sur le risque [53]. Or, il a été montré que la presse médicale est le principal outil de formation des médecins généralistes [54]. La participation de la presse médicale pour proposer un guide de la prescription de l'ostéopathie « les principes, indications et contre-indications de l'ostéopathie et comment s'en servir » serait probablement le meilleur compromis à proposer pour aider les médecins généralistes le souhaitant.

On constatera aussi que nos 2 populations interrogées semblent d'accord que la place de cette formation se trouverait dans le cadre universitaire.

Conclusion

De nos jours, l'ostéopathie semble s'imposer dans l'arsenal thérapeutique du médecin généraliste libéral. Elle présente un engouement de plus en plus important auprès du grand public, mais aussi auprès de la population médicale. Même si des preuves scientifiques sont toujours en attente, il semble que l'expérience positive des médecins influence la participation de l'ostéopathie dans la prise en charge des malades [6].

Parmi les freins identifiables à sa prescription, nous avons pu retrouver le manque de formation des médecins, plus particulièrement chez les internes en médecine générale. De plus, la reconnaissance d'une méconnaissance juridique au sujet de l'ostéopathie ressort également chez les internes comme frein à sa prescription.

Mais chez les médecins généralistes thésés libéraux, les raisons de la non prescription sont plus compliquées à juger. Pour pallier au manque de preuves scientifiques généralisables sur le sujet [10], il semble qu'ils créent un réseau dans lequel des professionnels de l'ostéopathie peuvent trouver leur place et en qui ils ont confiance. Cette notion revient souvent, particulièrement dans la prescription.

Les causes du manque de confiance en l'ostéopathie s'avèrent être les disparités des formations des ostéopathes, et les abus de certains d'entre eux (abus de langage ou abus pécuniaire).

L'évaluation de la place d'une (in)formation sur l'ostéopathie s'avère être universitaire et le souhait des internes en médecine générale est largement majoritaire. 90% des internes interrogés souhaiteraient avoir une (in)formation sur le sujet.

L'utilisation croissante de l'ostéopathie ne semble pas terminée. L'avenir nous dira s'il s'agit d'un véritable engouement envers l'ostéopathie, ou d'un bénéfice réel à la médecine moderne. Comme a pu citer un des médecins généralistes interrogés lors de cette enquête « il n'y a pas plusieurs médecines, il n'y en a qu'une : celle qui soigne ».

Bibliographie

[1] Le Sauder C. Premier colloque des médecines à expertise sous l'égide du Conseil National Professionnel des médecins à expertise particulière (CNP MEP) à l'Assemblée Nationale. Juin 2013. [En ligne]. Disponible sur http://www.osteos.net/admin/adminPHP/UserFiles/File/2013/1er_Colloque_MEP_2013.pdf?PHPSESSID=c437808fb82e7ab748a18b54401e7761 (Consulté en octobre 2014).

[2] Mondoloni G. Histoire de la médecine manuelle et de l'ostéopathie [En ligne]. Disponible sur http://www.osteopathiemed.org/his.htm (Consulté en octobre 2014).

[3] Dardel R. Médecine manuelle, médecine orthopédique 11/2008 [En ligne]. Disponible sur http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/atelier_mpr/081118_Medecine_manuelle.pdf (Consulté en octobre 2014).

[4] Andrew Taylor Still. Le fondateur de l'ostéopathie. Autobiographie Traduction Pierre Tricot. Edition Sully Eds. Paru en février 2013, 370 pages.

[5] F Le Corre et S Toffaloni. L'ostéopathie. 3eme Edition. Collection Que sais-je, Ed presse universitaire de France. Paru en octobre 2013,127 pages.

[6] Chassaing P. Médecine générale et ostéopathie en Ille et Vilaine : enquête transversale auprès d'un échantillon de médecins. Thèse de doctorat en médecine. Rennes : université de Rennes, 2012.

[7] Dumoulin-Champetier de Ribes C. Recours des médecins généralistes à l'ostéopathie : enquête auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée. Thèse de doctorat en médecine. Nantes : université de Nantes, 2012 [En ligne] Disponible sur http://www.sudoc.fr/164657142 (Consulté en septembre 2013).

[8] Mingam S. La médecine manuelle ostéopathie en France : enquête sur les opinion, les pratiques, les connaissances et les interactions entre les différents intervenants. Thèse de doctorat en médecine. Paris : université de Paris Descartes, 2010.

[9] De Laroullière L. L'ostéopathie - Ce que savent les médecins - Enquête auprès de 112 médecins généralistes de Paris, CEESO 2008.

[10] Rapport Inserm avril 2012 Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie [En ligne]. Disponible sur http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/rapports-publies (Consulté en septembre 2013).

[11] Groupe de travail de la commission XV. Rapport de l'académie nationale de médecine. Les thérapies complémentaires et leur place parmi les ressources de soin. Mars 2013. [En ligne]. Disponible sur http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/07/4.rapport-Thérapies-complémentaires1.pdf (Consulté en septembre 2014).

[12] Wainsten J-P. Le Larousse médical. 4eme de couverture. Paris, Larousse, France, paru en février 2012, 1264 pages.

[13] Rapport Inserm juin 2011 Evaluation de l'efficacité de la pratique de la chiropratique. [En ligne]. Disponible sur http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/rapports-publies (Consulté en septembre 2013).

[14] Site de la SOFEC Société Scientifique dédiée à la Chiropraxie, aux thérapies manuelles et aux traitements conservateurs de la colonne vertébrale et des articulations périphériques. [En ligne]. Disponible sur http://vertebre.com (Consulté en octobre 2014).

[15] Histoire de l'étiopathie. Institut Français d'étiopathie [En ligne]. Disponible sur http://www.etiopathie.com/histoire_de_l_etiopathie.php (Consulté en octobre 2014).

[16] Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. [En ligne]. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015 (page consultée en février 2014).

[17] Décret 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et conditions d'exercice de l'ostéopathie [En ligne]. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015 (page consultée en février 2014).

[18] Doukhan J. C. Le Sauder C. L'ostéopathie : une spécificité médicale mars 2008. [En ligne]. Disponible sur http://www.medecin-osteopathe.org/articles2012/medec2008.htm (page consultée en mars 2014).

[19] L'ostéopathie en quelques mots. Site des médecins ostéopathes de France [En ligne]. Disponible sur http://www.osteos.net/p01.php (Consulté en octobre 2014).

[20] L'ostéopathie dans le monde. Site de l'Association des Ostéopathes du Sport [En ligne]. Disponible sur http://aiosteo.fr/osteopathie-dans-le-monde (Consulté en octobre 2014).

[21] Décret 2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissement de formation [En ligne]. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000644998 (page consultée en février 2014).

[22] Loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures: Article 53 : Extension du dispositif de reconnaissance du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur. [En ligne]. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020604162 (page consultée en février 2014).

[23] Debré B. and al. Proposition de loi portant diverses dispositions relatives à l'ostéopathie et a la chiropraxie, [En ligne]. Disponible sur http://www.assemblee-nationale.fr/13/propositions/pion3752.asp (page consultée en mars 2014).

[24] Debré B. and al. Proposition de loi portant sur la création d'un haut conseil de l'ostéopathie et de la chiropraxie, [En ligne]. Disponible sur http://www.assemblee-nationale.fr/13/propositions/pion2366.asp (page consultée en mars 2014).

[25] Les mutuelles qui remboursent l'ostéopathie. Site du Registre des Ostéopathes de France [En ligne]. Disponible sur http://www.osteopathie.org/mutuelles.html (Consulté en octobre 2014).

[26]. Korvin G. Lettre d'information de juin 2013 du Syndicat de médecine physique et réadaptation. Les démarches pour valoriser le secteur libéral. [En ligne]. Disponible sur http://www.technimediaservices.fr/newsletter/archives/syfmer/docs/syfmer_juin2013.pdf (Consulté en octobre 2014).

[27] CCAM classification commune des actes médicaux. Site Amelie [En ligne]. Disponible sur http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abregee.php?code=LHRP001 (Consulté en octobre 2014).

[28] Article 54 de la loi n°2007-1786 du 18 décembre 2007 de facturation des honoraires. [En ligne]. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=FDDC3CEEACD08343D6BAEE462EAEE685.tpdjo04v_3?idArticle=LEGIARTI000025554993&cidTexte=JORFTEXT000024803740&categorieLien=id&dateTexte=20121207 (page consultée en octobre 2014).

[29]Le Sauder C. Entretien du 19 mai 2010 avec Monsieur le Docteur Rémy Bataillon, Ministère de la Santé, au sujet des médecins ostéopathes. Mai 2010.

[30] Référentiel du masseur-kinésithérapeute (MK) et masseur-kinésithérapeute ostéopathe (MKO) Version du 16 octobre 2012 [En ligne]. Disponible sur http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2012/11/referentiel_MK_MKO_16_10_12-OK.pdf (page consultée en septembre 2014).

[31] Liste des établissements de formation pour les professionnels de santé. Version 2014. [En ligne]. Disponible sur http://www.osteopathie.org/etablissement.html (page consultée en septembre 2014).

[32] La démographie des ostéopathes de France. Site du Registre des Ostéopathes de France [En ligne]. Disponible sur http://www.osteopathie.org/demographie.html (Consulté en octobre 2014).

[33] Comparatif 2014 des écoles d'ostéopathie de l'étudiant.fr [En ligne]. Disponible sur www.osteopathe-syndicat.fr (page consultée en septembre 2014).

[34] Duraffour M., Vernerey M. Le dispositif de formation de l'ostéopathie : Rapport d'avril 2010. [En ligne]. Disponible sur http://www.cnesoa.com/wp-content/uploads/2014/02/Rapport-IGAS.pdf (Consulté en septembre 2014).

[35] Décret 2014-1043 du 12 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie. [En ligne]. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029449275 (page consultée en septembre 2014).

[36] Rey Lefebvre I. Trop d'écoles, trop de professionnels, l'ostéopathie fait figure d'exception française. Le Monde, 11 octobre 2013. [En ligne]. Disponible sur http://www.lemonde.fr/sante/article/2013/10/11/trop-d-ecoles-trop-de-professionnels-l-osteopathie-fait-figure-d-exception-francaise_3492520_1651302.html (page consultée en septembre 2014).

[37] Maître DELETRE N. Le principe de responsabilité médicale pour faute. Mars 2012 [En ligne]. Disponible sur http://www.jdp-avocats.com/le-principe-de-la-responsabilite-medicale-pour-faute/ (page consultée en août 2014).

[38] Dossier « Comment choisir son médecin traitant » Mise à jour en juillet 2014 [En ligne]. Disponible sur http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-etre-rembourse/le-parcours-de-soins-coordonnes/choisir-et-declarer-votre-medecin-traitant.php (consultée le 12 septembre 2014).

[39] Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et arrêté du 3 février 2005 relatif au plan de reforme de santé pour le choix du médecin traitant. [En ligne]. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-2.pdf (page consultée en septembre 2014).

[40] Décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale - Article 60 du code de santé publique [En ligne]. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=FEABB2B3AA9A145A1FE68BC2247368EF.tpdjo14v_3?cidTexte=JORFTEXT000000555170&categorieLien=id (page consultée en septembre 2014).

[41] Démographie médicale du conseil de l'ordre des médecins 2014. [En ligne]. Disponible sur http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf (page consultée en septembre 2014).

[42] Joos S, Musselmann B, Szecsenyi J and al. Characteristics and job satisfaction of general practitioners using complementary and alternative medicine in Germany - is there a pattern? BMC complement Altern Med 12/2011 ; 11 : 131.

[43] Simon F. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins en décembre 2008 et mis à jour en octobre 2012 sur les maisons de santé interprofessionnelles et déontologie médicale [En ligne]. Disponible sur http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/maisons_de_sante_pluriprofessionnelles2012.pdf (Consulté en octobre 2014).

[44] Mathonnat M. D, Filloux I, Tanguy G. and al. Qualité de vie des femmes médecins généralistes en Auvergne. 10/2013 ; 42(10):377-384.

[45] Stampa M, Vedel I, Henrard JC, and all. Participation des médecins généralistes dans les réseaux de santé : expériences en Amérique du Nord. Rev Epidemiol Sante Publique. 12/2007; 55(6):401.

[46] Dupeyron A, Vautravers Ph, Lecocq J. and all. Complications following vertebral manipulation-a survey of a French region physicians. Ann Readapt Med Phys. 02/2003; 46(1):33-40.

[47] Cotinaud-Lhuillier I. la formation médicale continue des médecins généralistes icaunais. Thèse de doctorat en médecine. Dijon : université de Bourgogne, 2013.

[48] Ventelou B. et al. Un observatoire des pratiques en médecine générale : l'expérience menée en région Provence-Alpes-Côte-D'azur, *Revue française des affaires sociales* 03/2005

1(1) :127-160. [En ligne]. Disponible sur http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-127.htm (Consulté en septembre 2014).

[49] Corbin Winslow L., Shapiro H. Physicians want education about complementary and alternative medicine to enhance communication with their patients. Arch Intern Med. 05/2002; 162(10):1176-81.

[50] Yeo AS, Yeo JC, Yeo C, and all. Perceptions of complementary and alternative medicine amongst medical students in Singapore--a survey. Acupunct Med. 03/2005; 23(1):19-26.

[51] Awad AI, Al-Ajmi S, Waheedi MA. Knowledge, perceptions and attitudes toward complementary and alternative therapies among Kuwaiti medical and pharmacy students. Med Princ Pract. 02/2012; 21(4):350-4.

[52] Strange R, Amhof R, Moebus S. Complementary and alternative medicine : attitudes and patterns of use by German Physicians in a national survey. J Altern Complement Med. 12/2008; 14(10):1255-61.

[53] Grimaud E. Médecins et ostéopathes : des rapports difficiles. Eléments d'analyse de la situation. Mémoires de diplôme d'ostéopathe. Rennes : institut de formation supérieure en ostéopathie de Rennes, 2013. [En ligne]. Disponible sur http://www.bretagne-osteopathie.com/pdf/Memoire_GRIMAUD_Elodie.pdf (Consulté en septembre 2014).

[54] Cordonnier P. La formation continue des médecins généralistes, à l'aube du développement professionnel continu. Réflexions à partir d'une enquête informatique auprès de 2407 médecins. Thèse de doctorat en médecine. Strasbourg: université de Strasbourg, 2011. [En ligne]. Disponible sur http://www.apima.org/img_bronner/these_pauline_cordonnier_FMC.pdf (Consulté en septembre 2014).

Annexes

Annexe 1 : Courriel adressé aux facultés ou aux associations d'internes

Madame, Monsieur,

Je me permets de vous contacter, car je mène actuellement une enquête sur les **freins à la prescription de la médecine manuelle et l'ostéopathie en médecine générale.**

En effet, je suis interne en médecine générale et dans le cadre de ma thèse je souhaite interroger les internes de médecine générale de la France entière par un questionnaire à diffuser par mail.

Cette thèse s'inscrit dans le cadre de l'amélioration de la formation de la médecine de premier recours et devant les demandes réitérées des patients sur la médecine douce et notamment l'ostéopathie, actuellement non reconnue dans le parcours de soin.

Mon étude repose sur le comparatif Internes/médecins, Pourriez vous m'y aider en transmettant le mail ci dessous aux internes en médecine générale ?

Vous trouverez en pièce jointe le contenu de mon questionnaire, ou vous pouvez également le remplir directement en cliquant sur le lien ci dessous.

Lien direct vers questionnaire.

Je vous prie de bien vouloir examiner ma demande et d'accéder si possible à ma requête.

Bien cordialement,

Rachel Binson

Annexe 2 : Courriel adressé aux internes de médecine générale.

Questionnaire médecine manuelle et ostéopathie en médecine générale

Madame, Monsieur,

Actuellement interne de médecine générale, en Poitou Charentes, je me permets de vous solliciter dans le cadre de ma thèse.

Je réalise une enquête (étude descriptive quantitative) sur **les freins à la prescription de la médecine manuelle et l'ostéopathie en médecine générale**.

Cette enquête **teste quelques connaissances juridiques** et votre désir d'information sur le sujet. **Son but est si vous le désirez d'intégrer une information universitaire** sur le sujet en ciblant vos difficultés.

Le questionnaire est TOTALEMENT ANONYME. Je vous invite donc à répondre de la façon la plus honnête possible pour ne pas fausser l'étude.

En cliquant sur le lien ci-dessous, vous pouvez vous lancer, et il prendra moins de 4 min de votre temps. De plus, la baguette d'avancement vous indique où vous en êtes.

N'hésitez pas à me solliciter pour toute question ou information supplémentaire en fin de questionnaire.

En espérant recevoir votre réponse, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de mes salutations distinguées.

Commencez le questionnaire en cliquant sur le lien ci dessous

Lien vers le questionnaire Google.

Rachel Binson

Annexe 3 : Questionnaire Google adressé aux internes de médecine générale

Questionnaire de thèse Médecine Manuelle et Ostéopathie destiné aux internes TCEM2 et 3

Concernant votre situation

1. Etes vous ? ☐ un homme ☐ une femme

2. Dans quel département exercez-vous ? ……

3. Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ?

☐ Moins de 35 ans ☐ Entre 46 et 55 ans ☐ 66 ans ou plus
☐ Entre 36 et 45 ans ☐ Entre 56 et 65 ans

4. Faites vous des remplacements ? ☐ oui ☐ non

5. Si « oui », exercez vous (concernant la plupart votre exercice libéral) ?

☐ Seul(e)
☐ En cabinet de groupe
☐ En cabinet avec d'autres professionnels de santé (maison pluridisciplinaire ou autre…)

6. Exercez vous (concernant la plupart votre exercice libéral) ?

☐ En urbain ☐ En rural ☐ En semi rural

7. Avez-vous un exercice à caractère spécifique principal (exemple gynécologie, homéopathie, médecine du sport…DIU, DU ou autre…) (formation acquise ou en cours)

☐ non ☐ oui Si « oui » lequel……..

Votre pratique concernant la médecine manuelle et l'ostéopathie :

8. Adressez vous vos patients à un ostéopathe (ou autre thérapeute manuel)?

☐ oui, parfois ☐ oui, régulièrement ☐ non, jamais

9. Si « non » pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

☐ Je pratique moi-même des techniques de médecine manuelle/thérapie manuelle
☐ J'ai vu trop de réactions d'aggravations après manipulations
☐ Je fais d'avantage confiance dans la rééducation par un kinésithérapeute
☐ Je crains un détournement de clientèle
☐ Je pense que ce n'est pas reconnu par la loi
☐ L'ostéopathie est pour moi fantasque ou irrationnelle
☐ L'ostéopathie peut être exercée par des ostéopathes non professionnels de santé
☐ Pas utile pour ma pratique
☐ Pas de recommandation ou de preuve établie de l'efficacité
☐ Pas eu de formation sur l'intérêt de l'ostéopathie et/ou n'en connais les indications.
☐ Je ne désire pas avoir une responsabilité partagée avec un ostéopathe non médecin ou paramédical en cas de problème
☐ Je ne sais pas si les formations en ostéopathie sont équivalentes, entre médecin, kinésithérapeute et ostéopathe non professionnels de santé
☐ Autre, précisez……..

10. Si « oui », à quel type de professionnel de thérapie manuelle/ostéopathie adressez vous vos patients? (plusieurs réponses possibles)?
☐ Un médecin ostéopathe
☐ Un kiné-ostéopathe
☐ Un podologue, infirmier, Sage femme - ostéopathe
¨ Un ostéopathe non professionnel de santé
¨ Autre, précisez……..

11. Si vous avez une préférence : pourquoi ?
……

Concernant vos connaissances de l'ostéopathie et de la médecine manuelle
12. Pensez-vous connaître les principes de l'ostéopathie et la médecine manuelle et en quoi elle peut aider ? ☐ oui, c'est sûr ☐ plutôt non

13. Différenciez-vous les différents courants de thérapie manuelle : Médecine Manuelle, Ostéopathie, Vertébrothérapie, Chiropraxie, ...? ☐ oui, c'est sûr ☐ plutôt non

14. Connaissez-vous les indications de l'ostéopathie et la médecine manuelle, au niveau du rachis, des membres…? ☐ oui, c'est sûr ☐ plutôt non

15. Avez-vous des réserves quant à certaines pratiques des ostéopathes (ou thérapeutes manuels) ? ☐ oui ☐ non

16. Si « oui » dans quels domaines avez-vous ces réserves?……

17. Votre responsabilité sera-t-elle engagée si vous orientez vos patients à un ostéopathe (ou autre thérapeute manuel) oralement ? (en conseillant au patient d'aller voir un ostéopathe, en citant un nom, en approuvant l'intention du patient...)
☐ oui ☐ non ¨☐ Je ne sais pas

18. Par écrit ? (par certificat, courrier, nom ou adresse mentionnés par écrit...)
☐ oui ☐ non ¨☐ Je ne sais pas

19. Un certificat médical de non contre indication est il nécessaire à un ostéopathe non médecin pour manipuler le rachis cervical ?
☐ oui ☐ non ¨☐ Je ne sais pas

20. Un certificat médical de non contre indication est il nécessaire à un ostéopathe non médecin pour manipuler un nourrisson de moins de 6 mois (rachis, crane ou face)
☐ oui ☐ non ¨☐ Je ne sais pas

21. Pensez vous qu'une information (ou formation) au sujet de l'ostéopathie et de la médecine manuelle « les principes, les indications et contre-indications, l'intérêt, les risques», pourrait vous permettre d'orienter plus souvent vos patients vers un ostéopathe (ou thérapeute manuel)? ☐ oui ☐ non

22. Et pensez-vous que cette information (ou formation) trouverait sa place dans le cadre de la formation initiale universitaire ☐ oui ☐ non

23. Seriez-vous prêts à suivre une telle formation ? ☐ oui ☐ non

24. Si « non » pourquoi ? (obligatoire) ……

25. Dans le cadre d'une telle formation souhaiteriez vous observer quelques techniques simples de Médecine Manuelle –Ostéopathie ? ☐ oui ☐ non

26. Les responsabilités engagées lors de la prescription de l'ostéopathie étant importante, seriez-vous d'accord pour en faire une question d'internat (ECN) ?
☐ oui ☐ non

N'hésitez pas à faire part de remarques dans l'espace ci dessous et encore merci à vous.
……
Si vous souhaitez recevoir le résultat de cette étude vous pouvez en faire la demande par message privé à mon adresse mail : adressemail @gmail.com

Annexe 4 : Courriel adressé aux URPS

Docteur,

Je me permets de vous contacter, car je mène actuellement une enquête sur les **freins à la prescription de la médecine manuelle et l' ostéopathie en médecine générale.**

En effet, je suis interne en médecine générale en Poitou Charentes et dans le cadre de ma thèse je souhaite interroger les médecins généralistes thésés par un questionnaire à diffuser par mail.

Cette thèse s'inscrit dans le cadre de l'amélioration de la formation de la médecine de premier recours et devant les demandes réitérées des patients sur la médecine douce et notamment l'ostéopathie, actuellement non reconnue dans le parcours de soin.

Mon étude repose sur le comparatif Internes/médecins, Pourriez vous m'y aider en transmettant le mail ci dessous aux médecins généraliste de votre région?

Vous trouverez en pièce jointe le contenu de mon questionnaire, ou vous pouvez également le remplir directement en cliquant sur le lien ci dessous.

Lien direct vers questionnaire.

Je vous prie de bien vouloir examiner ma demande et d'accéder si possible à ma requête.

Bien cordialement,

Rachel Binson

Annexe 5 : Courriel adressé aux médecins généralistes

Questionnaire médecine manuelle et ostéopathie en médecine générale.

Lien direct pour les plus pressés : Lien vers le questionnaire Google.

Docteur,

Actuellement interne de médecine générale, en dernière année, je me permets de vous solliciter dans le cadre de ma thèse.

Je réalise une enquête (étude descriptive quantitative) sur les **freins à la prescription de la médecine manuelle et l'ostéopathie en médecine générale.** Cette enquête teste quelques connaissances juridiques et votre désir d'information sur le sujet. Son but est d'intégrer une information universitaire sur le sujet en ciblant vos difficultés ainsi que celles des internes.

Le questionnaire est TOTALEMENT ANONYME et vous prendra moins de 4 min, (sauf si vous vous étendez dans les textes libres)

N'hésitez pas à me solliciter pour toute question ou information supplémentaire en fin de questionnaire.

En vous remerciant de me consacrer un peu de votre précieux temps. Cordialement.

Commencez le questionnaire en cliquant sur le lien ci dessous

Lien vers le questionnaire Google.

Rachel Binson (interne de médecine générale)

Annexe 6 : Questionnaire Google adressé aux médecins généralistes

Questionnaire de thèse Médecine Manuelle Ostéopathie
Médecins généralistes thésés libéraux

Concernant votre situation

1. Etes vous ? ☐ un homme ☐ une femme

2. Dans quel département exercez-vous ? ……

3. Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ?
☐ Moins de 35 ans ☐ Entre 46 et 55 ans ☐ 66 ans ou plus
☐ Entre 36 et 45 ans ☐ Entre 56 et 65 ans

4. Depuis combien de temps exercez-vous (remplacements + installation) ?
☐ Moins de 5 ans ☐ Entre 11 et 25 ans
☐ Entre 6 et 10 ans ☐ 26 ans ou plus

5. Exercez vous (concernant la plupart votre exercice libéral) ?
☐ Seul(e)
☐ En cabinet de groupe
☐ En cabinet avec d'autres professionnels de santé (maison pluridisciplinaire ou autre…)

6. Exercez vous (concernant la plupart votre exercice libéral) ?
☐ En urbain ☐ En rural ☐ En semi rural

7. Combien de demi-journée travaillez-vous par semaine (en libéral)?
☐ 4 demi-journées ou moins ☐ Entre 5 et 8 ☐ 9 ou plus

8. Avez-vous un exercice à caractère spécifique principal (exemple gynécologie, homéopathie, médecine du sport…)☐ non ☐ oui Si « oui » lequel……..

Votre pratique concernant la médecine manuelle et l'ostéopathie :

9. Adressez vous vos patients à un ostéopathe (ou autre thérapeute manuel)?
☐ oui, parfois ☐ oui, régulièrement ☐ non, jamais

10. Si « non » pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)
☐ Je pratique moi-même des techniques de médecine manuelle/thérapie manuelle
☐ J'ai vu trop de réactions d'aggravations après manipulations
☐ Je fais d'avantage confiance dans la rééducation par un kinésithérapeute
☐ Je crains un détournement de clientèle
☐ Je pense que ce n'est pas reconnu par la loi
☐ L'ostéopathie est pour moi fantasque ou irrationnelle
☐ L'ostéopathie peut être exercée par des ostéopathes non professionnels de santé
☐ Pas utile pour ma pratique
☐ Pas de recommandation ou de preuve établie de l'efficacité
☐ Pas eu de formation sur l'intérêt de l'ostéopathie et/ou n'en connais les indications.
☐ Je ne désire pas avoir une responsabilité partagée avec un ostéopathe non médecin ou paramédical en cas de problème

☐ Je ne sais pas si les formations en ostéopathie sont équivalentes, entre médecin, kinésithérapeute et ostéopathe non professionnels de santé
☐ Autre, précisez……..

11. Si « oui », à quel type de professionnel de thérapie manuelle/ostéopathie adressez vous vos patients? (plusieurs réponses possibles)?
☐ Un médecin ostéopathe
☐ Un kiné-ostéopathe
☐ Un podologue, infirmier, Sage femme - ostéopathe
¨ Un ostéopathe non professionnel de santé
¨ Autre, précisez……..

12. Si vous avez une préférence : pourquoi ?
……

Concernant vos connaissances de l'ostéopathie et de la médecine manuelle
13. Pensez-vous connaître les principes de l'ostéopathie et la médecine manuelle et en quoi elle peut aider ? ☐ oui, c'est sûr ☐ plutôt non

14. Différenciez-vous les différents courants de thérapie manuelle : Médecine Manuelle, Ostéopathie, Vertébrothérapie, Chiropraxie, ...? ☐ oui, c'est sûr ☐ plutôt non

15. Connaissez-vous les indications de l'ostéopathie et la médecine manuelle, au niveau du rachis, des membres…? ☐ oui, c'est sûr ☐ plutôt non

16. Avez-vous des réserves quant à certaines pratiques des ostéopathes (ou thérapeutes manuels) ? ☐ oui ☐ non

17. Si « oui » dans quels domaines avez-vous ces réserves?……

18. Votre responsabilité sera-t-elle engagée si vous orientez vos patients à un ostéopathe (ou autre thérapeute manuel) oralement ? (en conseillant au patient d'aller voir un ostéopathe, en citant un nom, en approuvant l'intention du patient...)
☐ oui ☐ non ¨☐ Je ne sais pas

19. Par écrit ? (par certificat, courrier, nom ou adresse mentionnés par écrit...)
☐ oui ☐ non ¨☐ Je ne sais pas

20. Un certificat médical de non contre indication est il nécessaire à un ostéopathe non médecin pour manipuler le rachis cervical ?
☐ oui ☐ non ¨☐ Je ne sais pas

21. Un certificat médical de non contre indication est il nécessaire à un ostéopathe non médecin pour manipuler un nourrisson de moins de 6 mois (rachis, crane ou face)
☐ oui ☐ non ¨☐ Je ne sais pas

22. Pensez vous qu'une information (ou formation) au sujet de l'ostéopathie et de la médecine manuelle « les principes, les indications et contre-indications, l'intérêt, les risques», pourrait vous permettre d'orienter plus souvent vos patients vers un ostéopathe (ou thérapeute manuel)? ☐ oui ☐ non

23. Et pensez-vous que cette information (ou formation) trouverait sa place dans le cadre de la formation initiale universitaire ☐ oui ☐ non

24. Cette formation existe déjà. Seriez-vous prêts à suivre une telle formation ?
☐ oui ☐ non

25. Si « non » pourquoi ? (obligatoire) ……

26. Dans le cadre d'une telle formation souhaiteriez vous observer quelques techniques simples de Médecine Manuelle –Ostéopathie ? ☐ oui ☐ non

N'hésitez pas à faire part de remarques dans l'espace ci dessous et encore merci à vous.
……
Si vous souhaitez recevoir le résultat de cette étude vous pouvez en faire la demande par message privé à mon adresse mail : adressemail @gmail.com

Résumé et mots clés

Résumé

Introduction
Victime d'un véritable engouement de la population, l'ostéopathie incite de plus en plus de médecins à l'utiliser. Cette étude descriptive quantitative présente les différents freins à la prescription de l'ostéopathie. Elle évalue également la place d'une (in)formation sur ce sujet chez les médecins.

Méthode
Un questionnaire fut distribué à des médecins généralistes libéraux et des internes en médecine générale, entre mars et octobre 2014. Cette enquête testait les connaissances y compris juridiques et évaluait les pratiques de l'ostéopathie en médecine générale libérale, et le désir d'une information.

Résultats
59 % des internes versus 83 % des médecins généralistes étaient prescripteurs sur respectivement 871 et 305 questionnaires analysés sur la France. Les médecins ont de véritables lacunes sur l'ostéopathie, mais également sur le plan juridique. Seuls 22 % des internes et 57 % des médecins généralistes connaissent ses indications. Pourtant ils émettent tous autant de réserve à son égard, ce qui rend complexe l'étude des freins de sa prescription.
La méconnaissance de l'ostéopathie n'est pas le seul frein à sa prescription. Ceux-ci sont complexes et intriqués.
Le souhait des médecins d'être informé sur l'ostéopathie est unanime.

Conclusion
Une formation sur l'ostéopathie trouverait sa place dans le cursus universitaire. Les médecins généralistes pourraient recevoir un « consensus d'information » sur ses indications en médecine générale.

Mots clés

Ostéopathie, prescription, médecine générale

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !