

Année 2019/2020

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État
par

Clément PELLERIN-JOUANNEAU

Né le 17/05/1990 à TOURS (37)

**COMMENT FAVORISER LA PRATIQUE DE LA MEDECINE MANUELLE
OSTEOPATHIE DES MEDECINS AYANT REALISE LE DIPLÔME
INTER-UNIVERSITAIRE DE TOURS ?**

Présentée et soutenue publiquement le **15 juin 2020** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Philippe GOUPILLE, Rhumatologie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Bernard FOUQUET, Médecine physique et de réadaptation, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Philippe ROSSET, Chirurgie orthopédique et traumatologique, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Jacques MONIERE, Rhumatologue – Tours

Directeur de thèse : Docteur Benjamin YVERT, Médecine de la douleur, PH, Centre Hospitalier de Blois – Blois

Titre de la thèse :

Comment favoriser la pratique de la Médecine Manuelle Ostéopathie des médecins ayant réalisé le Diplôme Inter-Universitaire de Tours ?

Résumé :

Contexte : La Médecine Manuelle Ostéopathie (MMO) est une discipline médicale nécessitant un investissement important pour être pratiquée. Or il apparaît qu'après l'obtention du Diplôme Inter-Universitaire (DIU), elle est peu fréquemment pratiquée. L'objectif de ce travail est de mettre en évidence, après repérage des déterminants de la pratique de la MMO, les moyens de favoriser cette pratique.

Méthode : Pour cela, il a été réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés d'un échantillon raisonné de quatorze médecins, pratiquant la MMO ou non, ayant réalisé le DIU de MMO à Tours, puis procédé à une analyse thématique de contenu.

Résultats : Si les motivations à l'inscription au DIU de MMO pouvaient avoir une influence sur la pratique de la MMO, et malgré l'apport à la fois théorique et pratique de l'enseignement, il a été mis en évidence de multiples freins à cette pratique. Des solutions pour lever ces freins et favoriser la poursuite de la pratique ont été mises en avant. Il s'agit de solutions dépendantes de la motivation du médecin après le DIU de MMO, comme la nécessité d'un entraînement rapide après le DIU, d'une organisation spécifique, de se faire connaître pour pratiquer la MMO, d'appliquer la cotation de manipulation vertébrale et de remplacer un médecin pratiquant la MMO. Il s'agit également de solutions dépendantes de l'Université avec la reconnaissance des publications de MMO et la nécessité d'une formation de MMO pour l'ensemble des étudiants en Médecine. Enfin des solutions dépendantes des sociétés savantes de MMO peuvent être envisagées avec la poursuite des formations après le DIU, le fait de proposer des fiches pour les manœuvres apprises ou le fait de favoriser des alternatives aux manipulations, difficilement réalisables.

Conclusion : Certaines de ces solutions ont déjà été mises en place par les enseignants du DIU de Tours. Il reste aux médecins suivant le DIU de MMO de Tours à trouver la motivation nécessaire pour pratiquer la MMO par la suite.

Mots clés : Médecine Manuelle Ostéopathie, Formation, Pratique.

Title of the thesis :

How to promote the practice of Manual Osteopathic Medicine by doctors who have completed the Inter-University Diploma of Tours ?

Abstract :

Context : Osteopathic Manual Medicine (MMO) is a medical discipline requiring a significant investment to be practiced. However, it appears that after obtaining the Inter-University Diploma (IUD), it is rarely practiced. The objective of this work is to highlight, after identifying the determinants of the practice of MMO, the means to promote this practice.

Method : A qualitative study was carried out by semi-structured interviews with a reasoned sample of fourteen doctors, practicing or not practicing MMO, who had carried out the IUD in Tours, and then proceeded to a thematic analysis of its content.

Results : Although the motivations for enrolling in the MMO IUD could have an influence on the practice of MMO, and despite the theoretical and practical contribution of the teaching, multiple obstacles to this practice were highlighted. Solutions to remove these barriers and encourage continued practice were highlighted. These are solutions that depend on the motivation of the physician after the MMO IUD, such as the need for rapid training after the IUD, specific organization, making oneself known for practicing MMO, applying the spinal manipulation rating, and replacing a physician practicing MMO. These are also university-dependent solutions with the recognition of MMO publications and the need for MMO training for all medical students. Finally, solutions dependent on learned MMO societies can be envisaged with the continuation of training after the IUD, the fact of proposing cards for the manoeuvres learned or the fact of favouring alternatives to manipulations, which are difficult to achieve.

Conclusion : Some of these solutions have already been put in place by the teachers of the Tours IUD, it remains for the doctors performing the Tours MMO IUD to find the necessary motivation to practice MMO.

Keywords : Manual Medicine Osteopathy, Training, Practice

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales* Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université* Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale* Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Philippe ARBEILLE

Pr Catherine BARTHELEMY

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Pierre COSNAY

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr. Dominique GOGA

Pr Alain GOUDEAU

Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Pr Gérard LORETTE

Pr Roland QUENTIN

Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | |
|--------------------------------------|---|
| ANDRES Christian | Biochimie et biologie moléculaire |
| ANGOULVANT Denis | Cardiologie |
| AUPART Michel | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| BABUTY Dominique | Cardiologie |
| BAKHOS David | Oto-rhino-laryngologie |
| BALLON Nicolas | Psychiatrie ; addictologie |
| BARILLOT Isabelle | Cancérologie ; radiothérapie |
| BARON Christophe | Immunologie |
| BEJAN-ANGOULVANT Théodora | Pharmacologie clinique |
| BERNARD Anne | Cardiologie |
| BERNARD Louis | Maladies infectieuses et maladies tropicales |
| BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle | Biologie cellulaire |
| BLASCO Hélène | Biochimie et biologie moléculaire |
| BONNET-BRILHAULT Frédérique | Physiologie |
| BRILHAULT Jean | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BRUNEREAU Laurent | Radiologie et imagerie médicale |
| BRUYERE Franck | Urologie |
| BUCHLER Matthias | Néphrologie |
| CALAIS Gilles | Cancérologie, radiothérapie |
| CAMUS Vincent | Psychiatrie d'adultes |
| COLOMBAT Philippe | Hématologie, transfusion |
| CORCIA Philippe | Neurologie |
| COTTIER Jean-Philippe | Radiologie et imagerie médicale |
| DE TOFFOL Bertrand | Neurologie |
| DEQUIN Pierre-François..... | Thérapeutique |
| DESOUBEAUX Guillaume..... | Parasitologie et mycologie |
| DESTRIEUX Christophe | Anatomie |
| DIOT Patrice | Pneumologie |
| DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague | Anatomie & cytologie pathologiques |
| DUCLUZEAU Pierre-Henri | Endocrinologie, diabétologie, et nutrition |
| DUMONT Pascal | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| EL HAGE Wissam | Psychiatrie adultes |
| EHRMANN Stephan | Réanimation |
| FAUCHIER Laurent | Cardiologie |
| FAVARD Luc | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| FOUGERE Bertrand | Gériatrie |
| FOUQUET Bernard | Médecine physique et de réadaptation |
| FRANCOIS Patrick | Neurochirurgie |
| FROMONT-HANKARD Gaëlle | Anatomie & cytologie pathologiques |
| GAUDY-GRAFFIN Catherine | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière |
| GOUPILLE Philippe | Rhumatologie |
| GRUEL Yves | Hématologie, transfusion |
| GUERIF Fabrice | Biologie et médecine du développement et de la reproduction |
| GUYETANT Serge | Anatomie et cytologie pathologiques |
| GYAN Emmanuel | Hématologie, transfusion |
| HAILLOT Olivier | Urologie |
| HALIMI Jean-Michel | Thérapeutique |
| HANKARD Régis..... | Pédiatrie |
| HERAULT Olivier | Hématologie, transfusion |
| HERBRETEAU Denis | Radiologie et imagerie médicale |
| HOURIOUX Christophe | Biologie cellulaire |
| LABARTHE François | Pédiatrie |
| LAFFON Marc | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence |
| LARDY Hubert | Chirurgie infantile |
| LARIBI Saïd | Médecine d'urgence |
| LARTIGUE Marie-Frédérique | Bactériologie-virologie |
| LAURE Boris | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| LECOMTE Thierry | Gastroentérologie, hépatologie |
| LESCANNE Emmanuel | Oto-rhino-laryngologie |
| LINASSIER Claude | Cancérologie, radiothérapie |
| MACHET Laurent | Dermato-vénérologie |
| MAILLOT François | Médecine interne |
| MARCHAND-ADAM Sylvain | Pneumologie |
| MARRET Henri | Gynécologie-obstétrique |

| | |
|-------------------------------|--|
| MARUANI Annabel | Dermatologie-vénéréologie |
| MEREGHETTI Laurent | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| MITANCHEZ Delphine | Pédiatrie |
| MORINIERE Sylvain | Oto-rhino-laryngologie |
| MOUSSATA Driffa | Gastro-entérologie |
| MULLEMAN Denis | Rhumatologie |
| ODENT Thierry | Chirurgie infantile |
| OUAISSI Mehdi | Chirurgie digestive |
| OULDAMER Lobna | Gynécologie-obstétrique |
| PAINTAUD Gilles | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| PATAT Frédéric | Biophysique et médecine nucléaire |
| PERROTIN Dominique | Réanimation médicale, médecine d'urgence |
| PERROTIN Franck | Gynécologie-obstétrique |
| PISELLA Pierre-Jean | Ophthalmologie |
| PLANTIER Laurent | Physiologie |
| REMERAND Francis | Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence |
| ROINGEARD Philippe | Biologie cellulaire |
| ROSSET Philippe | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| RUSCH Emmanuel | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| SAINT-MARTIN Pauline | Médecine légale et droit de la santé |
| SALAME Ephrem | Chirurgie digestive |
| SAMIMI Mahtab | Dermatologie-vénéréologie |
| SANTIAGO-RIBEIRO Maria | Biophysique et médecine nucléaire |
| THOMAS-CASTELNAU Pierre | Pédiatrie |
| TOUTAIN Annick | Génétique |
| VAILLANT Loïc | Dermato-vénéréologie |
| VELUT Stéphane | Anatomie |
| VOURC'H Patrick | Biochimie et biologie moléculaire |
| WATIER Hervé | Immunologie |

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | |
|-----------------------------------|--|
| BARBIER Louise..... | Chirurgie digestive |
| BERHOUEZ Julien | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BRUNAUT Paul | Psychiatrie d'adultes, addictologie |
| CAILLE Agnès | Biostat., informatique médicale et technologies de communication |
| CLEMENTY Nicolas | Cardiologie |
| DENIS Frédéric | Odontologie |
| DOMELIER Anne-Sophie | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière |
| DUFOUR Diane | Biophysique et médecine nucléaire |
| ELKRIEF Laure | Hépatologie – gastroentérologie |
| FAVRAIS Géraldine | Pédiatrie |
| FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| GATAULT Philippe | Néphrologie |
| GOUILLEUX Valérie..... | Immunologie |
| GUILLON Antoine | Réanimation |
| GUILLON-GRAMMATICO Leslie | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| HOARAU Cyrille | Immunologie |

| | |
|------------------------------------|--|
| IVANES Fabrice | Physiologie |
| LE GUELLEC Chantal | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| LEFORT Bruno | Pédiatrie |
| LEGRAS Antoine..... | Chirurgie thoracique |
| LEMAIGNEN Adrien | Maladies infectieuses |
| MACHET Marie-Christine | Anatomie et cytologie pathologiques |
| MOREL Baptiste | Radiologie pédiatrique |
| PIVER Éric | Biochimie et biologie moléculaire |
| REROLLE Camille | Médecine légale |
| ROUMY Jérôme | Biophysique et médecine nucléaire |
| SAUTENET Bénédicte | Thérapeutique |
| TERNANT David | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| VUILLAUME-WINTER Marie-Laure | Génétique |
| ZEMMOURA Ilyess | Neurochirurgie |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| | |
|--------------------------------|---|
| AGUILLON-HERNANDEZ Nadia | Neurosciences |
| BOREL Stéphanie | Orthophonie |
| NICOGLOU Antonine | Philosophie – histoire des sciences et des techniques |
| PATIENT Romuald..... | Biologie cellulaire |
| RENOUX-JACQUET Cécile | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

| | |
|-----------------------|-------------------|
| RUIZ Christophe | Médecine Générale |
| SAMKO Boris | Médecine Générale |

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

| | |
|-------------------------------|---|
| BOUAKAZ Ayache | Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |
| CHALON Sylvie | Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |
| COURTY Yves | Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100 |
| DE ROCQUIGNY Hugues | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259 |
| ESCOFFRE Jean-Michel | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |
| GILOT Philippe | Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282 |
| GOUILLEUX Fabrice | Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001 |
| GOMOT Marie | Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |
| HEUZE-VOURCH Nathalie | Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100 |
| KORKMAZ Brice | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100 |
| LAUMONNIER Frédéric | Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253 |
| MAZURIER Frédéric | Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001 |
| MEUNIER Jean-Christophe | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259 |
| PAGET Christophe | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100 |
| RAOUL William | Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001 |
| SI TAHAR Mustapha | Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100 |
| WARDAK Claire | Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

| | |
|------------------------|-----------------------|
| DELORE Claire | Orthophoniste |
| GOUIN Jean-Marie | Praticien Hospitalier |

Pour l'Ecole d'Orthoptie

| | |
|---------------------|-----------------------|
| MAJZOUB Samuel..... | Praticien Hospitalier |
|---------------------|-----------------------|

Pour l'Ethique Médicale

| | |
|------------------------|-----------------------|
| BIRMELE Béatrice | Praticien Hospitalier |
|------------------------|-----------------------|

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure
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.

Remerciements :

A Monsieur le Professeur Philippe GOUPILLE, Président du jury.

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse.

A Messieurs les Professeurs Bernard FOUQUET et Philippe ROSSET, jury de thèse.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail en faisant partie de ce jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Jacques MONIERE, jury de thèse.

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury afin de juger mon travail. Merci également pour l'ensemble de ce que tu m'as enseigné, que ce soit lors du DIU, des formations du GEMAC ou de tes consultations. Merci également pour ta bienveillance et ton incroyable pédagogie.

A Monsieur le Docteur Benjamin YVERT, Directeur de thèse.

Je te remercie d'avoir accepté de me diriger pour cette thèse, par ta disponibilité et tes conseils avisés, tu as su me guider tout au long de ce travail.

A ma Céline chérie,

Merci de me soutenir en permanence, de rester fidèle à toi-même avec ta générosité hors pair, ta bienveillance, ton dynamisme et ton amour. Je ne pense pas pouvoir faire mieux qu'en te sachant à mes côtés, tu es la quintessence du bonheur, j'espère pouvoir en profiter encore de nombreuses années. Je t'aime.

A ma famille,

En particulier ma maman, sans qui rien ne serait possible, qui a toujours cru en moi et a tout fait pour que je fasse les meilleurs choix. Merci pour ton éducation, ton soutien, ton abnégation, ton dévouement... bref tout.

A mes frères, Antoine et Rémi, merci de rester vous-même. Quand je pense à vous, je ne peux qu'être fier de ce que vous avez fait, de ce que vous êtes devenus et de ce que vous allez accomplir.

Merci à Chanchan de nous avoir accompagnés toutes ces années et de continuer à le faire.

A ma marraine Sophie et son mari Khalid, toujours disponibles, surtout quand j'en avais besoin, merci pour tout.

A mes grands-parents, Claude et Viviane, merci pour tout.

A tous mes oncles et tantes, en particulier Gilles et Florence, pour tous les bons moments partagés ensemble, en France ou à l'étranger.

A mes oncles Olivier et Pascal, pour l'ensemble des bons moments passés à La Bernerie et ailleurs.

A mes cousins et cousines, en particulier François, Myriam, Samuel et Edith pour tous ces bons moments passés ensemble, à quand la prochaine cousinade !!

Merci à Laurent pour la relecture.

Merci aux Brédif, en particulier Solange et Patrick qui m'ont toujours considéré comme faisant partie de leur famille.

En mémoire de Papy Jacques parti trop tôt, j'aurais aimé que tu sois fier de moi.

A mes amis :

Merci à ceux qui ont rendu plus douces ces longues années d'études et qui continuent de le faire aujourd'hui :

Emilien pour ta grande générosité et ta vivacité d'esprit, comme les choses seraient tristes sans Caius.

Sophie pour ton grain de folie qui permet de retrouver le sourire à n'importe quel moment, merci d'être là pour nous.

Florian pour ton incroyable gentillesse, tu as toujours été là quand il le fallait, vivement une reprise du football en ta compagnie.

Lou, que je connaissais avant de faire médecine, et dont la compagnie m'a fait (re)découvrir la bonté et la générosité.

Christophe pour toutes ces parties de jeu endiablées et ton soutien sans faille lors des stages parfois difficiles, merci pour tout.

Alizée, pour ton calme, ta réflexion et ta sincérité, je ne peux que me réjouir que tu fasses partie de ma vie. Merci à Thomas de te rendre heureuse et d'être également un ami si gentil.

Didi, pour ta bienveillance sans limite associée à une prévenance hors norme. Merci également à Pierre-Jean de te rendre heureuse et d'être un ami si disponible.

Avec des amis comme ça, je serais prêt à recommencer juste pour vous retrouver.

Merci à Komi, les kilomètres ne changent rien à l'immense plaisir de se retrouver.

Merci à tous les co-internes que j'ai pu avoir, en particulier Elise, Anne-Sophie, Marine, Dana et Julien pour votre soutien dans les moments difficiles et pour tous les bons moments partagés.

A mes maîtres de stage :

Merci à tous mes maîtres de stages, hospitaliers ou libéraux qui n'ont eu de cesse de m'accompagner au cours de mon internat.

Au Dr Baudron, certainement le médecin le plus humain, disponible et compétent que j'ai rencontré jusqu'alors, véritable modèle pour moi.

Aux Drs Quesnel, Cocuau, Guillon, Euvrard et Pinon : merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale et de m'avoir fait immédiatement confiance.

Aux Drs Lesire, Smati, Piquemal et Tudorancea : merci pour tout ce que vous m'avez appris sur la diabétologie et la médecine interne et pour le meilleur stage hospitalier que l'on puisse imaginer, toujours dans la bonne humeur.

A l'ensemble du cabinet médical de Saint Georges : merci pour votre confiance.

Au Dr Dubois : merci de m'avoir permis de te remplacer et pour tout ce que j'ai pu apprendre à Couture.

A mes compagnons de MMO :

Merci à l'ensemble de la promotion 2017 du DIU de Tours tout particulièrement à Antoine et Marc, devenus pour moi des amis sans qui la 3^{ème} année n'aurait pas été possible.

Merci à l'ensemble des enseignants du DIU et du GEMAC, en particulier les Drs Hadjadj et Amoudry.

Merci au Dr Lafon d'avoir cru en ce projet de thèse et d'y avoir porté un regard bienveillant.

Merci aux enseignants de Caen, en particulier Patrick-Laurent et Gégé.

Merci au Cabinet Origet de me permettre de les remplacer et pour leurs conseils éclairés.

Merci aux amis que j'ai perdus de vue et à tous ceux que j'aurais oubliés !!

TABLE DES MATIERES :

| | |
|---|-----------|
| I. INTRODUCTION | 14 |
| II. MATERIEL ET METHODE | 15 |
| A. Type d'étude | 15 |
| B. Population étudiée | 15 |
| C. Critères d'inclusion | 15 |
| D. Critères d'exclusion | 16 |
| E. Technique de recueil d'informations | 16 |
| F. Analyse des données | 17 |
| III. RESULTATS | 18 |
| A. Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens | 18 |
| TABLEAU 1 | 19 |
| TABLEAU 2 | 20 |
| B. Les déterminants de la pratique de la MMO | 21 |
| 1) Les raisons pour faire le DIU de MMO..... | 21 |
| 2) Bénéfices ressentis du DIU pour tous les médecins..... | 23 |
| 3) Les raisons de poursuivre la MMO pour les pratiquants..... | 25 |
| 4) Les freins à la poursuite de la MMO pour les non-pratiquants..... | 27 |
| C. Idées pour favoriser la pratique | 30 |
| TABLEAU 3 : RECAPITULATIF DES RESULTATS | 35 |
| IV. DISCUSSION | 37 |
| A. Concernant l'échantillon | 37 |
| B. Les déterminants de la pratique | 38 |
| 1) Les motivations pour faire le DIU..... | 38 |
| 2) Les bénéfices liés à l'apprentissage de la MMO..... | 39 |
| 3) La reconnaissance scientifique de la MMO..... | 42 |
| C. Favoriser la pratique de la MMO à partir des freins relevés | 43 |
| 1) S'entraîner rapidement pendant et après le DIU..... | 43 |
| 2) S'organiser pour avoir du temps..... | 44 |
| 3) Faire connaître son statut de médecin de MMO..... | 45 |
| 4) La cotation spécifique LHRP001..... | 46 |
| 5) Remplacer un médecin pratiquant..... | 46 |
| 6) Les perspectives universitaires..... | 47 |
| D. Synthèse et perspectives pour favoriser la pratique | 48 |
| SCHEMA CONCEPTUEL | 50 |
| E. Forces et limites de l'étude | 51 |
| 1) Forces..... | 51 |
| 2) Limites..... | 51 |
| V. CONCLUSION | 53 |
| ANNEXES | 54 |
| ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN | 54 |
| ANNEXE II : OSTEOPATHIE ET MEDECINE MANUELLE | 56 |
| ANNEXE III : CONTRE-INDICATIONS DES MANIPULATIONS | 64 |
| BIBLIOGRAPHIE | 66 |

Abréviations et acronymes :

Anti-TNF : Anti Tumor Necrosis Factor

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DIM : Dérangement Intervertébral Mineur

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DPC : Développement Professionnel Continu

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EBM : Evidence-Based Medecine

GEMAC : Groupement d'Etude des Manipulations Articulaires du Centre

HAS : Haute Autorité de Santé

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

MG : Médecin Généraliste

MMO : Médecine Manuelle Ostéopathie

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

MS : Médecin du Sport

MW : Médecin du Travail

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Rhu : Rhumatologue

SCPTM : Syndrome Cellulo-Périosto-Téno-Myalgique

SOFMMOO : SOciété Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathique.

TGO : Traitement Global Ostéopathique

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

TPS : Tibio-Péronière Supérieure

UFV : Unité Fonctionnelle Vertébrale

I. Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ¹, l'ostéopathie repose sur l'utilisation du contact manuel pour le diagnostic et le traitement. En France, le Docteur Robert MAIGNE ² apporta à la discipline une rigueur scientifique dans les années 1950. Il créa un enseignement universitaire à partir de 1964 à l'Hôtel-Dieu. De cet enseignement est née la Médecine Manuelle Ostéopathie (MMO). Il s'agit d'une discipline médicale permettant de diagnostiquer et traiter les désordres réversibles fonctionnels de l'appareil locomoteur ³.

Cette formation dispensée par la faculté de Médecine de Tours dans le cadre d'un Diplôme Inter-Universitaire (DIU) est réservée depuis 1986 aux docteurs et internes en Médecine ⁴. Elle s'organise en sept sessions de deux jours par an, soit quatre cents heures en deux ans. L'enseignement est divisé en cours théoriques et en cours pratiques, où les médecins s'entraînent les uns sur les autres aux diverses manœuvres apprises sous la supervision d'un ou plusieurs moniteurs. Des cas cliniques pratiques lors de consultations commentées auprès de ces moniteurs permettent une mise en situation professionnelle.

La validation des connaissances est évaluée par une épreuve écrite et pratique à la fin de chaque année et par la réalisation d'un mémoire lors de la deuxième année.

Après le DIU, il y a la possibilité de participer aux congrès annuels de la Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathique (SOFMMOO) et aux réunions d'associations, tel le Groupe d'Etude des Manipulations Articulaires du Centre (GEMAC) qui propose une réunion thématique mensuelle.

Ayant suivi cette formation à la Faculté de Médecine de Tours, j'ai rapidement rencontré des difficultés à pratiquer régulièrement. Une étude ⁵ a retrouvé que 86 % des médecins ayant réalisé le DIU de MMO de Tours poursuivaient la pratique de la MMO. Parmi eux, seul un tiers l'utilisait plus d'une fois par semaine. Or il est reconnu par la SOFMMOO ⁶ qu'une pratique continue et régulière après l'acquisition du diplôme est indispensable.

Si la contrainte de temps et des difficultés d'organisation ont été mises en avant par FREIRE ⁷ pour expliquer l'absence de pratique des médecins généralistes de MMO de région parisienne, aucun travail n'a été réalisé spécifiquement sur les moyens de favoriser la pratique de la MMO. C'est l'objectif principal de ce travail. Les objectifs secondaires sont la mise en évidence des facteurs favorisant et limitant la pratique de la MMO. Nous les avons appelés les déterminants de la pratique.

II. Matériel et Méthode :

A. Type d'étude :

Pour répondre à ces objectifs, une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de quatorze médecins ayant obtenu leur DIU de MMO à la Faculté de Médecine de Tours a été menée. Ce type d'étude est adapté pour l'analyse des opinions, des comportements et des pratiques des individus ⁸.

B. Population étudiée :

La population étudiée était l'ensemble des médecins toutes spécialités confondues, ayant réalisé le DIU de MMO à Tours depuis 1986. Ils ont été contactés après avoir obtenu leurs adresses mail par le responsable du DIU de Tours.

L'échantillonnage s'est fait sur la base du volontariat. Il était raisonné ⁹, c'est-à-dire qu'il a consisté à sélectionner les participants les plus variés de la population cible sur des critères pouvant affecter les réponses. En sélectionnant des médecins de différentes spécialités, pratiquant ou non la MMO, exerçant en libéral ou en hospitalier, des deux sexes, d'âge et d'année d'obtention du DIU variés, cela devait permettre d'obtenir une population de médecins hétérogène, potentiellement plus riche en informations. L'échantillonnage a également été réalisé selon la technique de la « *boule-de-neige* » ⁹, consistant à identifier des sujets d'intérêt à partir des personnes déjà interrogées.

Un rendez-vous était fixé à la convenance du médecin par contact téléphonique ou mail pour la réalisation de l'entretien. Il leur était proposé un échange de 20 à 40 minutes maximum dans le cadre d'une thèse d'exercice, portant sur les améliorations réalisables pour favoriser la pratique de la MMO après le DIU.

C. Critères d'inclusion :

Etre médecin titulaire du DIU de MMO de Tours, sans distinction d'âge, de sexe ou de spécialité.

D. Critères d'exclusion :

Refuser de participer à l'étude, ne plus être en activité lors de l'étude, ou ne pas avoir suivi le DIU de MMO sur Tours.

E. Technique de recueil d'informations :

Le recueil de données a été effectué par entretiens semi-dirigés. Un guide d'entretien avec les thématiques à aborder a été rédigé de façon à explorer la question de recherche (Annexe I). Il comprenait une série de questions ouvertes afin de laisser une grande liberté dans les réponses et de faciliter l'association de thèmes entre les participants lors de l'analyse.

L'entretien débutait par une question « brise glace », afin de mettre le médecin en confiance en décrivant sa dernière consultation de MMO. Ensuite étaient explorés les déterminants de la pratique de la MMO que sont les raisons d'inscription au DIU, les moyens mis en place pour pratiquer la MMO, les freins et les apports de cette pratique. Enfin les moyens de favoriser cette pratique selon chaque médecin étaient analysés.

Le guide d'entretien était évolutif. Au fil des entretiens, l'ordre des questions pouvait varier et certaines relances étaient prévues afin de fluidifier les échanges. Les entretiens étaient individuels et débutaient par une courte présentation des objectifs de la thèse.

Chaque entretien était enregistré à l'aide d'un dictaphone, avec l'accord préalable des médecins interrogés. La garantie de leur anonymat leur était assurée. Au terme de chaque entretien, un recueil d'informations personnelles de chaque médecin était réalisé afin de caractériser au mieux la population. Il était en particulier demandé à chaque médecin participant s'il se considérait comme pratiquant ou non la MMO.

Le recueil s'est arrêté à la saturation des données¹⁰, c'est-à-dire au moment où la relecture des entretiens retranscrits n'apportait plus d'éléments nouveaux.

F. Analyse des données :

Un verbatim ¹⁰ était élaboré après retranscription « mot-à-mot » de chaque entretien à l'aide du logiciel Word, afin de rester au plus proche des intentions du médecin interrogé. Les médecins étaient référencés E1 à E14 selon la chronologie des entretiens. Les lectures successives de chaque verbatim ont permis de les coder par fragments, qui ont été sélectionnés, analysés, puis organisés en unités de sens et ensuite classés par thèmes et sous-thèmes. Ce codage s'est fait à l'aide du Logiciel Nvivo®12 de QRS International. Une triangulation des données avec le directeur de thèse a été réalisée au fur et à mesure des entretiens.

III. Résultats

A. Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens :

Initialement, cent vingt mails ont été envoyés, pour onze réponses. Devant la forte proportion de médecins généralistes répondants, deux ont dû être refusés pour obtenir une hétérogénéité de réponses. Ensuite, onze médecins spécialistes ont été contactés au cours de l'étude. Parmi eux, il y a eu cinq refus pour manque de temps. Un médecin a été interrogé, mais non intégré car ne correspondait pas aux critères d'inclusion (DIU obtenu à Bobigny).

Les entretiens ont été réalisés entre février et mai 2019. Treize ont été réalisés à l'oral, un à l'écrit faute de disponibilité du médecin. Les entretiens se sont déroulés selon la convenance du médecin dans son cabinet ou dans un autre lieu. La durée des entretiens a varié de 11 minutes à 80 minutes pour une durée moyenne de 30 minutes.

La saturation des données a été obtenue au bout de douze entretiens.

L'échantillon était composé de quatorze médecins, dont les caractéristiques sont présentées dans les tableaux 1 et 2.

Il y avait une majorité de médecins généralistes (6/14), de libéraux (9/14) et d'hommes (11/14).

Les sept médecins se disant pratiquants exerçaient en libéral, dont six seul dans un cabinet et cinq en secteur 1. Parmi ces sept médecins, deux étaient des médecins du sport avec des consultations de MMO exclusivement, deux étaient des médecins généralistes, quand trois étaient des spécialistes. Les pratiquants faisaient d'autres formations de MMO, et faisaient connaître leur statut de médecin de MMO. Cinq étaient des moniteurs du DIU. E8 avait un statut particulier de salarié exerçant comme ostéopathe exclusif libéral sur son temps libre.

Sur les sept médecins se disant non-pratiquants, deux avaient parfois des consultations de MMO. Parmi ces sept médecins, quatre étaient hospitaliers, dont trois spécialistes. Trois médecins non-pratiquants étaient remplaçants lors du DIU.

L'âge variait de 39 ans à 66 ans pour un âge moyen de 53 ans. L'âge au moment de la fin du DIU de MMO était au minimum de 28 ans, au maximum de 50 ans pour une moyenne de 39 ans.

TABLEAU 1

| | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 | E6 | E7 |
|--|----------------|---------------|---------------|---------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------|
| Pratique de la MMO | Oui, exclusive | Non | Non | Non | Oui | Oui | Oui, exclusive |
| Nombre de consultation de MMO | 14 / jour | < 2 / semaine | < 2 / semaine | 0 | 4 / semaine | 2 / jour | 10 / jour |
| Durée de consultation | 45 minutes | 30 minutes | 15 minutes | 30 minutes | 15 min. en MG 30min. en MMO | 20 min. en MG 60min. en MMO | 30 minutes |
| Spécialité | MS | Algologue | MG | MG | MG | MG | MS |
| Age | 47 ans | 60 ans | 39 ans | 53 ans | 63 ans | 55 ans | 58 ans |
| Sexe | Homme | Homme | Homme | Homme | Homme | Femme | Homme |
| Activité | Libérale | Hospitalière | Libérale | Hospitalière | Libérale | Libérale | Libérale |
| Secteur | 3 | * | 1 | * | 1 | 1 | 1 |
| Exercice | Rural, seul | * | Rural, seul | * | Urbain, seul | Rural, seul | Urbain, seul |
| Patient d'ostéopathe avant le DIU | Non | Oui | Oui | Oui | Non | Non | Oui |
| Moniteur de MMO | Non | Oui | Non | Non | Non | Non | Oui |
| Inscrit au GEMAC | Oui | Oui | Oui | Non | Oui | Oui | Oui |
| Année DIU (âge) | 2006 (34 ans) | 2006 (47 ans) | 2010 (30 ans) | 2012 (46 ans) | 2006 (50 ans) | 2006 (42 ans) | 2001 (40 ans) |
| Installé lors DIU | Oui | Oui | Non | Oui | Oui | Non | Oui |
| Autres DIU (nombre) | Oui (3) | Oui (1) | Non | Oui (4) | Oui (2) | Oui (2) | Oui (1) |
| Formation de MMO après le DIU | Oui | Non | Non | Non | Oui | Oui | Oui |
| MMO connu par les patients | Oui | Non | Non | Non | Oui | Oui | Oui |

TABLEAU 2

| | E8 | E9 | E10 | E11 | E12 | E13 | E14 |
|--|--------------------|----------------|---------------|---------------|----------------|----------------------------|----------------------------|
| Pratique de la MMO | Oui | Non | Non | Non | Non | Oui | Oui |
| Nombre de consultation de MMO | 1 / jour | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 / jour | 10 / jour |
| Durée de consultation | 60 min. en MMO | 15 minutes | 30 minutes | * | 10 minutes | 30 min. MMO 30 min. Rhu | 30 min. MMO 30 min. MPR |
| Spécialité | MW | MG | Rhu | Urgentiste | MG | Rhu | MPR |
| Age | 55 ans | 41 ans | 49 ans | 43 ans | 58 ans | 66 ans | 60 ans |
| Sexe | Homme | Femme | Femme | Homme | Homme | Homme | Homme |
| Activité | Salarié / Libérale | Libérale | Hospitalière | Hospitalière | Libérale | Libérale | Libérale |
| Secteur | * | 1 | * | * | 1 | 1 | 1 |
| Exercice | Urbain, seul | Urbain, groupe | * | * | Urbain, groupe | Urbain, groupe | Urbain, seul |
| Patient d'ostéopathe avant le DIU | Oui | Oui | Oui | Oui | Non | Oui | Non |
| Moniteur de MMO | Oui | Non | Non | Non | Non | Oui | Oui |
| Inscrit au GEMAC | Oui | Non | Non | Non | Non | Oui | Oui |
| Année DIU (âge) | 2014 (50 ans) | 2009 (31 ans) | 2001 (31 ans) | 2014 (38 ans) | 2001 (40 ans) | 1986 (33 ans) | 1991 (28 ans) |
| Installé lors DIU | Oui | Non | Non | Oui | Oui | Oui | Oui |
| Autres DIU (nombre) | Oui (1) | Oui (2) | Oui (2) | Oui (2) | Non | Oui (1) | Non |
| Formation de MMO après le DIU | Oui | Non | Non | Non | Non | Oui | Oui |
| MMO connu par les patients | Oui | Non | Non | Non | Non | Oui | Oui |

B. Les déterminants de la pratique de la MMO :

1) Les raisons pour faire le DIU de MMO :

➤ Les médecins ayant réalisé le DIU de MMO avaient **un sentiment d'insuffisance dans l'examen ostéo-articulaire :**

- Par le ressenti d'un manque de formation médicale pour l'appareil ostéo-articulaire.

« J'attendais vraiment d'optimiser mieux l'examen clinique, d'avoir différentes réponses sur pas mal de pathologies douloureuses musculo-squelettiques pour lesquelles on était assez limité en médecine générale » (E7).

- Par le désir d'amélioration de leurs connaissances sur l'appareil ostéo-articulaire.

« C'est un enrichissement en termes de culture générale, ce qui est intéressant dans mon créneau » (E2).

➤ Ils avaient une notion de **l'efficacité de l'ostéopathie**, que ce soit :

- Par l'influence de pairs.

« Un de mes premiers chefs m'a fait découvrir l'ostéopathie » (E1).

- Par retour de patients.

« Je me disais à chaque fois, 'tain c'est quoi ce truc, à chaque fois ils sont bien et moi [...] avec mes pauvres médicaments anti-inflammatoires [...] ça fait pas grand-chose » (E4).

- Par expérience personnelle.

« J'avais une double épicondylalgie qui me pourrissait la nuit, je me suis dit je vais prendre un ostéo, [...] en une demi-heure, il m'a réglé le problème » (E8).

➤ Il existait de la **curiosité pour l'ostéopathie**.

« J'avais l'expérience comme ça de gens qui étaient pris en charge en ostéo et que ça avait bien soulagé, donc je me disais, bah ça peut être intéressant de voir, et c'était un peu de la curiosité, voir un peu aussi comment ça fonctionnait » (E9).

➤ La plupart des **médecins souhaitaient intégrer la MMO à leur pratique quotidienne** :

- Par attirance du côté « manuel » de la formation pour cinq médecins, tous pratiquants.

« C'était ma grande frustration de ne pas faire grand-chose avec mes dix doigts » (E5).

« Le coté manuel pour pas faire que du stétho quoi » (E7).

- Du fait de la complémentarité avec la médecine du sport pour trois médecins.

« Je voulais faire de la médecine du sport et de l'ostéopathie » (E3).

- Par souhait de thérapeutiques non-médicamenteuses pour deux médecins.

« Les pilotes de chasse, ils n'ont pas le droit aux médicaments » (E1).

➤ Pour deux médecins, il existait **une déception de la médecine**.

« Parce que donner des médicaments à prendre, des prescriptions, enfin bon tout ça, ça faisait quand même bien longtemps que je pensais que ce n'était pas ça mon métier, [...] les ordonnances, bon à part l'antibiothérapie, on n'a quand même pas grand-chose qui soit très probant » (E6).

➤ Un médecin **souhaitait faire de la MMO avant de faire des études de médecine**.

« Dans le cadre des arts martiaux on avait un enseignement des techniques de traitement basé sur le shiatsu et certaines techniques chinoises, [...] donc j'ai fait mes études un petit peu centrées là-dessus, [...] j'ai fait rhumato et j'ai fait traumatisme du sport » (E13).

➤ Un médecin **souhaitait poursuivre l'activité de MMO de son prédécesseur**.

« Ma motivation première était due à la pratique de la vertébrothérapie par mon prédécesseur auquel j'ai succédé à son départ à la retraite et aussi la pratique de la médecine manuelle par mon associée à l'époque » (E14).

➤ Un médecin **souhaitait enrichir ses connaissances sans intégrer la MMO à sa pratique**.

« C'était plus un souci d'enrichissement des connaissances que de nécessité de pratique en termes manipulatifs » (E2).

2) Bénéfices ressentis du DIU pour tous les médecins :

➤ La formation en MMO permettait d'**améliorer les compétences de l'ensemble des médecins**, que ce soit :

- Au niveau clinique.

« On apprend un truc que personne nous apprend quand on fait la rhumatologie, c'est l'examen segmentaire et l'examen détaillé » (E10).

« Dans l'ostéo, tu as aussi l'apport du toucher » (E3).

- Au niveau diagnostique.

« Je suis capable de faire un diagnostic de DIM, [...] genre des syndromes de la charnière thoraco-lombaire » (E9).

- Au niveau des connaissances théoriques.

« Je trouve que le côté théorique m'a apporté énormément, [...] tout ce que j'ai appris pendant ce DIU je m'en sers tous les jours » (E9).

- Au niveau thérapeutique pour les pratiquants.

« Donc au niveau manipulation, ça a fait rachis lombaire bas, TPS et [...] mobilisation de la cheville, décoaptation comme il faut. » (E7).

➤ Pour certains, cela permettait un **enrichissement de la relation médecin-patient**.

« Les gens se sentent mieux pris en charge, enfin, indépendamment du résultat d'ailleurs. Ils expriment bien qu'au moins ils ont été écoutés, examinés comme il faut, qu'on a mis le doigt sur leur problème au propre comme au figuré, parce que du coup, là on prend le temps de les [faire se] déshabiller, de les examiner etc., et donc, voilà. Ça c'est gratifiant. » (E7).

➤ Dans le cas d'un diagnostic de pathologie ostéo-articulaire, avoir réalisé le DIU de MMO permettait une **meilleure orientation des patients vers les professionnels adaptés**.

« Ca me permet de mieux définir les étiologies, et en particulier d'orienter pour tout ce qui va être plutôt de la médecine manuelle, plutôt du rhumatologue ou plutôt une recherche étiologique, [...] sans perdre de temps en examens complémentaires, [...] le patient est orienté plus rapidement que celui qui n'a pas fait ça à mon avis » (E3).

➤ L'orientation des patients relevant de MMO pour les médecins ne la pratiquant pas se faisait selon **le réseau de chaque médecin**, soit :

- Vers un médecin pratiquant la MMO.

« *Quand c'est une cervicale que je vois que je m'en sors pas avec les médocs, que je pense qu'il faut un petit geste pour débloquer, j'envoie à X.* » (E12).

« *Je ne donne pas de nom [...] je fais une liste non exhaustive de ceux qui pratiquent* » (E11).

- Vers un non médecin, ce qui pouvait être source de doute pour certains.

« *Les ni-ni ou les kinés, je ne sais absolument pas quelle formation ils ont* » (E11).

- Vers un kinésithérapeute ostéopathe.

« *Le médecin est là pour donner un diagnostic précis, et le kiné va faire sur prescription précise du médecin* » (E10).

- Vers un ostéopathe exclusif.

« *Parfois j'oriente même chez un ostéopathe ni-ni, je le mets dans le cadre de sécurité légale et voilà* » (E3).

Il existait pour certains médecins une méfiance envers les ostéopathes exclusifs.

« *A l'époque beaucoup d'écoles ont été fermées [...] à la limite de l'imposture* » (E7).

➤ Le fait d'avoir suivi le DIU était **ressenti comme indispensable**.

« *Je ne sais pas comment je ferais si je n'avais pas fait ça aujourd'hui, il y a eu un avant et un après* » (E3).

- Les sept médecins se disant non-pratiquants **pratiquaient tout de même a minima des thérapeutiques simples**, en particulier **des manœuvres myotensives**.

« *Je ne fais pas de manipulations cervicales, mais ça m'arrive de faire un peu de myotensif pour le rachis cervical* » (E10).

- Cinq médecins se considérant comme non-pratiquants disaient **regretter de ne pas pratiquer plus souvent**.

« *Mon cabinet est aménagé pour le faire, j'ai toujours en tête de m'y recoller, [...] tout est prévu ici pour pouvoir éventuellement m'y recoller* » (E3).

« *C'est toujours un peu dommage de perdre un savoir-faire* » (E9).

3) Les raisons de poursuivre la MMO pour les pratiquants :

- Chez les médecins poursuivant la pratique de la MMO, il était mis en évidence une **complémentarité entre la MMO et leur spécialité.**

« C'est un outil thérapeutique tout à fait complémentaire dans ma pratique » (E14).

« Pour moi l'ostéo fait partie de la rhumato » (E13).

En particulier parce que le **raisonnement médical était identique** avec des indications thérapeutiques à respecter.

« Je n'ai pas l'impression de faire un autre raisonnement diagnostique, [...] c'est-à-dire que c'est : signes fonctionnels, signes cliniques, hypothèses diagnostiques et possibilités thérapeutiques, [...] prescription d'examens complémentaires, respect des contre-indications » (E7).

« On sait pourquoi ça marche pas [...] quand l'indication est mauvaise !! Une maladie [...] ou une sciatique inflammatoire » (E1).

« Il faut pas voir la MMO ou l'ostéopathie comme une façon de tout gérer » (E8).

- Un médecin voyait l'ostéopathie comme un moyen de prévention des troubles musculo-squelettiques.

« L'ostéo c'est un très bon moyen de prévention [...] des pathologies professionnelles, en particulier les TMS » (E8).

- Deux médecins utilisaient la MMO pour gérer une patientèle particulière.

« C'est un complément pour mieux gérer les patients militaires sportifs » (E4).

« C'est justement la porte ouverte de l'ostéopathie qui me permet d'y retourner, sinon c'est des gens [les douloureux chroniques] que je ne reverrai pas forcément » (E5).

- La MMO était ressentie comme **efficace, malgré le manque de preuves scientifiques.**

« Même si scientifiquement on a du mal à le prouver, ça marche... » (E1).

« Je suis un ancien douloureux chronique [...] je me suis mis à aller mieux le jour où j'ai montré les exercices aux patients » (E5).

➤ Les médecins ressentait une **amélioration de leur pratique**, que ce soit au niveau :

- Du toucher.

« *J'ai appris, ma main est fine et perceptive* » (E6).

- De l'examen clinique.

« *L'examen lombaire il est vraiment optimisé quand on fait le DIU* » (E7).

- Du raisonnement diagnostique.

« *Ce n'est pas rare de tomber sur des diagnostics pas faits, qui durent depuis plusieurs années, de tumeurs ou de trucs comme ça* » (E7).

- Thérapeutique, en traitant soi-même les patients.

« *L'ostéo c'est du soin direct, sans aiguille, pas de prescription* » (E8).

➤ Certains médecins prenaient du **plaisir à pratiquer la MMO**.

« *J'y prends réellement plaisir* » (E14).

« *J'ai la chance d'être satisfait à mille pour cent* » (E1).

- Ils avaient l'impression d'avoir trouvé une pratique qui leur convenait.

« *Pour la première fois de ma vie je me suis dit : Ouah, ça c'est fait pour moi !! [...] j'ai trouvé ma voie* » (E1).

- Ils ressentait une valorisation de leur pratique.

« *Le contact patient en ostéo est vraiment très très important et très valorisant* » (E8).

- Ils pouvaient mieux s'investir auprès des patients.

« *Du coup je vois moins de monde, j'ai l'impression de m'en occuper mieux* » (E7).

➤ Cela permettait à certains médecins d'**échapper à la pression administrative** de leur spécialité.

« *Sûrement aussi qu'il y avait déjà la pression administrative qui me gavait* » (E7).

« *En médecine ostéopathe le seul temps administratif c'est le passage de la carte vitale au début [...] tout le reste c'est médical* » (E6).

4) Les freins à la poursuite de la MMO pour les non-pratiquants :

➤ La pratique de la MMO était perçue comme **exigeante**.

« Il y a ce manque de pratique, ce manque d'assurance et ensuite des gestes qui sont plus tellement les bons » (E9).

- Car il fallait un **entraînement pratique régulier**, permettant d'acquérir un bon toucher.

« C'est comme la musique hein... et je pense qu'en médical on ne pratique pas assez [...], on n'a pas appris à toucher la plupart du temps, [...] jamais on m'avait montré, jamais on n'avait posé la main dessus en disant voilà... » (E8).

- Car il fallait une **bonne confiance en soi**.

« Il y a toujours aussi une petite tension : est-ce que je vais y arriver ? Est-ce que je vais soulager ? Donc du coup tu peux avoir toi aussi une petite décharge émotionnelle, qu'il va falloir gérer, intégrer dans tout le reste des émotions de la journée » (E7).

- Car il fallait **se prévoir du temps**, la consultation de MMO étant plus longue qu'une consultation classique pour certains médecins.

« Si on n'est pas un bon gestionnaire de son temps, on se retrouve très vite débordé donc c'est compliqué à l'heure actuelle de pratiquer » (E2).

« La consultation d'ostéopathie est quand même longue, [...] pas loin d'une heure » (E12).

➤ Les médecins avaient de **multiples activités**. Ils devaient donc **établir des priorités**.

« Je pense qu'on se heurte un peu à la multi-activité de plein de monde » (E7).

« Dans l'idéal j'aimerais tout faire, [...] il fallait faire des choix » (E3).

- Ils étaient débordés.

« Quand tu vois 40-45 patients par jour » (E12).

« Quand tu es dans une zone déficitaire avec 15 jours d'attente pour avoir un rendez-vous, tu ne peux pas bloquer tes journées pour faire de l'ostéo » (E3).

- Ils avaient des obligations administratives.

« Tu as les CPTS, les réunions professionnelles, les réunions interprofessionnelles, [...] il y a des réunions pour faire gérer la structure juridique, il faut voir le comptable... » (E3).

- Ils souhaitaient privilégier leur spécialité.

« On est absorbé par des malades qui ont des anti-TNF, qui ont à gérer des effets indésirables et des problèmes de tolérance » (E10).

- Ils souhaitaient privilégier d'autres formations.

« J'ai passé la formation d'hypnose, je me suis investi dans autre chose » (E11).

- Ils souhaitaient privilégier leur vie privée.

« Quand tu cumules journée de travail plus formation et que tu as une vie de famille et accessoirement une vie sociale, tu ne peux pas tout faire » (E3).

- Un médecin souhaitait diversifier son activité.

« J'avais fait le DIU de médecine hyperbare et subaquatique, [...] j'ai fait la capacité de médecine du sport et pas mal de choses dans le sport, nutrition et podologie du sport » (E4).

- Un médecin avait des obligations liées à l'installation libérale.

« Le médecin dont j'ai repris la succession il était en mi-temps, donc il fallait développer la patientèle, et il n'était pas informatisé, donc il fallait faire une informatisation » (E9).

➤ **Les consultations de MMO étaient rares** pour les médecins interrogés.

« Finalement, on n'en fait pas tant que ça » (E4).

« L'ostéo ce n'est pas majoritaire, c'est vraiment à la marge, l'utilité que j'ai ici, elle est plus sur le côté médical » (E3).

Cela pouvait venir :

- De la concurrence avec les ostéopathes exclusifs.

« Il y a trop de concurrence avec les ostéopathes » (E1).

« Les pancartes d'ostéopathes elles aimantent plus les gens que notre petit diplôme de médecine manuelle ostéopathie » (E5).

- De la représentation que le patient se fait du médecin.

« Quand on a son étiquette de médecin généraliste, faire une clientèle d'ostéopathie au sein de sa clientèle de médecine générale, j'ai trouvé ça compliqué, [...] parce que le patient qui est en face de nous, par définition, il n'est pas en demande » (E5).

➤ Plusieurs médecins trouvaient que le **DIU n'était pas suffisant pour pratiquer.**

« Ce qu'on apprend là ce n'est pas suffisant, c'est la base quoi » (E12).

➤ Plusieurs médecins trouvaient **une faible rentabilité de la MMO.**

« Si tu veux faire une bonne séance d'ostéo, ça dure entre 30 et 45 minutes, et ce n'est pas rentable par rapport aux 3 consultations qu'on pourrait faire dans le même temps » (E4).

➤ Pour trois médecins le fait **d'être remplaçant lors du DIU de MMO** était un frein à la pratique.

« J'ai un peu perdu la main dans mes consultations en remplaçant, [...] j'aurais plus pratiqué directement en étant installé » (E9).

En effet le remplaçant n'était pas dans de bonnes conditions pour pratiquer.

« On s'adapte à la patientèle du médecin remplacé, qui n'est pas forcément une patientèle en recherche de MMO » (E4).

« Il avait une table pas propice, on ne pouvait pas se mettre à la tête » (E3).

➤ Il existait chez un médecin **une déception de la MMO**, qui s'attendait à quelque chose de « magique ».

« J'avais l'impression que [...] c'est magique. Donc je me suis dit, bah moi aussi je veux apprendre à être magicien, sauf que, bah ce n'est pas magique. [...] Petite déception par rapport à l'effet attendu » (E4).

➤ Un médecin décrivait un **manque d'aisance dans le contact physique avec le patient.**

« Physiquement ce n'est pas toujours évident, je me sentais pas toujours à l'aise dans le corps-à-corps avec les patients » (E9).

➤ Un médecin ressentait de **l'isolement après sa formation.**

« Tout seul, à la Réunion, il n'y avait pas beaucoup de médecins MMO » (E4).

➤ Un médecin décrivait une **crainte de complications des manipulations.**

« Si tu rentres chez toi et tu stresses parce que [...] tu fais une cervicale » (E12).

C. Idées pour favoriser la pratique :

- Pour certains médecins, du fait d'un flou persistant il était important **d'améliorer le statut de la MMO.**

« Je trouve qu'on est sur de mauvaises définitions, des espèces de quiproquo de définitions, et finalement personne sait exactement à quoi on sert, ce qu'on fait, c'est dommage » (E5).

Que ce soit :

- En permettant une **meilleure visibilité des publications de MMO.**

« Parce que publier en ostéo dans une revue d'ostéo, c'est lu que par des ostéos, donc ça n'a pas de grande valeur sur le plan de l'impact » (E2).

- En **renforçant le statut universitaire de la MMO** par les sociétés savantes de MMO.

« Je pense que l'université, c'est le lieu où on peut faire avancer notre problème [...] c'est une démarche qui doit être menée par les sociétés savantes, [...] je pense qu'on a une société savante de l'ostéopathie en France, donc cette société savante doit s'ordonner pour faire le lobbying nécessaire » (E2).

- En **introduisant systématiquement l'apprentissage de la MMO** lors de la formation médicale.

« Comme pour l'échographie qu'on a introduite dans la formation des rhumatologues, je pense que c'est dommage de ne pas introduire au moins l'examen clinique, pas forcément la pratique de la MMO, mais au moins l'examen clinique. La manière dont on examine les gens en médecine manuelle, il faut absolument que tous les rhumatologues examinent comme ça, voire tous les médecins » (E10).

« Est-ce qu'on doit l'intégrer dans l'enseignement médical général ? [...] j'avais proposé de créer un DIU d'anatomie palpatoire, mais pour le moment le projet il est resté comme ça, abandonné temporairement » (E7).

- Des médecins proposaient **des améliorations de la formation :**

- Un médecin proposait une amélioration du DIU avec la **mise à disposition d'une fiche pour chaque manœuvre apprise.**

« Il faut aussi avoir un support rapide à portée de main [...] vérifier l'info diagnostique, vérifier le geste qu'on a fait, vérifier la posture que devait avoir le patient, la posture que devait avoir le

médecin pour faire l'examen ou pour faire le test ou pour faire le traitement, et ça des fois on s'en rappelle plus du tout, est-ce que je dois me mettre à gauche, à droite ?» (E7).

- Un médecin proposait d'avoir **plus de formation au toucher** et de **favoriser l'apprentissage d'alternatives à la manipulation**.

« Je pense que si on avait plus d'éducation au toucher, on pratiquerait plus » (E8).

« Si on te donne des outils qui vont te permettre de prendre en charge immédiatement le patient, tu peux... mais si on te donne des outils où tu ne peux pas prendre [en charge le patient], parce que pour l'utiliser, il faut déjà maîtriser la technique, et que ça va correspondre à 30% des patients, comment tu fais ? [...] on est dans l'apprentissage quand même de beaucoup de techniques manipulatives, et le reste c'est si on ne peut pas faire quoi... je pense que c'est important de promouvoir les alternatives à la manipulation » (E8).

Selon lui, une bonne manœuvre ostéopathique devrait avoir au moins un des deux critères suivants :

- Pouvoir être utilisable rapidement.

« Il faut que tu puisses avoir des techniques où la courbe d'apprentissage soit rapide, en tout cas suffisamment rapide pour que tu puisses l'utiliser » (E8).

- Pouvoir être utilisée sur tous les patients

« Soit que les techniques soient « casables » facilement » (E8).

- Un médecin proposait de **favoriser les formations après le DIU**.

« Je pense qu'une sorte de formation continue quoi, d'un groupe de pairs ou ce genre de chose quoi. Comme on pourrait s'inscrire genre comme en DPC quoi pour d'autres formations, il y a pas beaucoup de DPC MMO par exemple » (E4).

- Les **périodes du DIU et immédiatement après le DIU étaient vécues comme les plus importantes**, car c'est à ce moment que **l'entraînement était perçu comme primordial**.

« Je pense qu'il faut faire de la pratique, de la pratique, de la pratique, de la pratique... » (E8).

« J'ai toujours du mal à me lancer, c'est facile les deux années de formation, l'année qui suit parce qu'on est toujours un peu dedans, et plus ça va, plus on lâche quand on n'a pas vraiment instauré des consultations dédiées à ça, ce qui nous pousse un peu à en faire et à continuer à garder la main quoi, voire à se perfectionner » (E11).

- **La formation était le moment propice pour commencer à pratiquer.**

« *Quel que soit le cours que j'ai eu, j'ai toujours considéré mon partenaire comme un patient, je ne répétais pas du théâtre, je travaillais en sensation* » (E8).

« *Je commençais à faire des consultations en ostéopathie, même avant d'être diplômé* » (E1).

- **L'entraînement immédiatement après la formation était essentiel pour « garder la main ».**

« *On a fait cet apprentissage compagnonnique très très vite* » (E13).

« *A la fin du DIU, [...] j'en ai pas fait beaucoup, j'avais un peu perdu la main* » (E9)

Cela pouvait se faire :

- **Auprès des patients.**

« *Donc j'ai commencé à m'entraîner, à un moment je faisais du crânien à tout le monde. Je me prenais 5 -15 minutes d'entraînement pendant la consultation* » (E1).

- **Auprès de pairs.**

« *On révisait entre étudiants, je peux te dire que si les techniques étaient pas bonnes on était allumés* » (E8).

- **Auprès de l'entourage.**

« *J'ai pratiqué [...] ensuite avec mon entourage* » (E6).

➤ **La plupart des médecins mettaient en avant la nécessité de poursuivre les formations après le DIU.**

« *Ce qu'ils ont appris n'est que la partie émergée de l'iceberg, il faut aller chercher le reste en faisant le GEMAC, en allant dans les congrès, en faisant les journées qu'on fait à droite à gauche, les week-ends...* » (E13).

En effet, cela permettait :

- **De favoriser l'entraînement.**

« *Je me suis dit je vais aller voir ostéo-formation avec l'école de Bobigny [...] on révisait entres étudiants* » (E8).

- **D'identifier des personnes ressources.**

« *Il faut qu'au sortir de l'examen [...], nos élèves aient l'impression d'avoir des référents et des gens sur lesquels ils peuvent compter* » (E13).

- D'éviter l'isolement des médecins de MMO.

« Je pense que si on pratique et qu'il y a d'autres confrères qui pratiquent, [...], ça peut inciter, déjà à s'améliorer, au moins à conserver ses compétences, et puis à se motiver... » (E4).

- Pour les médecins pratiquant la MMO, l'organisation de leur emploi du temps était très importante.

« Il faut que ce soit anticipé quand on veut un soin en ostéopathie » (E6).

- Pour certains médecins, la MMO s'intégrait d'elle-même dans leurs consultations.

« Etant rhumato, c'est facile parce qu'elle s'intègre d'elle-même dans mon activité, puisque je fais du locomoteur et de la traumato [...] tous les jours, donc c'est beaucoup plus facile pour moi de faire de la thérapeutique manuelle » (E13).

- D'autres pouvaient cloisonner leurs activités avec une pratique exclusive de la MMO.

« Quand je fais de l'ostéo, je fais de l'ostéo. Dans mon cabinet je ne fais pas de médecine générale » (E1).

Cela pouvait être :

- Dans une **activité hors convention** de la sécurité sociale.

« Du coup je me suis dit secteur 3 pour m'installer, pour avoir la liberté » (E1).

- Dans une **activité conventionnée**.

« Quand on est conventionné secteur 1, on peut utiliser la cotation LHRP001 + K8/2 » (E7).

- Dans un exercice non médical de la MMO, **en dehors de la sécurité sociale**.

« L'exercice en ADELI non médical » (E8).

- D'autres pouvaient **organiser des créneaux spécifiques de MMO**.

« Je prends trois personnes à l'heure en médecine générale, et je prends une personne pour l'ostéo par heure » (E6).

Cela pouvait être :

- En intégrant la MMO dans les consultations de la journée.

« Je les intègre finalement au milieu de mes autres consultations » (E5).

- En faisant revenir les patients.

« Comme on n'aura pas le temps dans le cadre d'une consultation normale, on les reconvoque » (E7).

- Un médecin qui trouvait la pratique difficile avait mis en place **une organisation spécifique durant sa consultation de MMO.**

« J'ai trouvé ça assez difficile, je n'avais pas trop le temps de potasser ni trop le temps de mettre en pratique [...] je fais du TGO systématique [...] Je pense que celui qui veut s'installer et faire de l'ostéo il doit se construire son fil conducteur de consultation » (E5).

- Il était également noté l'importance **d'avoir une bonne table d'examen.**

« Ca m'a permis de changer mon examen clinique, c'est plus facile avec une table électrique d'examiner comme il faut » (E7).

- Plusieurs médecins proposaient de **faire connaître leur statut de médecin de MMO.**

« Il faut que ça soit écrit sur la plaque, il faut que les gens sachent qu'ils viennent pour de l'ostéo, donc déjà, ils arrivent avec des symptômes » (E9).

Pour cela, un médecin s'était fait une réputation et s'investissait dans la formation.

« J'ai mis en place une communication que là-dessus, disant que je faisais ça [...] et très rapidement je suis rentré dans le groupe des moniteurs du DIU » (E7).

- Certains médecins se posaient la question d'un **exercice exclusif de MMO.**

« Soit tu fais de l'omnipratique, soit tu fais que de la MMO, [...] et je me vois pas arrêter l'omnipratique pour faire ça » (E12).

« MG et MMO ne sont pas très compatibles à mes yeux, un choix d'exercice exclusif finit toujours par se poser » (E14).

- Pour les remplaçants lors du DIU, la solution pour poursuivre la pratique pourrait être de **remplacer un médecin pratiquant la MMO.**

« J'aurais remplacé un médecin qui faisait de l'ostéo, probablement ça ne se serait pas passé pareil, parce que les gens seraient venus pour ça, il y aurait eu probablement des plages dédiées, une organisation dédiée, une patientèle peut-être moins importante pour pouvoir faire ça » (E3).

Tableau 3 : Récapitulatif des résultats

| <u>Thème</u> | <u>Sous-thème</u> | <u>Principaux résultats</u> |
|--|---|---|
| Raisons pour faire le DIU | Sentiment d'insuffisance dans l'examen ostéo-articulaire. | <ul style="list-style-type: none"> - Manque de formation médicale - Désir d'amélioration des connaissances |
| | Efficacité de la MMO | <ul style="list-style-type: none"> - Par expérience personnelle / de proches / de patients |
| | Curiosité pour la MMO | |
| | Déception de la médecine | |
| | Souhait d'intégrer la MMO à la pratique | <ul style="list-style-type: none"> - Attirance pour le côté manuel de la formation - Complémentarité avec la Médecine du Sport - Intérêt pour les thérapeutiques non-médicamenteuses |
| | De façon isolée : | <ul style="list-style-type: none"> - Souhait de faire MMO avant médecine / de poursuivre l'activité d'un prédécesseur / d'enrichir ses connaissances sans pratiquer la MMO par la suite |
| Bénéfices ressentis après le DIU | Amélioration des compétences | <ul style="list-style-type: none"> - Clinique / Diagnostique / Théorique / Thérapeutique |
| | Enrichissement de la relation médecin-patient | |
| | Meilleure orientation des patients | <ul style="list-style-type: none"> - Selon le réseau de chaque médecin |
| | DIU indispensable | <ul style="list-style-type: none"> - Tous pratiquaient a minima - Regret de ne pas pratiquer plus souvent |
| Raisons de la poursuite de la MMO | Complémentarité entre MMO et spécialité | <ul style="list-style-type: none"> - Raisonnement identique (indications thérapeutiques à respecter) - Moyen de prévention des TMS - Utile pour des populations particulières |
| | Efficacité | <ul style="list-style-type: none"> - Même si non prouvée |
| | Amélioration | <ul style="list-style-type: none"> - Toucher / Examen clinique / Raisonnement diagnostique / Thérapeutique |
| | Plaisir | <ul style="list-style-type: none"> - Pratique qui convient - Valorisation de la pratique - Meilleur investissement auprès du patient |
| | Eviter la pression administrative | |

| Thème | Sous-thème | Principaux résultats |
|--|---|--|
| Freins à la pratique de la MMO | Pratique exigeante | <ul style="list-style-type: none"> - Entraînement régulier - Confiance en soi - Chronophage |
| | Activité multiple des médecins, nécessitant d'établir des priorités | <ul style="list-style-type: none"> - Médecins débordés - Obligations administratives - Privilégient leur spécialité / d'autres formations / leur vie privée - Souhait de diversification d'activité - Obligations liées à l'installation libérale |
| | Rareté des consultations de MMO | <ul style="list-style-type: none"> - Concurrence avec les ostéopathes exclusifs - Représentation du patient |
| | DIU insuffisant | |
| | Faible rentabilité | |
| | Etre remplaçant lors du DIU de MMO | |
| | De façon isolée : | <ul style="list-style-type: none"> - Déception de la MMO - Difficulté dans le corps-à-corps avec le patient - Isolement - Crainte des complications |
| Favoriser la pratique de la MMO | Améliorer le statut de la MMO | <ul style="list-style-type: none"> - Meilleure visibilité des publications - Renforcer le statut universitaire - Apprentissage systématique de la MMO par tout médecin |
| | Améliorer la formation de MMO | <ul style="list-style-type: none"> - Création de fiches pour chaque manœuvre apprise lors du DIU - Faire plus de formations au toucher et privilégier des alternatives aux manipulations - Favoriser les formations après le DIU |
| | Favoriser l'entraînement | <ul style="list-style-type: none"> - Pendant et immédiatement après le DIU - Auprès des patients / de pairs / de l'entourage |
| | Poursuivre les formations après le DIU | <ul style="list-style-type: none"> - Favorise l'entraînement - Identifie les personnes ressources - Evite l'isolement des médecins |
| | S'organiser | <ul style="list-style-type: none"> - Au niveau de l'emploi du temps - Pendant la consultation de MMO - Avoir une table d'examen adaptée |
| | Faire connaître son statut de médecin de MMO | |
| | Remplacer un médecin pratiquant la MMO | |
| | Avoir un exercice exclusif de la MMO | |

IV. Discussion :

A. Concernant l'échantillon :

L'âge moyen de notre échantillon était de 53 ans, ce qui correspond à une moyenne d'âge plus basse que la moyenne d'âge des médecins en activité en France en 2018 qui est de 57 ans ¹¹.

La moyenne d'âge de fin de DIU était de 39 ans. Selon MINGAM ¹² 87 % des généralistes connaissaient la MMO, contre seulement 65 % des internes de médecine générale. Cette différence pouvait venir du fait que les médecins les plus sensibilisés aux problèmes des pathologies ostéo-articulaires sont ceux ayant de l'expérience au cabinet, au contraire des internes. Cela explique que la formation était plutôt réalisée après une dizaine d'années de carrière médicale.

Notre échantillon comportait 21 % de femme, ce qui est différent de la population générale des médecins en France en 2018, où les femmes représentent 43 %, dont 61 % des moins de 40 ans ¹¹. Cela pouvait venir d'une féminisation plus tardive du DIU par rapport à la population médicale. La pratique de la MMO et de la kinésithérapie étant proche, il est intéressant de noter que les femmes kinésithérapeutes représentaient 49 % des effectifs, dont 56 % des moins de 40 ans en 2017 ¹³. Cela va à l'encontre de la vision majoritairement « masculine » des pratiques manuelles dans leur ensemble. En effet, il est souvent imaginé qu'une certaine force serait nécessaire afin de réaliser ces pratiques manuelles dans de bonnes conditions.

Aucun praticien hospitalier ne pratiquait la MMO, pouvant faire du statut hospitalier un frein particulier à la pratique de la MMO. Cela a été retrouvé dans la thèse de POZZI ¹⁴ où 91 % des médecins libéraux ayant réalisés le DIU de MMO de l'Hôtel-Dieu pratiquaient, contre 52 % des hospitaliers.

Cela peut être dû à la faible place qu'occupe la MMO dans la médecine hospitalo-universitaire, que ce soit par manque de preuve de cette discipline ou par méfiance envers l'ostéopathie (Annexe II). Cela peut également venir des conditions d'exercices. En effet les médecins hospitaliers sont souvent partagés entre les services d'hospitalisation et leurs consultations. De plus, les patients ne peuvent y avoir accès en premier recours.

B. Les déterminants de la pratique :

1) Les motivations pour faire le DIU :

Certains médecins ressentent **une insuffisance de formation dans l'examen de l'appareil ostéo-articulaire**.

LAURENSEN ¹⁵ montrait dans son étude que près de 70 % des étudiants en médecine générale se sentaient souvent en difficulté devant l'examen d'une articulation. CLEOPHAX ¹⁶ indique que 93 % des médecins considéraient que la formation médicale initiale sur les maladies de l'appareil ostéo-articulaire était insuffisante par rapport à leur pratique de médecine générale.

Cela a également été étudié par la revue PRESCRIRE ¹⁷ qui concluait son étude sur l'évaluation clinique d'étudiants sur Paris par : *« l'existence d'un fossé entre le savoir et le savoir-faire. En France en 2015, alors que l'énergie des étudiants en médecine est dirigée vers un bachotage de connaissances théoriques, tout un pan de leur formation apparaît négligé. La maîtrise de divers gestes élémentaires de l'examen clinique n'est pas assurée par ces études. Et cela questionne aussi sur d'autres aspects pratiques de la formation tels que la relation avec les patients. »*

Les médecins généralistes sont les principaux concernés. Cela peut expliquer leur engouement pour la formation du DIU de MMO en vue d'améliorer leurs compétences. Toutefois, le désir de s'améliorer ne semble pas être suffisant pour poursuivre la pratique. En effet, l'amélioration diagnostique et clinique peut suffire sans nécessiter de pratiquer.

Un médecin déclarait faire la formation exclusivement pour son apport théorique, diagnostique et clinique, soulignant sa richesse.

Certains médecins avaient une **notion d'efficacité de l'ostéopathie**.

C'est concordant avec le travail de BEAUFRETON ¹⁸ dans lequel les médecins maîtres de stage bas-normands étaient persuadés à 59 % de l'efficacité de l'ostéopathie. Toutefois, BINSON ¹⁹ montrait que 72 % des internes et 74 % des médecins interrogés avaient des réserves à propos de l'ostéopathie. Cette ambivalence peut expliquer la curiosité attirant les médecins au DIU de MMO. Ils préfèrent se faire leur propre opinion sur son efficacité.

Certains médecins souhaitaient **intégrer cette pratique à leur quotidien**.

Cette thérapeutique manuelle était décrite comme la « *thérapeutique à mains nues* » par GENUYT²⁰, idée que nous retrouvons dans notre étude, avec la notion de « *soin direct, sans aiguille* » (E8).

Elle peut être perçue comme une alternative intéressante aux prises en charge médicamenteuses dans les pathologies locomotrices douloureuses. En effet les thérapeutiques non médicamenteuses sont de plus en plus reconnues dans les traitements de la douleur, en particulier neuropathique. Par exemple la neurostimulation transcutanée, est citée en traitement de première intention dans les recommandations de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur²¹.

L'attrance pour le côté manuel de la formation, décrit par cinq des sept médecins pratiquant la MMO, était la principale motivation favorisant la pratique de la MMO dans notre échantillon.

Il semble exister un **lien entre la médecine du sport et la MMO**.

Pour un médecin, le souhait de faire la MMO venait de sa volonté de poursuivre une discipline dont il avait eu un aperçu dans sa pratique sportive de haut niveau, avant de faire médecine. De plus les deux médecins du sport interrogés pratiquaient de la MMO de façon exclusive.

Cette association entre MMO et médecine du sport a été retrouvée dans plusieurs études^{22, 23}, où il existait une association entre diplôme de MMO et diplôme de médecine du sport dans 31 % et 47 % des cas.

2) Les bénéfices liés à l'apprentissage de la MMO :

La MMO entraînait une **amélioration de la prise en charge des pathologies ostéo-articulaires** par la connaissance des dysfonctions articulaires pour tous les médecins ayant réalisés le DIU de MMO.

GENUYT²⁰ soulignait deux éléments bénéfiques dans le cadre de la MMO. D'une part l'intérêt pour le toucher, qui devenait une source d'alliance thérapeutique appréciée autant par le patient que le médecin. D'autre part l'examen clinique devenait plus précis, puisqu'il s'intéressait au corps humain dans son unité structurelle et fonctionnelle.

Il existait également un apport au niveau diagnostique et théorique avec la formation par l'apprentissage du DIM et des syndromes en résultant selon FREIRE⁷.

Cette amélioration de l'examen clinique **favorisait la relation médecin-patient**.

En effet selon un ouvrage de la Société Française de Médecine Générale ²⁴ : « *l'examen clinique ne remplit pas seulement une fonction diagnostique, il est aussi un moment de relation avec le patient et a valeur de relation thérapeutique. Cela entraîne plusieurs conséquences :*

- *L'examen clinique fait exister en tant que personne, il est pour de nombreux patients à la fois une marque de conscience professionnelle mais aussi d'attention particulière.*
- *Certains patients utilisent ce moment pour dévoiler des problèmes particuliers.*
- *Au travers de l'inspection, de la palpation et de l'auscultation, les patients se savent regardés, touchés, écoutés : l'examen du corps devient l'examen de la personne.*
- *Pour la majorité des patients, l'absence d'examen clinique au cours d'une consultation est considérée comme étonnante, décevante voire choquante. Cette attente des patients est probablement en lien avec une habitude socio-culturelle. »*

Cela peut expliquer le fait que **la formation était ressentie comme indispensable** pour ceux qui l'ont suivie.

Pour les médecins pratiquants, la complémentarité entre la MMO et la spécialité du médecin en faisait une **pratique adaptée au quotidien**. Cette pratique était ressentie comme une amélioration thérapeutique avec la possibilité d'avoir un outil supplémentaire, sans pour autant changer de raisonnement pour les médecins pratiquants ^{7,22}. Il est intéressant de noter que les **spécialistes libéraux pratiquaient plus facilement**. Il s'agit en particulier des médecins du sport, du rhumatologue et du médecin de MPR. Cela vient certainement du fait qu'ils sont les plus confrontés aux pathologies ostéo-articulaires. De plus, ils ont une durée et une valorisation des consultations supérieures par rapport aux généralistes, permettant une meilleure rémunération.

Dès lors qu'ils ont commencé à prendre en charge des patients en MMO, les praticiens pouvaient **préférer ce mode d'exercice**. La reconnaissance du patient étant plus importante, le praticien avait l'impression de faire un **travail valorisant**. Certains avaient le sentiment de mieux prendre en charge les patients et profitaient de consultations plus longues pour voir moins de patients dans la journée et ainsi se sentir plus efficaces. La non-reconnaissance du travail du médecin et la charge de travail font partie des principales causes d'épuisement professionnel des médecins libéraux ²⁵. La principale cause décrite était « l'excès de paperasserie », en particulier le poids des charges administratives et la pression de l'assurance

maladie. Nous avons pu le noter dans notre étude où la pression administrative dans la spécialité favorisait la pratique de la MMO.

Les médecins ne pratiquant pas la MMO pouvaient adresser les patients nécessitant des soins d'ostéopathie à différents professionnels. La plupart les orientaient facilement vers des médecins ou des kinésithérapeutes ostéopathes. Certains les orientaient vers des ostéopathes exclusifs qu'ils connaissaient et avec lesquels ils avaient l'habitude de travailler. Différents travaux indiquaient que le critère de choix principal pour envoyer le patient à un professionnel de l'ostéopathie était qu'il soit connu par le médecin, notant l'importance du **réseau de chaque médecin** ^{19, 26, 27}.

Dans ces travaux, les kinésithérapeutes ostéopathes faisaient l'unanimité, au contraire des médecins ostéopathes. Ces derniers, bien que mieux formés à détecter les contre-indications, ont moins de pratique manuelle qu'un kinésithérapeute. Cela correspond aussi à une vision plus traditionnelle du médecin qui considère que c'est à lui de faire le diagnostic, puis au kinésithérapeute de faire le traitement ostéopathique sur prescription médicale. En effet, l'acte de kinésithérapie est réglementé, remboursé par la sécurité sociale et à responsabilité partagée ²⁸.

Tous les médecins se disant non-pratiquants utilisaient tout de même **des manœuvres simples de MMO, en particulier myotensives**. Deux de ces médecins indiquaient faire parfois des consultations de MMO. Cette incohérence peut être due à une mauvaise compréhension de la question, ou correspondre à des gestes thérapeutiques de MMO qui n'ont pas été intégrés comme tel. Ces gestes peuvent souffrir d'un manque de valorisation et donc être réalisés sans être considérés comme appartenant à une « vraie » consultation de MMO, comme retrouvé par FREIRE ⁷. Puisque tous pratiquaient, le problème n'est pas tant la dichotomie présence ou absence de pratique de la MMO, qu'une fréquence de pratique suffisante permettant l'intégration de celle-ci dans le quotidien du médecin.

Il est donc discutable de classer les médecins comme non-pratiquants. Comme il n'a pas été indiqué de fréquence de pratique minimale dans les recommandations de la SOFMMOO ⁶, cela a été laissé à l'interprétation de chaque médecin.

3) La reconnaissance scientifique de la MMO :

L'efficacité de la MMO, bien que non scientifiquement prouvée, était ressentie par les médecins. Ce manque de preuve est sans doute dû à la complexité des études à réaliser pour affirmer l'efficacité de la MMO.

En effet selon le Dr MONIERE ²⁹: « *Pour retenir une étude sur la médecine manuelle, il faut qu'elle soit méthodologiquement irréprochable et que l'objet de l'étude soit pertinent. Cela impose de ne retenir que les études sur le traitement des dysfonctions, après avoir éliminé les facteurs d'entretien éventuels, et que le traitement à évaluer utilise toute la panoplie de la médecine manuelle et ne se contente pas d'une action uniquement sur le niveau symptomatique. Or de telles études n'existent pas. [...]*

Il pourrait être intéressant de relire les premiers écrits des promoteurs de l'expérience-based medicine (et non evidence dans le texte princeps) et de l'EBM Working Group, car ceux-ci préconisaient de prendre une décision thérapeutique en tenant compte pour un tiers seulement des données de la médecine par les preuves, les deux tiers restants dépendant de l'expérience des praticiens et de l'avis des patients (ainsi que de leur relation réciproque, des contraintes de l'exercice, etc.). »

Cela souligne une des limites de l'Evidence-Based Medicine (EBM) ³⁰: « *Une absence de preuve d'efficacité ne prouve pas forcément l'inefficacité d'un traitement, surtout pour un patient donné* ».

Pour avoir une efficacité thérapeutique, le médecin doit choisir le bon patient, celui présentant une dysfonction, grâce à un examen clinique de qualité pour un traitement ostéopathique adapté. Cela n'est en rien quelque chose de « magique ». Il s'agit d'un raisonnement clinique adapté à la médecine manuelle ostéopathique, avec l'existence d'un algorithme diagnostique ³¹.

L'INSERM avait conclu à une absence de supériorité de l'ostéopathie par rapport aux méthodes classiques pour les douleurs vertébrales en 2012 après une revue de la littérature ³². Toutefois, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de mars 2019 indiquaient que les mobilisations et les manipulations faisaient parties des prises en charge non médicamenteuses de deuxième intention dans les lombalgies communes ³³.

Il y a donc eu une évolution de la vision des thérapeutiques manuelles par les autorités de santé ces dernières années.

C. Favoriser la pratique de la MMO à partir des freins relevés :

1) S'entraîner rapidement pendant et après le DIU :

La MMO est une discipline médicale où **l'expérience joue un rôle prépondérant**. Le premier frein à la pratique de la MMO réside moins dans l'acquisition de la théorie que dans sa mise en pratique. En effet, elle nécessite **un entraînement rigoureux, répété, permettant une bonne maîtrise de soi et de son geste**.

L'apprentissage qui débute pendant la formation **doit se poursuivre rapidement après le DIU** auprès de pairs ou de patients. C'est à ce moment que les notions et gestes appris sont encore en mémoire et peuvent donc être le plus facilement mis en application.

Pour cela, il pourrait être proposé un support didactique simple de type « fiches » récapitulant l'ensemble des manœuvres apprises durant le DIU, permettant de faciliter l'entraînement. Des supports de ce type existent, mais ne permettent pas de s'y référer facilement. Le site de la SOFMMOO ³⁴ propose un récapitulatif de l'ensemble des manœuvres sous format vidéo, mais elles ne sont accessibles qu'aux adhérents de l'association, limitant leur diffusion. Les enseignants du DIU de Caen ont édité un livre reprenant l'ensemble des manœuvres enseignées ³⁵, mais son prix (69 euros) peut constituer un frein à son acquisition.

Il était indiqué des problèmes de relation au corps des patients, comme retrouvé par FREIRE ⁷. En effet le médecin de MMO doit être proche du patient pour son traitement, ce qui peut être mal vécu.

Or, c'est **l'expérience acquise par la multiplication des consultations de MMO** qui permet d'améliorer la confiance du praticien, limitant la peur de mal faire et de se décrédibiliser auprès du patient.

La complication neuro-vasculaire lors d'une manipulation cervicale est la hantise de tout praticien de MMO. Or c'est **l'expérience acquise par l'entraînement qui limite les complications**, en particulier au niveau cervical. C'est la raison pour laquelle la SOFMMOO a édité des recommandations de bonne pratique pour la prévention des accidents vertébro-basilaires après manipulation cervicale ⁶. Toutefois, elle conseille un an d'exercice continu des manœuvres manipulatives après l'acquisition du DIU de MMO avant de pouvoir commencer à pratiquer des manipulations au niveau du rachis cervical.

Or nous venons de voir que c'est rapidement après le DIU que le médecin récemment formé doit s'entraîner pour intégrer au mieux les manipulations. Comment peut-il s'entraîner rapidement si cela lui est clairement interdit ? Les manipulations nécessitent un entraînement important et ne peuvent pas être réalisées sur tous les patients du fait de leurs contre-indications (Annexe III). Cela incitait les médecins à privilégier des alternatives, comme le faisait remarquer l'un des médecins de l'étude.

Il est intéressant de noter que les médecins ayant poursuivi les formations en MMO après le DIU se disaient pratiquants, ce qui fait du **suivi de ces formations un marqueur de la poursuite de la pratique**. En effet, le compagnonnage initié par l'inscription à une association de MMO, type GEMAC, et le fait d'assister aux congrès annuels de la SOFMMOO permettaient d'améliorer régulièrement la pratique de la MMO, de trouver des personnes ressources en cas de difficultés et évitait ainsi l'isolement des praticiens.

2) S'organiser pour avoir du temps :

Selon PINOT ³⁶, une consultation de médecine manuelle durait au moins 30 minutes pour 50 % des médecins interrogés, alors qu'une consultation de médecine générale classique requérait entre 15 et 20 minutes. Ce temps de consultation, pouvant être plus important lorsqu'on est débutant en MMO, nécessitait donc une **organisation spécifique**.

Pour certains spécialistes le fait de pratiquer la MMO n'allongeait pas leur temps de consultation. Deux spécialistes libéraux intégraient les consultations de MMO dans leurs consultations habituelles sans problème particulier. Trois médecins avaient décidé de se consacrer uniquement à la MMO lors de leurs consultations. Deux médecins généralistes intégraient ces consultations de MMO au milieu de leurs autres consultations, en choisissant un créneau plus long en cas de MMO. Ils organisaient leurs consultations de MMO de façon à intégrer plus facilement les particularités de la discipline.

Un médecin montrait qu'il était possible de pratiquer en trouvant la MMO difficile. En organisant sa consultation de MMO, il propose un soin ostéopathique identique à tous ses patients, ce qui lui permet de diminuer la difficulté de cette pratique.

Ces différentes pratiques montrent bien qu'**il n'y a pas une façon unique de pratiquer la MMO**, cela dépend de chaque praticien, de ses disponibilités et préférences.

Toutefois, il existe des zones sous dotées en médecins, où la compétence médicale est plus attendue que la compétence ostéopathique ¹¹.

En effet, les médecins interrogés pouvaient avoir **d'autres priorités que la MMO** du fait de la multiplicité de leurs activités, de leur surcharge de travail, du souhait de privilégier leur spécialité et de préserver leur vie privée. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclaraient déjà travailler en moyenne 54 heures par semaine selon la DREES en 2019 ³⁷. Selon une étude de Santé Publique en 2009 ³⁸, 72 % des médecins généralistes libéraux avaient une activité en dehors de leur cabinet médical, que ce soit des activités en établissement de santé ou pour la permanence des soins.

Cela peut expliquer qu'ils n'allongent pas leur durée de consultation. Il arrive parfois que soient privilégiées d'autres formations qui ont été réalisées, car elles correspondaient mieux aux attentes des médecins, comme l'hypnose pour l'un d'entre eux.

3) Faire connaître son statut de médecin de MMO :

Certains médecins trouvaient que **les consultations relevant de la MMO étaient relativement rares**, ne permettant pas un entraînement régulier.

Or l'observatoire de médecine générale ³⁹, à travers le décompte des motifs de consultation entre 1994 et 2009 auprès de 220 médecins généralistes, notait que les pathologies relevant de l'appareil locomoteur représentaient 36 % des consultations. Parmi les cinquante diagnostics les plus fréquents, onze concernaient l'appareil ostéo-articulaire. Il y a donc une différence entre le ressenti des médecins et les chiffres retrouvés dans cette étude.

La **concurrence des ostéopathes exclusifs** pouvait expliquer cela, car les données de l'observatoire de médecine générale datent d'avant la croissance importante du nombre d'ostéopathes exclusifs en France. Il y en avait seulement 5 000 en janvier 2010 contre plus de 19 000 en juillet 2019, ce qui en fait le pays avec la plus forte densité d'ostéopathes au monde, soit un ostéopathe pour 2 000 habitants ⁴⁰. Selon BAUGAS ⁴¹, l'ostéopathe exclusif était consulté en premier recours dans le cadre des pathologies ostéo-articulaires pour 92 % des patients interrogés et dans 80 % des cas avant le médecin généraliste pour les pathologies rhumatologiques.

Il existait également un problème de **représentation du médecin ostéopathe pour le patient**. Le patient venant chez son médecin n'était pas en demande de soin ostéopathique. Selon JACQUEMARD et SCHROEDER ⁴², l'ostéopathe était perçu comme le « spécialiste » de la pathologie locomotrice, et soignait sans médicament.

Or selon CHARRA ⁴³ quand un patient venait voir son médecin traitant, il avait une attente de prescription médicamenteuse comprise entre 41 % et 76 %. La prescription médicamenteuse a un fort pouvoir symbolique, dont il est possible de s'affranchir en utilisant « l'effet médecin ». C'est le médecin qui va devenir l'instrument thérapeutique à travers différentes compétences, notamment la relation médecin-patient ⁴³, et pourquoi pas à travers ses **compétences en médecine manuelle**.

Il est intéressant de noter que **les médecins faisant connaître leur statut de médecin de MMO poursuivaient cette pratique**, à l'inverse de ceux qui ne le faisaient pas connaître. Il apparaît donc important de se faire reconnaître en tant que praticien de MMO pour limiter le frein lié aux a priori du patient. Il existe différentes façons de faire connaître son activité de MMO. Selon MINGAM ¹², si le bouche à oreille est la meilleure publicité, il existe aussi la possibilité de noter son statut de médecin de MMO sur ses ordonnances, sur sa plaque, sur les pages jaunes ou internet. Il est également possible d'envoyer une information aux confrères de la région, ou de s'inscrire sur l'annuaire d'un syndicat ou d'une association de MMO.

4) La cotation spécifique LHRP001 :

La **faible rentabilité de la pratique de la MMO** a été mise en avant par trois médecins, comme retrouvé par NEVES ⁴⁴ dans un travail sur la pratique des médecines complémentaires. Pour limiter cela, il existe la possibilité pour tout médecin titulaire du DIU de faire un acte de médecine manuelle du rachis : LHRP001, coté 33,50 euros pour une consultation avec manipulation vertébrale ⁴⁵. Pour les médecins ayant réalisé une troisième année validant le titre national d'ostéopathe ou ayant obtenu le DIU avant 2014 ⁴⁶, il y a également la possibilité de facturer un acte complémentaire d'ostéopathie d'un montant libre qui peut être pris en charge en partie par la mutuelle du patient selon son contrat.

5) Remplacer un médecin pratiquant :

Pour les médecins remplaçants lors de la formation, le matériel du médecin remplacé pouvait être inadapté, en particulier avec une table d'examen non réglable. Il est intéressant de noter que les trois médecins ayant été remplaçants à la période du DIU n'avaient pas pratiqué par la suite. Ce frein qui avait été retrouvé par FREIRE ⁷ peut être évité en **remplaçant un médecin qui pratique la MMO**.

6) Les perspectives universitaires :

Une **meilleure reconnaissance de la formation de MMO** par le monde universitaire et une meilleure visibilité de ses publications permettraient d'améliorer la pratique des médecins. Cela permettrait de sensibiliser plus de médecins à la rigueur scientifique attachée à la MMO.

L'apprentissage systématique de la MMO durant la formation médicale permettrait également de toucher un plus grand nombre de médecins.

L'expérience de Dijon, où il existe depuis 2005 un enseignement extra-universitaire de la médecine manuelle ostéopathique proposé aux étudiants dès la deuxième année des études de médecine, est prometteuse ⁴⁷. Même si nous ne savons pas s'il existe une incidence sur la pratique des médecins de MMO formés à Dijon, cela permet d'améliorer l'anatomie palpatoire et l'examen ostéo-articulaire des étudiants de Dijon, qui sont l'essence même de la médecine manuelle.

Le fait que la formation soit principalement prisée par les médecins généralistes répond à un besoin de reconnaissance de ceux-ci, mais selon le Docteur MONIERE ²⁹ : « *le réinvestissement des formations de MMO par les spécialistes, en particulier rhumatologues et MPR, leur permettrait une meilleure connaissance des pathologies mécaniques, en particulier rachidienne* ».

D. Synthèse et perspectives pour favoriser la pratique :

Le but principal de ce travail était de comprendre comment favoriser la pratique de la MMO.

Il en est ressorti des solutions **dépendantes de la volonté du médecin** :

- Entreprendre la formation avec un collègue ou se créer un binôme durant la formation afin de favoriser un entraînement pérenne aux gestes appris durant les cours pratiques.
- S'entraîner rapidement et régulièrement pendant et après le DIU.
 - En commençant à pratiquer sur des patients, des proches ou des pairs dès le début de la formation.
 - En s'inscrivant à des formations d'approfondissement, car le DIU n'est pas suffisant pour pratiquer de façon durable. Par exemple en réalisant une troisième année de formation de MMO et en s'inscrivant aux associations de MMO, de type GEMAC ou SOFMMOO.
 - En s'investissant dans la formation, par exemple comme moniteur au DIU.
- Avoir une organisation spécifique.
 - En matière d'emploi du temps, en se laissant des journées ou des demi-journées de consultations dédiées à la MMO ou en ayant des durées de consultations adaptées.
 - En s'organisant pendant la consultation, par exemple en ne s'occupant que de la plainte en rapport avec la MMO, sans multiplier les motifs de consultations.
 - En s'achetant une table d'examen adaptée et en organisant son espace pour pouvoir se mettre à la tête du patient.
- Se faire connaître comme praticien de MMO.
 - En communiquant sur son lieu d'exercice, par exemple avec un support de communication de type affiche dans la salle d'attente expliquant la démarche de la formation.
 - En notifiant son diplôme sur plaque et ordonnances.
 - En faisant connaître son statut de médecin de MMO auprès des confrères.
- Remplacer un médecin pratiquant la MMO.
 - En se mettant en relation avec des médecins pratiquant la MMO durant la formation.
 - En se renseignant sur des plateformes de remplacement type RemplaFrance.
- Connaître la cotation spécifique de manipulation vertébrale pour améliorer sa rentabilité.

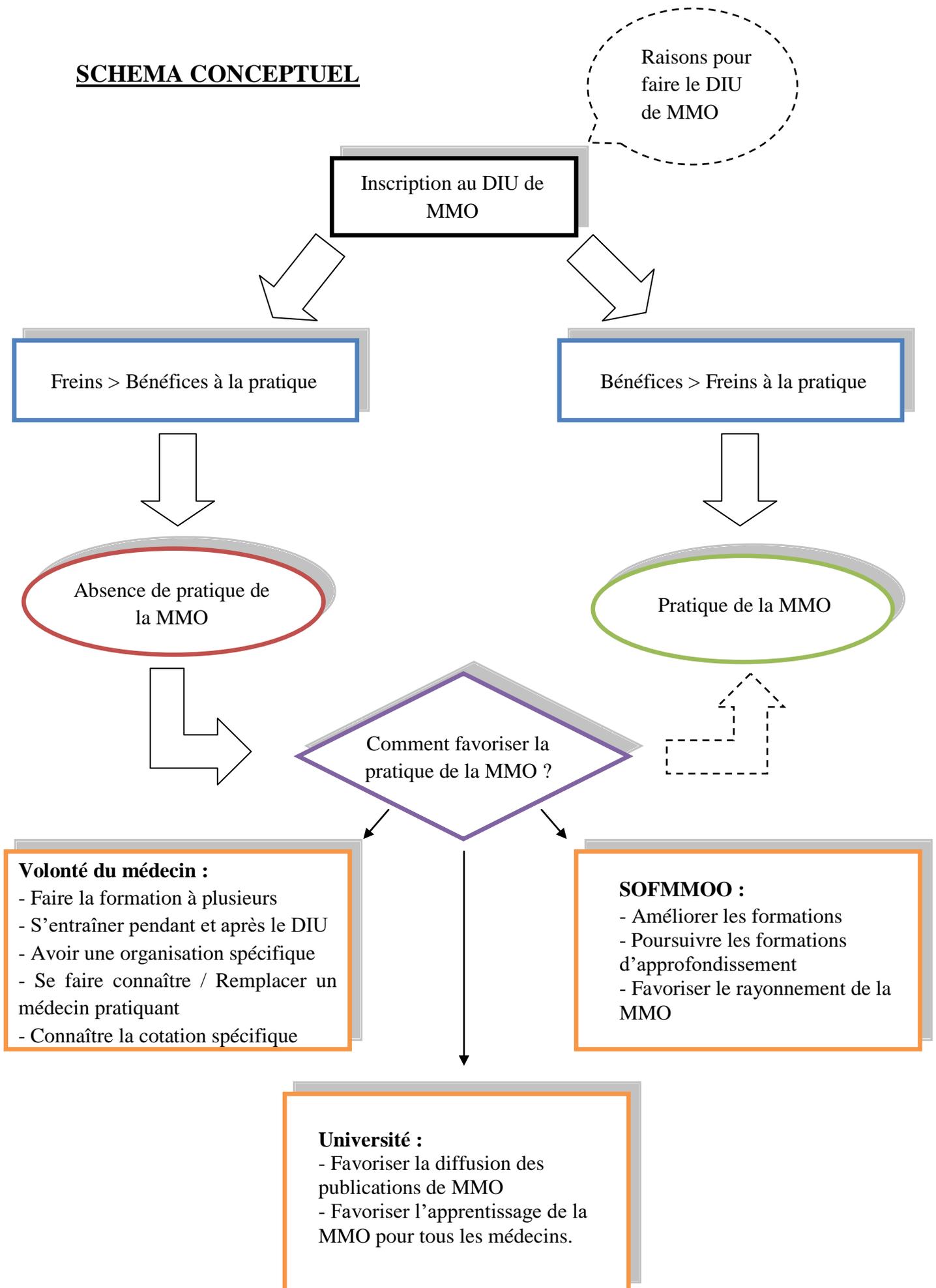
Des solutions peuvent aussi venir **des sociétés savantes de la MMO, comme la SOFMMOO** :

- Améliorer les formations de MMO :
 - Promouvoir la création ou le développement de cycles de formations complets dans chaque université, par exemple en favorisant les formations en 3 ans donnant le titre national d'ostéopathie.
 - Privilégier des alternatives aux manipulations, idéalement par des manœuvres facilement réalisables et utilisables sur tous les patients. Il s'agit d'une approche plus aisée car présentant peu de contre-indications et un faible risque iatrogène, rassurante pour les médecins débutants.
 - Proposer des fiches didactiques concernant chaque manœuvre apprise ou à défaut favoriser la diffusion des fiches de la SOFMMOO disponibles.
- Poursuivre les formations d'approfondissement de MMO locales et nationales.
 - En facilitant l'inscription de façon systématique, éventuellement gratuite, aux associations de MMO pour les médecins en formation.
 - En proposant un tutorat entre médecins pratiquants et ceux étudiant la MMO.
 - Multiplier les formations afin de favoriser l'entraînement.
- Favoriser le rayonnement de la MMO.
 - En multipliant les publications de MMO, en particulier concernant son efficacité. Favoriser la visibilité de ces publications permettrait d'améliorer la perception de la discipline par le monde scientifique.
 - En valorisant la tarification des actes de MMO auprès de la sécurité sociale.
 - En travaillant avec les plateformes de remplacements pour favoriser la mise en relation des praticiens avec les remplaçants de MMO.

Enfin, il existe aussi des solutions **dépendantes de l'Université** :

- Favoriser la diffusion des publications de MMO.
 - Cela permettrait de promouvoir cette discipline médicale auprès des médecins non formés et diminuer la confusion autour de la dénomination « ostéopathe » (Annexe II).
- Favoriser l'apprentissage systématique de la MMO pour tous les médecins afin de la rendre plus accessible.
 - En favorisant un enseignement d'anatomie palpatoire à la faculté de Médecine de Tours, qui permettrait d'avoir les bases de la MMO.

SCHEMA CONCEPTUEL



E. Forces et limites de l'étude :

1) Forces :

La recherche qualitative est la plus appropriée pour le recueil de données verbales, difficiles à quantifier. Il s'agit de la première étude sur le sujet.

Le recueil de données par entretiens semi-dirigés favorisait l'expression des médecins et la spontanéité des réponses, du fait de la flexibilité du guide d'entretien.

La multitude des spécialités de la population cible dans l'échantillon et la présence de médecins pratiquants et non-pratiquants permettaient d'avoir une diversité raisonnée des réponses sur ces critères.

La rencontre au cabinet du médecin permettait de créer un climat de confiance. Les autres modalités d'entretien permettaient d'interroger des médecins qu'il n'aurait pas été possible d'interroger autrement du fait de leur indisponibilité ou de l'éloignement géographique.

La saturation et la triangulation des données pendant l'étude a permis de limiter le biais d'interprétation.

2) Limites :

➤ Liées à l'échantillon

La population cible était l'ensemble des médecins ayant réalisé le DIU de MMO. Les médecins ayant répondu étaient certainement les plus intéressés par le sujet, comme le faible taux de réponse le laisse supposer. Cela entraînait un biais de sélection. On peut regretter l'absence de chirurgien orthopédique.

➤ Liées aux entretiens.

Les différentes modalités d'entretien, à l'oral ou à l'écrit pouvaient générer un biais de réponse.

La connaissance de mon statut de titulaire du DIU de MMO pouvait entraîner un biais d'influence, par la modification de réponses ou des imprécisions (« bah tu le sais bien... »).

La présence d'un dictaphone et mon manque d'expérience pouvaient altérer la spontanéité des échanges.

➤ Liées à la méthodologie :

Durant les entretiens, il a pu apparaître un biais de suggestion, car mes hypothèses préalables pouvaient transparaître dans la formulation des questions.

Durant l'analyse, la thématization et le choix des critères de catégorisation ont pu entraîner un biais d'interprétation malgré la triangulation des données.

La réalité de l'anonymat peut être mise en doute, du fait de la population restreinte des médecins ayant réalisé le DIU de MMO à Tours.

➤ Liées aux résultats :

Certaines informations auraient pu être intéressantes à notifier, comme demander à chaque médecin quel pourcentage de MMO il estime pratiquer sur la semaine et connaître pour chaque médecin le mode de rémunération choisi : tarification d'une consultation standard, utilisation du code manipulation vertébrale ou tarification hors nomenclature.

V. Conclusion :

Nous avons pu voir que malgré les avantages à pratiquer la MMO, il existe pour les médecins ayant réalisé le DIU à Tours de nombreux freins auxquels nous pouvons proposer des solutions.

Les enseignants du DIU de Tours avaient déjà connaissance de certains de ces freins, car il nous a été conseillé dès le début de la formation une pratique immédiate de chaque manœuvre apprise dès la semaine suivante au cabinet.

De même, l'apprentissage d'alternatives aux manipulations, principalement au niveau cervical, correspondait à leur connaissance de la crainte de la manipulation cervicale. La participation aux réunions de l'association du GEMAC était encouragée par leur programmation lors des journées de formations du DIU. La présentation d'un fournisseur de tables d'examens adaptées durant le DIU avait pour but d'en faciliter l'acquisition.

Il reste donc aux médecins s'inscrivant au DIU de MMO de Tours à trouver les sources de motivation pour la pratiquer de façon régulière.

Les sociétés savantes de MMO, comme la SOFMMOO, doivent poursuivre les études sur son efficacité et renforcer la reconnaissance de la discipline, en particulier auprès des spécialistes principalement concernés. Ces sociétés pourraient promouvoir les cycles complets de formation de MMO dans chaque université et proposer des fiches didactiques sur chaque manœuvre apprise. Elles pourraient également favoriser des alternatives aux manipulations dans les formations, notamment afin que soit suivie cette recommandation de ne pas pratiquer pendant un an de manipulations cervicales à la suite du DIU, sans que cela dissuade les médecins de pratiquer en cervical. La SOFMMOO aurait également la possibilité de déterminer la fréquence de pratique minimale de la MMO nécessaire après le DIU, afin de préciser la notion de « pratique continue et régulière » dans ses recommandations.

L'Université peut également avoir son rôle à jouer en favorisant la diffusion des publications de MMO et en proposant un enseignement de MMO pour tous les étudiants en médecine qui le souhaitent. A long terme, l'amélioration du niveau des étudiants dans l'examen ostéo-articulaire permettrait une meilleure connaissance de la MMO et pourrait favoriser sa pratique.

D'autres recherches pourraient être réalisées sur le sujet dans d'autres régions afin d'évaluer d'autres façons de favoriser la pratique de la MMO après le DIU.

ANNEXES :

Annexe I : Guide d'entretien

Nous pouvons commencer ?

Au cours de cet entretien, je serai amené à vous poser des questions, vous pourrez parler librement, je ne porterai aucun jugement sur votre discours, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Si je ne me fais pas bien comprendre lorsque je pose les questions, n'hésitez pas à me faire répéter ou à m'interrompre durant l'entretien si vous en ressentez le besoin. Avez-vous des questions ? Je vais maintenant lancer l'enregistrement.

1) Pouvez-vous me raconter la dernière fois que vous avez fait une consultation de MMO. Ou alors la dernière fois que vous avez pensé que vous pourriez en faire une, mais que vous ne l'avez pas faite.

2) Qu'est-ce qui vous a amené à faire de la MMO ?

Comment en êtes-vous arrivé à faire de la MMO ?

Comment en êtes-vous arrivé à vous dire que vous feriez le DIU de MMO ?

3) Quelles sont les choses que vous avez mises en place, ou essayé de mettre en place pour pratiquer la MMO ?

Comment avez-vous fait pour pratiquer la MMO ?

4) Quelles sont les difficultés et obstacles pour pratiquer la MMO que vous avez rencontrés personnellement ?

Quelles ont été les choses faciles/difficiles à mettre en place ?

Par la suite, qu'est ce qui fait que vous avez continué à faire de la MMO ?

5) Que pensez-vous de votre pratique de la MMO ? S'il ne pratique pas : Comment prenez-vous en charge les patients relevant selon vous de la MMO ?

Comment décririez-vous votre pratique de la MMO ?

Quelle est la place de la MMO dans votre quotidien ?

6) Que pensez-vous personnellement de la relation entre la MMO et votre spécialité ? Apport de la MMO ?

7) Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la pratique de la MMO ?

Qu'est-ce qui vous a manqué pour que vous puissiez pratiquer ?

Comment améliorer la pratique de la MMO par les médecins selon vous ?

Comment est-ce qu'on aurait pu vous aider à pratiquer la MMO ?

Avez-vous des remarques par rapport à cet entretien ? Qu'auriez-vous envie d'ajouter ?

Si non spécifié durant l'entretien : **caractéristiques sociodémographiques.**

Annexe II : Ostéopathie et Médecine Manuelle Ostéopathie.

Il existe une confusion autour du terme « ostéopathe » car il est appliqué à plusieurs catégories de professionnels : les ostéopathes professionnels de santé, qu'ils soient médecins, kinésithérapeutes, infirmiers ou sages-femmes, et les ostéopathes exclusifs qui sont majoritaires, parfois appelés « ni-ni ».

La Médecine Manuelle Ostéopathie est pratiquée exclusivement par des médecins.

1. L'ostéopathie

➤ Définitions

Selon l'OMS ¹, l'ostéopathie (également dénommée médecine ostéopathique) repose sur l'utilisation du contact manuel pour le diagnostic et le traitement. Elle prend en compte les relations entre le corps, l'esprit, la raison, la santé et la maladie. Elle place l'accent sur l'intégrité structurelle et fonctionnelle du corps et la tendance intrinsèque de l'organisme à s'auto-guérir.

Définitions parues au Bulletin Officiel ⁴⁸ :

L'ostéopathe, dans une approche systémique, après diagnostic ostéopathique, effectue des mobilisations et des manipulations pour la prise en charge des dysfonctions ostéopathiques du corps humain.

Ces manipulations et mobilisations ont pour but de prévenir ou de remédier aux dysfonctions en vue de maintenir ou d'améliorer l'état de santé des personnes, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agent physique.

Diagnostic ostéopathique :

Le diagnostic ostéopathique comprend un diagnostic d'opportunité et un diagnostic fonctionnel :

-Diagnostic d'opportunité : démarche de l'ostéopathe qui consiste à identifier les symptômes et signes d'alerte justifiant un avis médical préalable à une prise en charge ostéopathique ;

-Diagnostic fonctionnel : démarche de l'ostéopathe qui consiste à identifier et hiérarchiser les dysfonctions ostéopathiques ainsi que leurs interactions afin de décider du traitement ostéopathique le mieux adapté à l'amélioration de l'état de santé de la personne.

Dysfonction ostéopathique :

Altération de la mobilité, de la viscoélasticité ou de la texture des composantes du système somatique.

Elle s'accompagne ou non d'une sensibilité douloureuse.

Traitement ostéopathique :

Ensemble des techniques ostéopathiques adaptées à la personne en fonction du diagnostic ostéopathique visant à améliorer l'état de santé de la personne.

Technique ostéopathique :

Ensemble de gestes fondés sur des principes ostéopathiques.

➤ **Concept de l'ostéopathie :**

L'étymologie du mot « ostéopathie » vient du grec « ostéon », qui signifie os, et de « pathéin » signifiant souffrance ; l'utilisation des os pour soigner.

Andrew Taylor STILL le concepteur de l'ostéopathie, fait reposer l'ostéopathie sur 4 principes ⁴⁹ :

- L'unité du corps : toutes les parties du corps sont en interaction les unes avec les autres par l'intermédiaire des tissus organiques (« le tout dépasse la somme des parties »). Le corps constitue une unité fonctionnelle propre à chacun. Toute perturbation ou dysfonctionnement d'une région aura des répercussions sur le fonctionnement de l'ensemble.
- L'auto-guérison : le corps, à travers un système d'équilibre complexe, est doté de pouvoir d'auto-guérison, qui lui permet de rétablir spontanément la santé en présence de processus pathologiques.
- La structure gouverne la fonction : les structures du corps et les fonctions qu'elles doivent remplir sont interdépendantes, « toute maladie remonte à quelque désordre mécanique dans la machinerie du corps humain ». Il faut donc rechercher et corriger les irrégularités dans les structures qui composent le corps pour en améliorer les fonctions.
- Un programme thérapeutique logique doit être fondé sur cette philosophie et ses principes.

Ainsi pour STILL, toute perte de mobilité naturelle des organes les uns par rapport aux autres apparaîtrait au niveau des muscles, tendons, viscères, fascias et du crâne, ce qui induirait une dysfonction générale. Le rétablissement de la mécanique permettrait alors une régulation de l'homéostasie naturelle. Il résumait son concept de l'ostéopathie en disant : « Trouvez la lésion primaire, corrigez-la, et laissez faire la nature ».

A noter que ces concepts englobent également deux types d'ostéopathie qui sont sujets à débat :

a. Ostéopathie crânienne

Elle serait fondée sur une perturbation du « flux rythmique du liquide céphalo-rachidien ». Le rétablissement de celui-ci guérirait le patient.

b. Ostéopathie viscérale

Elle consiste en techniques externes, cutanées mais également articulaires et musculaires appliquées dans le même métamère neurologique que l'organe en cause.

Il existe deux types de techniques d'ostéopathie à visée ostéo-articulaire : l'ostéopathie structurelle traitant des blocages articulaires et l'ostéopathie fonctionnelle qui avec l'aide du sujet, permettent de mobiliser les tissus jusqu'à un état de relâchement suffisant pour permettre la correction spontanée de la lésion ostéopathique.

Pour résumer⁴⁹, l'ostéopathie se présente à la fois comme :

- Un Art, car c'est une thérapeutique manuelle qui nécessite un toucher précis, et toujours adapté aux patients et à la pathologie à traiter.
- Une Philosophie, parce qu'elle s'intéresse à l'Homme dans sa globalité. Ce n'est pas tant le symptôme qui intéresse l'ostéopathe que la cause qui le provoque.
- Une Science qui englobe les connaissances anatomiques, physiologiques, biomécaniques et biologiques relatives au rétablissement et à la préservation de la santé.

2. La Médecine Manuelle Ostéopathie

➤ Définitions :

Selon la Fédération Internationale de Médecine Manuelle ³, la Médecine Manuelle Ostéopathie est une discipline médicale de haut niveau de connaissance et d'expérience dont le but est de diagnostiquer, traiter et prévenir les désordres réversibles fonctionnels de l'appareil locomoteur.

Elle se définit comme une pratique manuelle visant à diagnostiquer et traiter une dysfonction au sens large du terme, un dérangement bénin, mécanique ou réflexe, d'une structure articulaire vertébrale ou périphérique ainsi que les douleurs projetées qui en résultent ⁵⁰.

Selon le Syndicat de Médecine Manuelle Ostéopathie de France ⁵¹ :

La MMO enseignée dans les Facultés de Médecine est l'ostéopathie structurelle amputée de son concept originel. Elle peut se définir :

- Par ses particularités cliniques, avec la recherche de tout dérangement articulaire mineur qui sera appelé DIM au niveau du rachis où il s'accompagnera de symptômes satellites entrant dans le cadre du syndrome cellulo-téno-périosto-myalgique.
- Par ses particularités thérapeutiques qui respectent les règles de la non-douleur et du mouvement contraire, bases même de l'enseignement du Dr Robert MAIGNE :
 - Les techniques de « tissus mous » ayant une action directe sur les plans cutanés, sous-cutanés, musculaires, tendineux, ligamentaires et viscéraux.
 - Les mobilisations qui améliorent la mobilité articulaire.
 - Les manipulations qui entraînent une articulation au-delà des limites de son mouvement volontaire et habituel, sans pour autant dépasser celui dicté par l'anatomie.

➤ Concepts d'une nouvelle sémiologie rachidienne :

Comme évoquée dans la définition ci-dessus, la Médecine Manuelle Ostéopathie correspond à l'ostéopathie structurelle, avec les règles éditées par le Dr Robert MAIGNE ².

A. L'examen clinique vertébral :

L'examen clinique du rachis comprend deux phases : une phase d'examen d'ensemble et régional du rachis, ainsi qu'un examen segmentaire de chaque niveau rachidien.

1) Examen de la mobilité globale et régionale :

Comme lors d'un examen rachidien classique, il est demandé au patient de se tenir debout dos au médecin afin de rechercher un trouble statique, puis il lui est demandé de réaliser une flexion maximale du rachis.

Le schéma en étoile :

Afin d'étudier la mobilité régionale du rachis cervical, dorsal et lombaire, il faut faire réaliser au patient les mouvements dans les 6 directions de façon active puis passive. Les 6 directions sont la flexion, l'extension, la rotation gauche, la rotation droite, la latéroflexion gauche et la latéroflexion droite.

Pour plus de simplicité, il est possible de noter les limitations douloureuses ou non sur un schéma « en étoile » de MAIGNE et LESAGE.

2) Examen segmentaire codifié :

Le Dr MAIGNE a remarqué que dans le cadre des douleurs rachidiennes « communes », pour une région donnée, un seul ou parfois deux segments de rachis sont responsables. Il propose donc un examen du rachis segment par segment afin de rechercher si une unité fonctionnelle vertébrale est douloureuse, ce qui pourra être le témoin de n'importe quelle pathologie.

La position du patient pour l'examen segmentaire codifié est importante.

Il doit être allongé sur le dos pour le rachis cervical, couché à plat ventre en travers de la table pour le rachis lombaire et dorsal. Il peut être assis pour le rachis dorsal supérieur et certaines manœuvres au niveau cervical.

Il existe 4 manœuvres de l'examen segmentaire codifié :

- La pression axiale sur l'épineuse
- La pression latérale sur l'épineuse (droite-gauche et gauche-droite), qui peut être sensibilisée par la pression latérale contrariée.
- La pression-friction sur les massifs articulaires postérieurs droit et gauche (à un travers de doigt de l'épineuse).
- La pression sur le ligament inter-épineux.

B. Notion de segment mobile vertébral et d'Unité Fonctionnelle Vertébrale (UFV) ⁵².

Le segment mobile vertébral correspond à l'unité formée par le disque intervertébral, les articulations zygapophysaires et le système ligamentaire entre deux vertèbres. Il peut être assimilé dans son ensemble à une interligne articulaire entre deux vertèbres. Il doit être considéré comme un système articulaire composé. La conséquence sera que toute perturbation mécanique d'un des éléments anatomiques retentira sur les autres et donc sur l'ensemble de la mobilité du segment. Or une perturbation de ce système ligamentaire s'accompagne également de symptômes en dehors du segment. Donc cette notion est insuffisante pour rendre compte de cette perturbation à distance.

La notion d'Unité Fonctionnelle Vertébrale (UFV) pourra en rendre compte.

Elle est définie comme un système biomécanique en équilibre fonctionnel, regroupant l'ensemble des structures situées entre deux vertèbres contiguës.

Embryologiquement, elle dérive de l'évolution du somite qui donne les deux héli-vertèbres (sus et sous-jacente), le disque, les massifs articulaires et les muscles des gouttières para-vertébrales. Le nerf spinal, dérivant des crêtes neurales, fournira l'innervation de l'UFV et de tout le métamère qui s'y rattache expliquant les douleurs projetées.

Le nerf spinal est constitué de deux branches, une antérieure motrice et une postérieure sensitive.

Le métamère est divisé en trois parties :

- Le dermatome qui donne naissance au tissu cellulaire sous-cutané dorsal et celui de la paroi antérieure du tronc.
- Le myotome qui se divise en :
 - o Hypomère (partie ventrale, responsable du développement des muscles de flexion et des membres).
 - o Epimère (partie dorsale, donne la musculature d'extension).
- Le sclérotome est à l'origine des structures ligamentaires et articulaires, des deux héli-corps vertébraux et de l'arc postérieur.

Ces différentes unités fonctionnelles vertébrales sont interconnectées par les rameaux méningés récurrents, qui sont des réunions de rameaux nerveux provenant de la branche antérieure du nerf spinal et de fibres nerveuses sympathiques du rameau communicant gris voisin. Ces rameaux méningés récurrents repassent dans le foramen intervertébral et vont

innervent le corps vertébral, les lames, les disques sus et sous-jacent, le ligament commun longitudinal antérieur et l'anneau fibreux.

Les interactions entre les différentes UFV contribuent à expliquer l'automaticité du fonctionnement rachidien et les répercussions des perturbations d'un des éléments du rachis sur l'ensemble.

C. La notion de syndrome cellulo-périosto-téno-myalgique (SCPTM) ² :

Cela correspond aux modifications de sensibilité et de consistance des tissus qui peuvent être mises en évidence dans le métamère correspondant au segment vertébral douloureux. C'est différent d'une douleur radiculaire (par exemple de sciatique ou de névralgie cervico-brachiale).

Il peut s'agir :

- D'une dermocellulalgie détectée par la manœuvre du pincé-roulé dans le territoire du dermatome. Cela peut concerner une zone plus ou moins étendue selon la topographie, et se traduit par une vive douleur et un épaissement cutané à la manœuvre du pincé-roulé.
- De cordons myalgiques indurés avec des points gâchette (trigger points) dans les muscles du myotome. Cela correspond à des faisceaux musculaires durs très sensibles à la palpation, formant comme un cordon, avec en leur centre un point précis très sensible à la pression, dans certains muscles cibles.
- D'une hypersensibilité des insertions téno-périostées correspondant au sclérotome. Cela correspond à des insertions téno-périostées ou des structures péri-articulaire responsables d'une douleur spontanée ou retrouvée à l'examen clinique.

Ces manifestations ne sont pas forcément toutes présentes simultanément dans le cas d'une douleur segmentaire donnée, on parle alors de manifestation SCPTM actives ou inactives.

D. La notion de Dérangement Douloureux Intervertébral Mineur (DIM) ² :

Il s'agit d'une dysfonction vertébrale segmentaire douloureuse bénigne de nature mécanique et réflexe, généralement réversible. Il est la conséquence d'un effort, faux mouvement, mauvaise position ou une chute, et n'a pas de traduction à l'imagerie. Cette douleur segmentaire n'est en général retrouvée qu'à l'examen segmentaire, et ne concerne souvent qu'une seule articulation postérieure (droite ou gauche), qui est douloureuse à l'examen segmentaire. C'est de ce côté que se trouvent les manifestations métamériques du SCTM.

Il est possible de faire le diagnostic positif de DIM dans un contexte rachidien clinique et radiologique permettant de penser que la souffrance segmentaire est de nature bénigne et mécanique, avec un examen viscéral normal et par la découverte du segment douloureux à l'examen segmentaire.

Les DIM peuvent être aigus ou chroniques, actifs ou inactifs, isolés ou multiples et sont la meilleure indication des traitements de Médecine Manuelle et Ostéopathique.

E. Différence entre « lésion ou dysfonction ostéopathique » et DIM ²:

La lésion ou dysfonction ostéopathique est définie par une perte de mobilité du segment concerné avec tension des tissus para-vertébraux appréciées à la palpation. Elle n'est pas reproductible.

Le DIM est une douleur du segment provoquée lors de l'examen segmentaire, sans tenir compte de la mobilité du segment. Il est reproductible par l'examen segmentaire.

Annexe III : Contre-indications des manipulations ⁵³ :

I. Cliniques

A/ Affections rachidiennes :

Contre-indications absolues :

- a. *Traumatismes frais* (fractures, entorses, luxations) : l'absolu minimum avant manipulation est de 3 semaines.
- b. *Infectieuses* : Spondylodiscite donnant une raideur diffuse et des signes généraux.
- c. *Tumorales*.
- d. *Congénitales* : Hémi-vertèbre ou malformation de la charnière cervico-occipitale, spondylolisthésis instable, Ehler Danlos (patients hyperlaxes).
- e. *Discopathies* : Discopathies avec tableau neurologique concordant hyperalgique ou déficitaire, lasèque inférieur à 60°.

Contre-indications relatives :

- a. *Pathologies inflammatoires* : Spondylarthrite ankylosante le plus souvent.
- b. *Ostéopathies raréfiantes* : ostéoporose, ostéomalacie... Prudence, pas de manipulations forcées.
- c. *Congénitales* : spondylolisthésis stable ou anomalie de jonction lombo-sacrée.
- d. *Discopathies* : possible si asymptomatique.

B/ Affections extra-rachidiennes = vasculaires :

Contre-indications absolues :

- a. *Maladie thrombo-embolique* en cours d'évolution
- b. *Insuffisance vertébro-basilaire* : risque de thrombose du tronc basilaire. Il faut faire un doppler au moindre doute.
- c. *Traitement anticoagulant et pathologies de la coagulation*.

Contre-indications relatives :

- a. *Artérite, artériopathie inflammatoire et athérome chronique*

II. Techniques :

A/ Liées au patient

- Règle de la non-douleur et du mouvement contraire inapplicable.
- Limitation d'amplitude.
- En cas d'accident de travail.

- Femme de moins de 50 ans, faire attention à la rotation cervicale.
- Refus du patient.
- Névrose de la vertèbre « déplacée ».

B/ Liées au praticien

- Insuffisance de formation technique du manipulateur.
- Insuffisance des conditions de réalisation.
- Manipulation cervicale en rotation pure.

BIBLIOGRAPHIE :

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Benchmarks for training in osteopathy : benchmarks for training in traditional complementary and alternative medicine. Geneva: World Health Organization; 2010.
2. MAIGNE Robert. Douleurs d'origine vertébrale : comprendre, diagnostiquer et traiter. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine): Elsevier; 2006.
3. FOUQUES WEISS Nadine, CYPEL David, TEISSERE Norbert, Fédération Internationale de Médecine Manuelle. Recommandations concernant l'enseignement de base et la sécurité, Adoptées par la FIMM lors de l'assemblée générale du 15 octobre 2013, traduit de l'anglais et mis à jour en juillet 2014 [Internet]. [cité 28 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.sofmmoo.org/documents/recommandationsfimm.pdf>
4. SERVICE DE FORMATION CONTINUE : DIU de Médecine Manuelle Ostéopathie. Faculté de Médecine de Tours [Internet]. [cité 28 avr 2020]. Disponible sur : www.formation-continue.univ-tours.fr
5. PELLERIN-JOUANNEAU Clément, NICOLAS Antoine, LAMANDE Marc. Enquête sur la population médicale diplômée au D.I.U. de Médecine Manuelle et Ostéopathie de Tours, 26 pages. Mémoire : Diplôme Universitaire d'Ostéopathie Clinique et Fonctionnelle. Caen, 2018.
6. SOFMMOO - La Société Française de Médecine Manuelle - The French Society of Manual Medicine [Internet]. [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: <http://sofmmoo.org/recommandationsAVB.htm>
7. FREIRE Caroline. Les médecins généralistes formés à la Médecine Manuelle-Ostéopathie : étude qualitative sur leur vécu et leur pratique, 71 p. Thèse de Médecine. Université Paris Est Créteil ; 2018.
8. AUBIN-AUGER Isabelle, MERCIER Alain, BAUMANN L, LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie, IMBERT Patrick, LETRILLIART Laurent. Introduction à la recherche qualitative. Exercer La revue française de médecine générale. 2008;19(84):142-5

9. LETRILLIART Laurent, BOURGEOIS Isabelle, VEGA Anne, CITTEE Jacques, LUTSMAN Matthieu. Un glossaire d'initiative à la recherche qualitative. Première partie : d'« Acteur » à « Interdépendance ». Exercer La revue française de médecine générale. 2009;20(87):74-9.
10. LETRILLIART Laurent, BOURGEOIS Isabelle, VEGA Anne, CITTEE Jacques, LUTSMAN Matthieu. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». Exercer La revue française de médecine générale. 2009;20(88):106-12.
11. MOURGUES Jean-Marcel pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : Situation au 1^{er} janvier 2018 [Internet]. [cité 28 avr 2020] Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
12. MINGAM Stéphanie. La Médecine Manuelle-Ostéopathie en France : enquête sur les opinions, les pratiques, les connaissances et les interactions entre les différents intervenants. Thèse de Médecine. Université Paris Cochin ; 2010.
13. ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES. Rapport : Démographie des Kinésithérapeutes : Une expansion incapable de répondre à la pénurie hospitalière et à la disparité Ville/Campagne, Septembre 2017. [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport_demographie_2017.pdf
14. POZZI Antoine. Impact du diplôme inter-universitaire de médecine manuelle ostéopathie sur la pratique professionnelle. Enquête par questionnaire réalisée auprès des 150 médecins ayant validé le D.I.U de M.M.O dispensé à l'Hôtel-Dieu entre 1995 et 2002. Thèse de Médecine : Université Paris-sud ; 2005.
15. LAURENSEN Nathalie. L'enseignement sur la pathologie de l'appareil locomoteur dans le troisième cycle de médecine générale : contenu pédagogique et évaluation du séminaire par les étudiants, 224 p. Thèse de Médecine. Université de Nancy ; 2004.

16. CLEOPHAX Cédric. L'épaule douloureuse non traumatique de l'adulte en médecine générale : enquête de pratique et élaboration d'un référentiel de prise en charge, 178 p. Thèse de Médecine. Université Pierre et Marie Curie, Paris VI ; 2009.
17. REVUE PRESCRIRE. Examen Clinique : manque de savoir-faire des étudiants. Décembre 2015 ; Tome 35 (N°386) : page 933.
18. BEAUFRETON Sophie. Recourir ou ne pas recourir à l'ostéopathie, telle est la question. Enquête menée auprès des médecins généralistes maîtres de stage de Haute-Normandie, 83 p. Thèse de Médecine. Université mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen ; 2016.
19. BINSON Rachel. 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, 62 p. Thèse de Médecine. Université de Poitiers ; 2014.
20. GENUYT Benoit. Apport de la Médecine Manuelle-Ostéopathique dans la prise en charge des pathologies ostéo-articulaires en médecine générale, 99 p. Thèse de Médecine. Université de Brest-Bretagne occidentale ; 2017.
21. MARTINEZ Valéria, ATTAL Nadine, BOUHASSIRA Didier, LANTERI-MINET Michel. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. févr 2010;11(1):3-21.
22. CHOUVET-THUMEREL Pauline. Quelle place les médecins ostéopathes pensent-ils occuper dans le système de soins ? Enquête par entretiens semi-dirigés auprès de médecins ostéopathes, 104 p. Thèse de Médecine. Université de Nantes ; 2013.
23. DUPRE-VIGNAUD Philippine. Les facteurs influençant la prescription et la pratique de l'ostéopathie : Enquête auprès des médecins généralistes de la région parisienne, 101 p. Thèse de Médecine. Université Pierre et Marie Curie, Paris VI ; 2017.

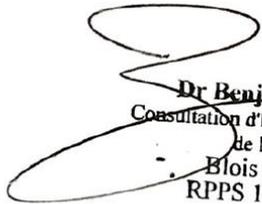
24. KANDEL Olivier, BOUSQUET Marie-Alice, CHOUILLY Julie. Manuel théorique de médecine générale : 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Saint-Cloud ; [Issy-les-Moulineaux] Global Média Santé ; SFMG ; 2015.
25. UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX D'ILE DE FRANCE. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. Juin 2007 [Internet]. [cité 28 avr 2020]. Disponible sur : http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf
26. DUMOULIN-CHAMPETIER DE RIBES Cécile. Recours des médecins généralistes à l'ostéopathie : enquête auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée, 156 p. Thèse de Médecine. Université de Nantes ; 2012.
27. PIRES CELORICO Emeline. Place de l'ostéopathie dans la prise en charge des lombalgies aiguës communes en Médecine Générale : étude qualitative auprès de médecins seinomars, 132 p. Thèse de Médecine. Université de Rouen ; 2018.
28. ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES. Référentiel du Masseur-Kinésithérapeute et Masseur-Kinésithérapeute Ostéopathe. Edition 2012 [Internet]. [cité 28 avr 2020]. Disponible sur : <http://doubbs.ordremk.fr/files/2012/12/Livre-referentiel.pdf>
29. MONIERE Jacques, GOUPILLE Philippe. Experience-based medicine ou Evidence-based medicine ? Avis critique sur les études évaluant les manipulations vertébrales. Revue de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathique, Numéro 6, pages 14-18. Septembre 2017.
30. UTARD Guillemette. Evidence - Based Medicine : la médecine fondée sur les preuves : tutoriel [Internet]. [cité 20 mars 2020]. Bibliothèque interuniversitaire de Santé. Paris, Juin 2014. Disponible sur : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/ressources/pdf/medecine-formation-ebm-tutoriel-biusante.pdf>

31. BONNEAU Dominique, Approche diagnostique et thérapeutique en Médecine Manuelle. Revue de Médecine Vertébrale et des Articulations Périphériques, 12. [cité 28 avr 2020]. Disponible sur : http://medecinemanuelle.fr/images/publications/1_articles_de_reference/dbonneau_approche-diagnostique-et-therapeutique-en-mmo.pdf
32. BARRY Caroline, FALISSARD Bruno, COSTE Joël, BOUTRON Isabelle, INSERM U699. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie, 194 p ; 2012.
33. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Mis en ligne le 04 avril 2019 [Internet]. [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune
34. SOFMMOO - La Société Française de Médecine Manuelle - The French Society of Manual Medicine [Internet]. [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: <http://sofmmoo.org/accueil-tp-diu.htm>
35. KRUMHOLZ Lucien, BORSARELLO Jean. Ostéopathie et acupuncture: check-list pour la conduite systématisée d'un traitement. Embourg (Belgique) : M. Pietteur ; 2008.
36. PINOT Marylise. Prise en charge des lombalgies communes de moins de 3 mois d'évolution, par les médecins généralistes titulaires du Diplôme Inter-Universitaire de Médecine Manuelle-Ostéopathie de Tours. Etude Qualitative à partir de 16 entretiens semi-dirigés, 135 p. Thèse de Médecine Université François Rabelais de Tours ; 2008.
37. CHAPUT Hélène, MONZIOLS Martin, FRESSARD Lisa, VERGER Pierre, VENTELOU Bruno, ZAYTSEVA Anna. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine, DREES, mai 2019, numéro 1113.
38. JEAN Olivier, LELOUP Monique, VARDON Damien, FANELLO Serge. Activités médicales hors cabinet des médecins généralistes. Sante Publique. 2009 ; Vol. 21(5):453-64

39. OBSERVATOIRE DE LA MEDECINE GENERALE. Informations épidémiologiques sur les pathologies et leur prise en charge en ville. Les diagnostics les plus fréquents [Internet]. [cité le 28 avr 2020]. Disponible sur : <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php?sid=4a083ed371b29a8355c53d7de2>
40. Démographie porteurs du titre d'ostéopathe/Démographie experts judiciaires ostéopathes – Analyse et perspectives | CEJOE [Internet]. [cité 28 avr 2020]. Disponible sur : <https://cejoe.org/demographie-des-porteurs-du-titre-dosteopathe-demographie-des-experts-judiciaires-osteopathes-analyse-et-perspectives-juillet-2019/>
41. BAUGAS Etienne. Profil et motivations des patients consultant en ostéopathie, 74 p. Thèse de Médecine. Université de Nantes ; 2013.
42. JACQUEMARD Camille, SCHROEDER Elsa. Déterminants du recours à l'ostéopathie en première intention, Enquête auprès de la patientèle d'ostéopathe exclusif en Haute-Garonne et Hautes Pyrénées, 68 p. Thèse de Médecine. Université Toulouse III ; 2017.
43. CHARRA Elisa. Représentation et vécu des patients à propos de la non-prescription médicale. Etude qualitative à partir de 4 focus groups, 162 p. Thèse de Médecine, Université Claude Bernard- Lyon I ; 2012.
44. NEVES Cindia. Motivations des médecins généralistes picards à la pratique d'une médecine non conventionnelle. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 12 praticiens, 88 p. Thèse de Médecine. Université de Picardie Jules Vernes, Amiens ; 2015.
45. CCAM en ligne - [Internet]. [cité 28 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abregee.php?code=LHRP001>
46. BULLETIN OFFICIEL. Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes. Santé, protection sociale, Solidarité. N° 11 - 15 décembre 2014 [Internet]. [cité 28 avr 2020]. Pages 322-324. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2014/14-11/ste_20140011_0000_p000.pdf

47. DEFTRASNE Julia, ANIEL Thibaut, TROUILLOUD Pierre, DUMAY Olivier, MOREAU Gilles. Enseignement extra-universitaire de la médecine manuelle en deuxième cycle des études médicales à la faculté de médecine de Dijon : Impact sur l'apprentissage de l'examen clinique de l'appareil locomoteur, 11 p. Mémoire DIU de Médecine Manuelle-Ostéopathie. Dijon.
48. BULLETIN OFFICIEL. Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes. Santé, protection sociale, Solidarité. N° 11 - 15 décembre 2014 [Internet]. [cité 28 avr 2020]. Page 221. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2014/14-11/ste_20140011_0000_p000.pdf
49. STILL Andrew Taylor. Tricot P. Autobiographie. Vannes : Éditions Sully; 2013.
50. VAUTRAVERS Philippe. Médecine manuelle – ostéopathie en France, Annales de Réadaptation et de Médecine Physique 53, 2010, pages 291-292.
51. La MMO - Syndicat de Médecine Manuelle Ostéopathie de France [Internet]. [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.smmof.fr/index.php/presentation-128.html>
52. HADJADJ Jean-Loup, Cours du Diplôme Inter-Universitaire de Médecine Manuelle Ostéopathie de Tours 2015-2016 : Le Segment Mobile puis l'Unité Fonctionnelle Vertébrale.
53. HADJADJ Jean-Loup, Cours du Diplôme Inter-Universitaire de Médecine Manuelle Ostéopathie de Tours 2015-2016 : Les contre-indications aux manipulations.

Vu, le Directeur de Thèse



Dr Benjamin YVERT
Consultation d'Etude et de Traitement
de la Douleur
Blois - Vendôme
RPPS 10100142024

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de
Tours, le



PELLERIN-JOUANNEAU Clément

75 pages – 3 tableaux – 1 figure – 3 Annexes

Résumé :

Contexte : La Médecine Manuelle Ostéopathie (MMO) est une discipline médicale nécessitant un investissement important pour être pratiquée. Or il apparaît qu'après l'obtention du Diplôme Inter-Universitaire (DIU), elle est peu fréquemment pratiquée. L'objectif de ce travail est de mettre en évidence, après repérage des déterminants de la pratique de la MMO, les moyens de favoriser cette pratique.

Méthode : Pour cela, il a été réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés d'un échantillon raisonné de quatorze médecins, pratiquant la MMO ou non, ayant réalisé le DIU de MMO à Tours, puis procédé à une analyse thématique de contenu.

Résultats : Si les motivations à l'inscription au DIU de MMO pouvaient avoir une influence sur la pratique de la MMO, et malgré l'apport à la fois théorique et pratique de l'enseignement, il a été mis en évidence de multiples freins à cette pratique. Des solutions pour lever ces freins et favoriser la poursuite de la pratique ont été mises en avant. Il s'agit de solutions dépendantes de la motivation du médecin après le DIU de MMO, comme la nécessité d'un entraînement rapide après le DIU, d'une organisation spécifique, de se faire connaître pour pratiquer la MMO, d'appliquer la cotation de manipulation vertébrale et de remplacer un médecin pratiquant la MMO. Il s'agit également de solutions dépendantes de l'Université avec la reconnaissance des publications de MMO et la nécessité d'une formation de MMO pour l'ensemble des étudiants en Médecine. Enfin des solutions dépendantes des sociétés savantes de MMO peuvent être envisagées avec la poursuite des formations après le DIU, le fait de proposer des fiches pour les manœuvres apprises ou le fait de favoriser des alternatives aux manipulations, difficilement réalisables.

Conclusion : Certaines de ces solutions ont déjà été mises en place par les enseignants du DIU de Tours. Il reste aux médecins suivant le DIU de MMO de Tours à trouver la motivation nécessaire pour pratiquer la MMO par la suite.

Mots clés : Médecine Manuelle Ostéopathie, Formation, Pratique.

Jury :

Président du Jury : Professeur Philippe GOUPILLE

Directeur de thèse : Docteur Benjamin YVERT

Membres du Jury : Professeur Bernard FOUQUET

Professeur Philippe ROSSET

Docteur Jacques MONIERE

Date de soutenance : 15 juin 2020