



HAL
open science

L'apport pédagogique du D.I.U de Médecine Manuelle et Ostéopathie en Médecine Générale

Fanny Sausse

► **To cite this version:**

Fanny Sausse. L'apport pédagogique du D.I.U de Médecine Manuelle et Ostéopathie en Médecine Générale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. hal-01932091

HAL Id: hal-01932091

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932091>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2018

THESE
Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du 3^{em} cycle de Médecine Spécialisée

Par :

Sausse Fanny

Le 21 mars 2018

**L'APPORT PEDAGOGIQUE DU D.I.U DE MEDECINE
MANUELLE ET OSTEOPATHIE EN MEDECINE
GENERALE.**

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Bruno CHENUÉL	Présidence
Monsieur le Professeur Jean PAYSANT	Juge
Monsieur le Docteur Mathias POUSSEL	Juge
Monsieur le Docteur Jean-Marie HEID	Juge et Directeur



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Président de Conseil Pédagogique : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Karine ANGIOI-DUPREZ

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
 Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
 Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-
 François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE
 Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE Bernard FOLIGUET Jean
 FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD Hubert
 GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI
 Philippe HARTEMANN Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER
 Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU Jacques
 LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL – Yves
 MARTINET Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre
 PAYSANT Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
 Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD
 Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON
 Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ -Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT
 Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE^[1]_[SEP] - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Michèle KESSLER - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU
Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (Génétiq

Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS
Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

Aux membres du Jury,

Au Professeur Chenuel,

Merci de nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence du Jury et de nous avoir accordé votre confiance. Veuillez croire en l'expression de ma profonde reconnaissance

Au Professeur Paysant,

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury et d'avoir trouvé du temps à m'accorder. Soyez assuré de ma sincère gratitude.

Au Docteur Poussel,

Merci pour votre présence, et votre aide précieuse dans l'élaboration de ce travail. Merci de m'avoir fait l'honneur de m'encadrer dans la réalisation de ce travail de thèse. Soyez assuré de mon profond respect et de ma vive reconnaissance.

Au Docteur Heid,

Merci d'avoir accepté de diriger cette Thèse, de m'avoir aidé et encouragé à initier ce projet. Merci pour votre accueil bienveillant au sein de la Maison Médical du Breuil, où j'ai fait mes premiers pas en tant que médecin généraliste. Merci d'avoir participé à ma formation de Médecine Manuelle.

A tous les Médecins et Professeurs que j'ai pu croiser au cours de mon cursus, notamment ceux de la maison médicale du Breuil et du CH de Saint-Dié,

Merci pour tout ce que vous m'avez apporté pour ma pratique future, que ce soit au niveau des connaissances cliniques que paracliniques, ou du relationnel.

A tous les médecins que je remplace régulièrement,

Merci de m'accorder votre confiance, merci pour votre bienveillance.

A ma famille,

A mes parents, ma sœur, mes grands-parents, oncle, tante, cousin : Merci de m'avoir soutenue, encouragée tout au long de ces années, semées d'embûches. Merci aux parents, pour les sacrifices réalisés afin que je mène à bien cette formation. Merci pour les repas dominicaux, les vacances à Rosas, les parties de Monopoly sans fin, les gâteaux de la grand-mère, les blagues du grand-père, les noëls et les anniversaires ou nous sommes tous réunis et passons d'excellents moments, que cela dure longtemps ... Je vous aime.

Une pensée à ceux qui, malheureusement, sont partis trop tôt, mais qui seraient fiers de mon parcours et content d'ouvrir une bonne bouteille pour fêter ça.

A mes amis,

- De longue date, mais toujours présentes :

Sandrine, Aveline, Aline, Adélaïde, nous avons grandi ensemble, le temps passe si vite, que de bons moments passés en votre compagnie, de fous rires. Peut-être un jour seront nous de nouveau réunies. Sandrine, toi qui doit me supporter au quotidien, faire des créneaux avec ma voiture, me cuisiner des Pâtes aux coques ...ne t'inquiète pas, en contrepartie je t'aiderai à choisir tes meubles de cuisine !!Merci

- De la fac,

Les éléments perturbateurs de la BU, je suis sûre on en parle encore : **François (le doyen) Yanis, Zaza, Matthieu, Toto, Fred, Noémie, Popo, Mickael, Yannick** entre les compétitions de fruits ninjas, les Haiti WeatherMan Remix ou Konis hupen , les cafés touillettes, les sittings prolongés sur notre plot en béton, les sessions révisions sont passées comme une lettre à la poste. Le temps passe mais vous êtes toujours présents merci. Mickael mon compagnon de voyage, à quand le prochain RoadTrip ?

Les Totalies spies, **Kath et Marina**, ce road trip en Italie était top, à quand le Chili ? Heureuse de faire partie de votre quotidien, de partager thé, shopping, crêpes parties, soirée girly, les ballades avec le toutou. Je terminerai par un Sing Halleluya !!Remember

Johnny le portugais bâtisseur, hâte de goûter ta Barbeclette. **Matthias** j'espère que tu arriveras à réparer ta trottinette d'ici là !

Au co-interne de Saint Dié, **Kath, Maude, Laura, Camille, Claire, Marvin, Rima, Charly, JFK, Marie, Célines, Flavien, Antoine, Hélène** ! Que de soirées mémorables dans cet internat ! J'espère que mon canapé trône encore fièrement dans le salon ! C'est toujours un plaisir de vous revoir.

Ostéo-best, **Kath, Marina, Quentin, Nico**, Les dieux de la manipulation ! il est loin notre premier mac do à Reims ! Nous qui avons arpenté les rues et ruelle de cette ville inlassablement ! Edgard découvert trop tard ! On s'inscrit à la 3em année ?

- A ceux rencontrés ici ou là, les amis des amis, les conjoints des amis,

Clara, Cyril, JB, Dany, Camille, Francis, Mylène, Leila, Mounir, Rachid ! Que d'excellentes soirées passées en votre compagnie, vous aussi vous êtes toujours là ! Clara merci pour les fous rires, ta gentillesse, les snaps enfantins, les sushis, les virées naf naf...et maintenant sportivons ! Cyril penses-tu que je ferais encore illusion l'année prochaine au Caméo ?

- A ceux rencontrés récemment, mais qui occupent une place importante dans ma vie,

Les Krusk, **Mélinda**, mon coup de cœur amical 2017, tu m'as fait suer, souffrir le martyr pendant des mois et le pire c'est que j'en redemandais ! Elles sont loin les 9h de sport par semaine ! Nostalgique des séances tea-tanning sur le balcon, des Papa Joe, des cocktails artisanaux et de tout ce qui s'en suivait ! Car tu as décidé de rejoindre le soleil, des centaines de km nous séparent désormais mais malgré ça tu fais partie intégrante de mon quotidien ! C'est beau la technologie ! **Lolo** j'ai passé des vacances mémorables en ta compagnie, il faut refaire ça rapidement, Rupt et le Bacchus sont pour moi comme ma deuxième maison. Merci pour tout ça, les gueuzes.

Perrine, la super maman cinéphile, excellente cuisinière, pro des Caipi ! Merci pour ta joie de vivre, ta sympathie, tes capacités vocales extraordinaires ! de bonnes soirées en perspectives, je vais essayer de me trouver un vélo, promis !

Aude, la pro du méchage, merci pour ta gentillesse, ta simplicité, toi aussi tu t'en vas, à bientôt pour des weekends de folie en Alsace.

Cédric, le tireur de carte, que vois-tu pour 2018 ? Merci pour les bonnes soirées passées en ta compagnie ! Bientôt les vacances !

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Table des matières

I)INTRODUCTION	15
II)Rappels sur la MMO :	16
1)Historique des manipulations : [1][2][3]	16
1.1) Thérapies manuelles :	16
1.2) Naissance ostéopathie :	16
2) Les techniques ostéopathiques :	17
2.1) Définition :	17
2.2) Le dérangement intervertébral mineur :	17
2.3) Les différentes techniques :	19
2.3 .1) Manipulations vertébrales à proprement parler (structurelle).....	19
2.3.1.1) <i>Principes</i> :	19
2.3.1.2) <i>Mode d'action</i> : [7]	21
2.3.1.3) <i>Règles d'application</i> :	22
2.3.1.4) <i>Contre -indications</i> : [1] [13]	23
2.3.1.5) <i>Complications des Manipulations</i> :	24
2.3.1.6) <i>Prévention des accidents</i> :	25
2.3.2) Techniques non forcées :	26
2.3.3) Ostéopathie crano-sacré, pratique très contestée dans le milieu médical :	27
2.3.4) Ostéopathie viscérale :	27
2.3.5) Mobilisations articulaires périphériques :	27
3)Aspect légal : [20]	28
4)Efficacité :[25].....	28
5)Les différentes formations : [6]	29
6)Les acteurs de l'ostéopathie en France :[26][27]	30
III)ETUDE :	31
1)Matériel et Méthode :	31
1.1 Population étudiée :	31
1.2 Critères d'inclusions :	31
1.3 Critères d'exclusions :	31
1.4 Méthode :	31
1.5 Le questionnaire :	31
2) Résultats :	32
2.1 Description de la population des médecins répondeurs :	32

2.1.1 Genre :	32
2.1.2 Répartition des Ages :	32
2.1.3 Stature :	33
2.1.4 Statut professionnel :	33
2.1.5 Lieu d'exercice :	33
2.1.6 L'année d'obtention du D.I.U de MMO :	33
2.1.7 Pratique d'une activité physique régulière ?	34
2.1.8 Diplômes Universitaires associés :	34
2.2 Ressenti vis-à-vis de la Formation d'ostéopathie :	35
2.2.1 Satisfaction globale sur la formation universitaire initiale sur le rachis :	35
2.2.2 Apport du D.I.U sur l'examen clinique et le diagnostic des pathologies de l'appareil orthopédique :	35
2.2.3 Satisfaction vis-à-vis de la formation du diplôme D.I.U de MMO (en 2ans) :	36
2.3 Apport du DU de médecine manuelle dans la pratique quotidienne :	36
2.3.1 Prise en charge diagnostique et thérapeutique :	36
2.3.2 Demande avis spécialisés :	37
2.4 Aperçu des pratiques en ostéopathie au cabinet :	37
2.4.1 Fréquences des MV :	37
2.4.2 Type de Médecine Manuelle pratiquée :	38
2.4.3 Rachis cervical :	38
2.4.4 Limitation à la pratique :	39
2.4.5 FMC :	40
IV) DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES :	41
1) Sur l'étude :	41
1.1) Biais de sélection :	41
1.2) Biais d'information :	41
2) Sur les Résultats :	42
2.1) Féminisation de la profession :	42
2.2) Le profil des médecins titulaires du D.I.U de MMO :	43
2.3) L'état des lieux des pratiques :	45
2.4) Apport pédagogique de la formation :	46
2.5) Avenir du D.I.U d'ostéopathie :	48
V) CONCLUSION :	51
ANNEXE : Questionnaire	52
Bibliographie	60

ABBREVIATIONS

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdiens

DIM : Dérangement intervertébral mineur

DIU : Diplôme inter-universitaire

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des études statistiques

IMC : indice de masse corporelle

IRM : Imagerie par résonance magnétique

FMC : Formation médicale continue

LCR : Liquide céphalo-rachidien

MG : Médecine générale

MMO : Médecine manuelle-ostéopathie

MV : Manipulation vertébrale

NINIS : Ni médecin, ni kinésithérapeute/ ostéopathe exclusif

TDM : Tomodensitométrie /Scanner

I)INTRODUCTION

Après les différentes polémiques et scandales sanitaires qui ont parcouru la France ces 20 dernières années, les Français semblent se tourner de plus en plus vers les médecines alternatives ou complémentaires dont fait partie l'ostéopathie. Selon un travail de Thèse, L'ostéopathie est même la discipline la plus consultée par les patients (54,5 %) parmi les médecines complémentaires alternatives, avant l'homéopathie (53,5 %) et l'acupuncture (42,7 %) [36]. Ils consultent la plupart du temps pour des douleurs musculo-squelettiques (54,2%), ces douleurs sont souvent des douleurs aiguës (46,7%) [37].

L'ostéopathie, longtemps réservée à un cercle restreint de praticiens initiés, décriée et boudée par le corps médical, semble enfin être reconnue par les instances médicales en tant que Médecine Manuelle Ostéopathique et enseignée dans 16 facultés de Médecine en France.

Le manque de formation universitaire en Médecine Manuelle, la demande constamment croissante d'informations en rapport avec l'ostéopathie de la part des patients, pousse de plus en plus les médecins généralistes à s'y intéresser. D'année en année, les demandes d'inscription en D.I.U de médecine Manuelle et ostéopathie augmentent poussant même les directeurs de D.I.U à organiser des examens probatoires d'entrée.

Pour toutes ces raisons, j'ai moi-même décidé d'intégrer le D.I.U à Reims sur 2ans, en 2014, diplômée en 2015. L'apport des connaissances sur l'appareil locomoteur, qu'elles soient théoriques ou pratiques a été considérable, mais au fil du temps, j'avoue avoir mis peu à peu de côté l'aspect thérapeutique de ce D.I.U.

L'objectif principal de cette étude était donc de déterminer l'intérêt pédagogique de ce D.I.U dans la pratique de la Médecine Générale en Cabinet de ville, le degré de satisfaction des diplômés.

Ensuite, il m'a paru intéressant de s'attarder sur le profil des Médecins Titulaires du diplôme d'ostéopathie et de faire un état des lieux de leurs pratiques. Etaient-ils beaucoup, comme moi, à avoir laissé de côté la pratique de l'ostéopathie ? Et si oui pour quelles raisons ?

II) Rappels sur la MMO :

1) Historique des manipulations : [1][2][3]

1.1) Thérapies manuelles :

La main a de tous les temps été considérée comme un instrument utilisé pour soulager, soigner, guérir, comme en témoignent des écrits chinois, datés de -5000 av JC (Manuel de massage Kung-FU) ou des dessins d'environ -3300 avant JC suggérant la pratique de manipulation thérapeutique.

En Egypte, vers 1500 avant JC, le papyrus d'Edwin Schmitt est le document le plus ancien traitant de chirurgie/traumatologie. De plus, une fresque présente dans la tombe de Ramsès II évoque une manipulation du coude (environ 1300 avant JC).

En Grèce antique, Hippocrate (460-377 AV JC), considéré comme le plus grand médecin de l'antiquité, décrit dans son traité sur les articulations, des techniques manipulatives en générales indirectes. En véritable adepte, il déclarera :

« L'art de la thérapeutique manuelle est ancien. Je tiens en haute estime ceux qui, génération après génération, me succéderaient et dont tous les travaux contribueront au développement de l'art naturel de guérir. »

On peut aussi citer d'autres figures de l'histoire de la médecine comme Galien ou Avicenne qui, tout au long des siècles, ont efficacement soigné par des techniques manuelles.

Le Moyen-Âge voit disparaître ces pratiques de l'arsenal thérapeutique officiel (privilégiant les médications, la chirurgie), pratiques qui avaient pourtant fait leurs preuves à travers les siècles.

1.2) Naissance ostéopathie :

Nous devons la naissance de l'ostéopathie, en 1874, à Andrew Taylor Still (1828-1917) un médecin américain déçu par la médecine conventionnelle. Il se base alors essentiellement sur l'hypothèse que le corps est capable d'auto guérison et l'ostéopathie est un outil pour aider à cette auto-guérison. Pour Still, toute perte de mobilité naturelle des organes les uns par rapport aux autres, apparaîtrait au niveau des muscles, des tendons, des viscères, du crâne et des fascias et induirait une dysfonction générale. Le rétablissement de la mécanique permettrait alors une régulation de l'homéostasie naturelle. Il crée en 1892, l'Américian School of Osteopathy à Kirksville, dans le Missouri, qui est un franc succès.

L'ostéopathie fait son apparition en Europe par l'intermédiaire d'un des tous premiers élèves de Still, John-Martin Littlejohn. C'est lui qui crée la première école européenne à Londres en 1917 : la British School of Osteopathy.

En France en 1913, les docteurs MOUTIN et MANN, réalisent un premier manuel d'ostéopathie.

Mais la médecine ostéopathique se développe en France surtout dans les années **1950** grâce à des praticiens formés au Royaume-Uni ou aux USA comme par exemple Robert Lavezzari

(1890-1977) qui crée en 1952 en plus d'un manuel, la société française d'ostéopathie ou Paul Geny qui crée l'école française d'ostéopathie à Paris en 1952.

Robert Maigne (1923-2012) rhumatologue français, permet une avancée considérable dans le monde de l'ostéopathie en médicalisant peu à peu les thérapies manuelles, les rendant ainsi plus crédibles dans le monde médical. On lui doit, en 1970, la naissance du premier enseignement universitaire de médecine manuelle à l'Hôtel-Dieu de Paris, ainsi que la société française de médecine orthopédique et thérapeutiques manuelles, devenue récemment la SOFMMOO.

2) Les techniques ostéopathiques :

2.1) Définition :

La médecine manuelle-ostéopathie (MMO) se définit comme une pratique exclusivement manuelle visant à diagnostiquer et traiter une dysfonction au sens large du terme, un dérangement bénin, mécanique et/ou réflexe, d'une structure articulaire, vertébrale ou périphérique, ainsi que des tissus mous, de même que les douleurs projetées qui en résultent. [4]

2.2) Le dérangement intervertébral mineur :

Concept introduit par Robert Maigne, le « dérangement intervertébral mineur », fondement de la médecine ostéopathique actuelle (même s'il porte un nom différent selon les écoles) est défini comme une « dysfonction de segment vertébral, bénigne et réversible, de nature mécanique et réflexe, ayant tendance à être auto-entretenu ». Son origine est souvent un effort important, un faux mouvement, ou des malpositions prolongées. La douleur dont il est responsable n'est pas forcément ressentie à son niveau. Elle peut être retrouvée localement à l'examen segmentaire en exerçant des pressions spécifiques en regard du rachis, ou bien à distance du dérangement vertébral, lorsqu'il s'agit d'une douleur projetée. En effet le DIM, entraîne une irritation du nerf rachidien et de ses branches (le plus souvent la branche postérieure), en rapport étroit avec les massifs articulaires postérieurs des vertèbres, qui se répercute sur tout ou une partie des territoires innervés responsable alors de cellulagies, ténopériostite et myalgies (SCTPM ou SCTM: syndrome cellulo-téno-périosto-myalgique) sur le métamère du segment intervertébral concerné. Le SCTM correspond donc à « un ensemble de modifications palpables de la texture et de la sensibilité des tissus cutanés (cellulalgie), musculaires (cordons myalgiques) et ténopériostés en rapport avec la souffrance d'un segment vertébral. [5]

Le DIM n'agresse pas une racine dans le canal rachidien et il n'a pas de traduction en Imagerie.

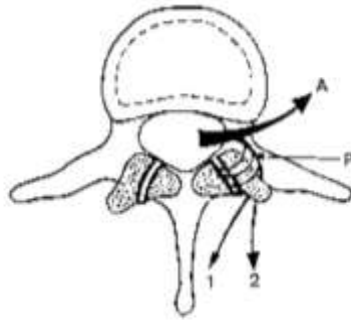
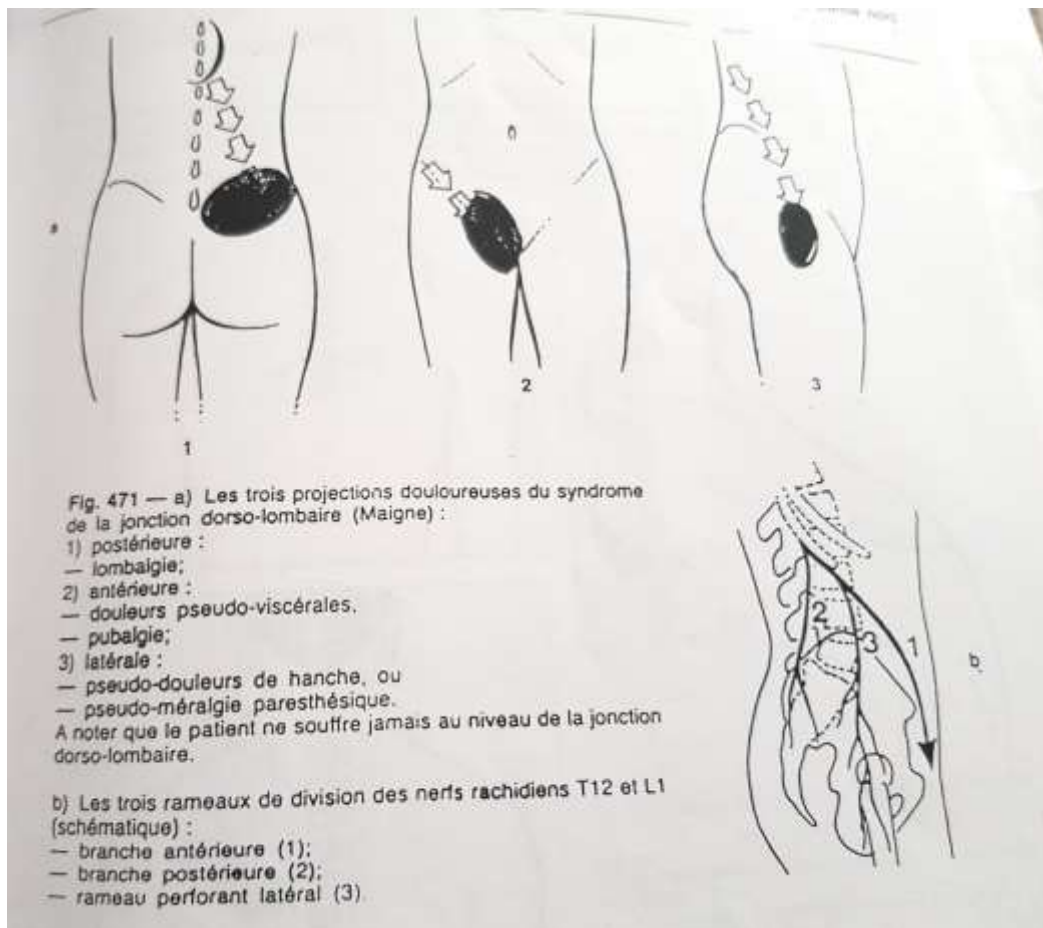


Fig. 2. (d'après G. Lazorthes) A : Branche antérieure du nerf rachidien. B : Le rameau externe de la branche postérieure. C : Le rameau interne de la branche postérieure. Noter les rameaux qui innervent l'articulation interapophysaire.

L'exemple le plus couramment utilisé est le syndrome de la charnière thoraco-lombaire T12-L1, les douleurs ressenties pouvant être très variées. Une inflammation de la branche antérieure du nerf rachidien pouvant être responsable de douleurs pseudo viscérales inguinales, des douleurs de hanche s'il s'agit de la branche latérale ou des douleurs fessières hautes s'il s'agit de sa branche postérieure, l'origine de ces douleurs étant bien située au niveau T12-L1.



Extrait du Polycopié du DIU Médecine Manuelle de Reims /Jean Louis Garcia

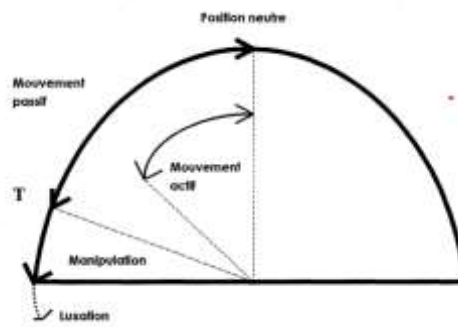
Ainsi, le DIM, diagnostic de dysfonction vertébrale à caractère mineur et non organique, serait réversible dans la quasi-totalité des cas par manipulations appropriées.

2.3) Les différentes techniques :

2.3 .1) Manipulations vertébrales à proprement parler (structurelle)

2.3.1.1) Principes :

Selon Robert Maigne : La manipulation est une mobilisation passive forcée qui tend à porter les éléments d'une articulation ou d'un ensemble d'articulations au-delà de leur jeu habituel, jusqu'à la limite de leur jeu anatomique possible. Elle consiste donc, au niveau du rachis, lorsque l'état de celui-ci le permet et le nécessite, à exécuter des mouvements de rotation, de latéroflexion, de flexion ou d'extension, isolés ou combinés, portant sur le segment vertébral choisis [5]



A partir d'une position neutre le mouvement est actif lorsqu'il est imposé par l'individu puis passif lorsqu'il est imposé par un tiers, amenant alors l'articulation au-delà des possibilités de mobilisation active. Ce mouvement passif peut atteindre la mise en tension T juste avant la manipulation qui explore les limites anatomiques de l'articulation. Au-delà de cette limite on parlera de luxation.

Il s'agit d'une impulsion brusque, vélocité mais de faible amplitude. En France, nous utilisons les méthodes directes agissant directement sur la vertèbre (bras levier court) et les méthodes indirectes qui utilisent une autre partie du corps comme appui, comme le bassin ou la ceinture scapulaire (bras levier long).



Manipulation NELSON, vertèbres dorsales hautes par le Dr Guinoiseau/DIU REIMS (bras levier court)



Manipulation BAUDRIER, vertèbres dorso-lombaires par le Dr Heid /DIU REIMS (bras levier court)



Manipulation Lombaire, par le Dr Koch /DIU REIMS (bras levier long)

Un bruit de craquement très sonore est souvent perçu, mais ne signifie ni que la manipulation a réellement eue lieu, ni qu'elle a été efficace. Ce bruit témoigne d'une séparation instantanée et « explosive » des articulaires postérieures. Il ne se produit que si la force de traction engendrée par la manipulation est plus forte que la force cohésive qui maintient les surfaces articulaires au contact les unes des autres. Lorsque les deux surfaces articulaires se séparent des bulles de vide (phénomène de cavitation) se forme au sein du liquide synovial puis dans un second temps, lorsqu'elles atteignent une certaine taille, les gaz dissous à l'intérieur précipitent, générant un bruit caractéristique. [6][1]

2.3.1.2) Mode d'action : [7]

Les mécanismes d'action restent pour le moment flou, les connaissances partielles :

- **Lésion discale** : un des effets de la manipulation vertébrale pourrait être de réintégrer un fragment discal déplacé. L'hypothèse selon laquelle un fragment de nucleus pourrait migrer dans une fissure radiale de l'anulus et se trouver bloqué a été avancée pour expliquer certains lumbagos ou douleurs discales aiguës
Aucune étude à ce jour n'a prouvé la réintégration d'une hernie discale par manipulation.[8]
Il semblerait tout de même qu'elle ait un rôle antalgique en séparant temporairement le disque du ligament postérieur, ou des racines limitant ainsi les phénomènes inflammatoires
- **Lésion articulaire postérieure** : des incarceration ménsicoïdes dans les articulations inter apophysaires seraient responsables de blocages articulaires, pouvant être levés par manipulation. [9]

- ***Étirement des capsules articulaires*** : Il a probablement un effet inhibiteur sur les contractures musculaires para vertébrales, comme cela a été montré chez l'animal [10]
- ***Rupture d'adhérences articulaires*** : Des adhérences intra articulaires composées de fibrine se formeraient à la suite de poussées congestives d'arthrose, responsables alors d'une restriction de mobilité.
- ***Action sur les muscles para-vertébraux*** : décontraction par étirements direct des muscles vertébraux lors des manipulations, libérant les amplitudes de flexion lombaire. En fait, toutes les manœuvres manipulatives entraînent un étirement des muscles spinaux lors de la phase de mise en tension, quel que soit l'étage. [11]
- ***Effet sur la douleur*** : il y aurait un effet antalgique propre de la manipulation, indépendant de toute action mécanique vertébrale, par stimulation de nerfs inhibiteurs de la douleur.
- ***Effet psychologique*** : Le contact manuel, le craquement vertébral synonyme de réussite pour le patient, convaincu alors que la vertèbre déplacée s'est remise en place, contribuent à l'effet placebo des techniques manipulatives . Le risque étant l'apparition d'une « manipulo-dépendance » ou « craco-dépendance »

2.3.1.3) Règles d'application :

- **Règle de la non douleur et du mouvement contraire** : proposée par R.Maigne en 1965 , elle signifie que le sens de la manipulation doit être réalisée dans la direction opposée à celle qui déclenche la douleur. La direction douloureuse est déterminée préalablement par l'examen pré-manipulatif , lors de la manipulation passive du rachis , puis lors de la mise en tension.[12]
- **Règle des trois directions douloureuses**: si lors de l'examen du rachis pré-manipulatif, trois directions sont douloureuses alors la manipulation est contre indiquée. Les différentes directions étant, la flexion, l'extension, la rotation Droite et Gauche et pour finir les latéroflexions Droite et Gauche. [1]
- **Réalisation de test vasculaire de posture avant réalisation de manipulation du rachis cervical**. On l'exécute en réalisant une extension droite puis gauche forcée pendant quelques minutes. L'apparition d'une sensation vertigineuse, de nausées ou d'un nystagmus font stopper la manœuvre et interdisent la manipulation. Cette manœuvre est obligatoire, d'un point de vue légal mais insuffisante car elle ne détecte pas à 100% les insuffisances vertébro-basilaires.

2.3.1.4) Contre -indications : [1] [13]

-Contre-indications techniques :

- Lié au patient : le patient doit être consentant à la manipulation après information claire, loyale, approprié, avec explication du déroulement de la séance et exposition des risques encourus.
- Lié au médecin : Manque de compétence, matériel et environnement inappropriés

-Contre -indications absolues liées à la pathologie :

- Pathologies des artères vertébrales, insuffisance vertebro-basilaire, dissections artérielles
- Pathologies ostéo-articulaires : tumorales, infectieuses, inflammatoires, malformative (arnold Chiari...)
- Affections tumorales des nerfs et de la moelle épinière
- Pathologie de croissance de Scheuermann touchant le rachis
- Traumatisme rachidien récent (moins de 6 semaines)
- Rachialgies d'origine viscérale (pancréatique, biliaire, gastrique, pleuropulmonaire, cardiaque)
- Ostéoporose avec tassement récent

-Contre-indication relative liés à la pathologie :

- Ostéoporose sans tassement ou tassement ancien
- Enraidissement important rachis : arthrose évoluée, scoliose prononcée, arthrodèse chirurgicale
- Canal lombaire étroit associé à une radiculopathie
- Radiculopathies par conflit : hernie, ostéophytes
- Pathologies psychiatriques, névroses
- Anticoagulation, trouble coagulation
- Ages extrêmes de la vie

Complications des manipulations vertébrales :

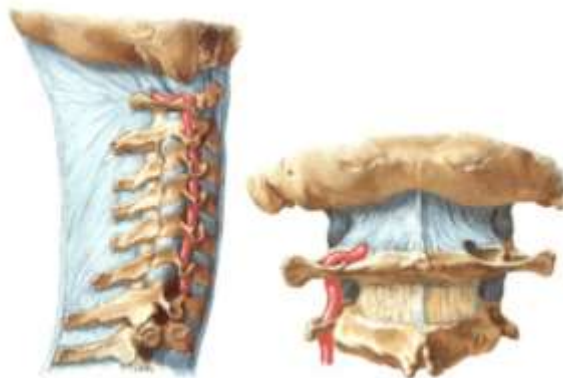
- Complications vasculaires : [14] [15][1] La plupart des complications retrouvées au niveau du rachis cervical sont d'ordre neuro-vasculaire en raison de la fragilité hémodynamique des artères vertébrales notamment au niveau de C1 où elle réalise une courbe (déchirures intimes, hématomes sous intimes, dissections, pseudo anévrisme). Ces lésions liées à un traumatisme de la paroi artérielle peuvent se compliquer d'un spasme artériel et/ou de la constitution d'un thrombus extensif vertébro-basilaire qui peut être à l'origine d'embolies.

Il s'agit d'une artère importante qui vascularise la fosse postérieure du crâne, le cervelet, le tronc cérébral mais aussi le vestibule (organe sensoriel de l'équilibre). Ceci explique la multiplicité des tableaux cliniques. Le plus fréquent semble être le syndrome de Wallenberg (25 %), puis l'infarctus cérébelleux ou du tronc cérébral (46 %), dissection ou spasme de l'artère vertébrale (19,5 %), et pour terminer *locked-in syndrome* (3 %). L'installation des symptômes est souvent immédiate avec aggravation progressive au cours des jours suivants. Dans la plupart des études publiées, ce délai d'apparition des symptômes varie de quelques heures à 7/10j. Initialement, il s'agit de nausées/vomissements, vertiges, amaurose, diplopie, céphalées violentes.

Ces complications restent toutefois peu fréquentes mais potentiellement gravissimes et surtout imprévisibles. La fréquence en France de l'accident vertébro-basilaire est d'environ 1 sur 5 million de manipulation. Il semble plus fréquent chez la femme jeune.

Le pronostic est en général favorable, avec régression au moins partielle des symptômes si la prise en charge est rapide et adaptée après la réalisation d'un TDM, d'une l'artériographie ou d'une IRM. D'où l'importance d'une information claire, loyale et intelligible du patient sur les risques de la manipulation et la nécessité de consulter si apparition de symptômes au détour d'une manipulation cervicale.

Des études sur le flux de l'artère vertébrale s'accordent pour énoncer que la rotation associée à une hyper extension conduit à une occlusion de l'artère vertébrale controlatérale ; souvent il apparaît qu'une des deux artères est atrophique ou hypoplasique (3/4 cas). La symptomatologie va donc dépendre de l'état des réseaux de suppléance notamment de la deuxième A.vertebrale



Netter F.H. Atlas d'anatomie humaine. Icon learning systems. 2^{ème} édition, Masson, 1997.

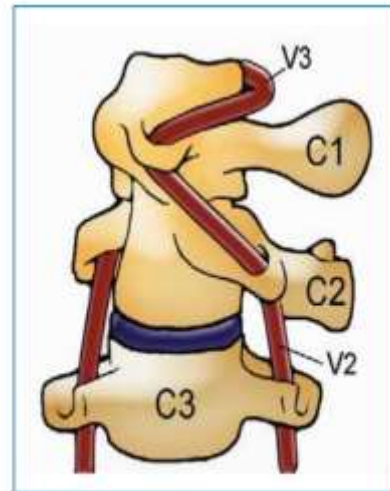


Fig. 2: Vue antérieure des trois premières vertèbres cervicales au cours d'une manœuvre de rotation de la tête vers la droite. Les artères vertébrales passent par les foramina transversaires des vertèbres qui induisent une contrainte sur leur paroi.

- Complications neurologiques : [1] il s'agit souvent de transformations de rachialgie en radiculalgie (lombosciatique, NCB, syndrome de la queue de cheval), sur hernie discale, tassements sur vertèbre tumorale ou ostéoporotique avec compression, ou d'une atteinte médullaire, tronculaire, plexique. Il peut s'agir également de la transformation d'une radiculalgie en radiculalgie paralysante.
- Complications ostéoarticulaires : [1] fracture de côtes, aggravation d'un tassement ostéoporotique, métastatiques, aggravation fractures préexistantes, entorse, luxation.

2.3.1.6 Prévention des accidents :

- Recommandations de bonnes pratiques cliniques : [16]

1. Pas de manipulation si Antécédents de vertiges, états nauséeux, céphalées suite à une précédente manipulation cervicale.
2. Examen neurologique approfondi (recherche d'un accident vertébro-basilaire ischémique en cours qui peut se manifester par des cervicalgies d'apparition récente).
3. Les manipulations cervicales sont absolument contre-indiquées lorsque la douleur pour laquelle le patient vient consulter, ne peut être rapportée au rachis cervical. Respect des contre-indications.

4. Le manipulateur ne doit pas pratiquer des manipulations cervicales s'il n'a pas au moins un an d'exercice continu des techniques manipulatives depuis l'acquisition de son diplôme.

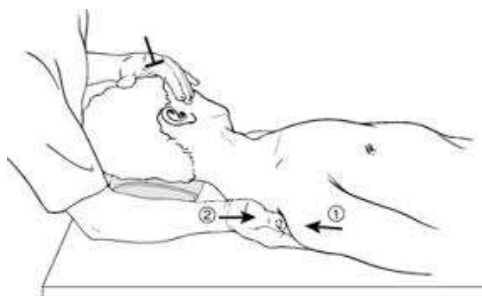
5. Il n'est pas recommandé de recourir aux manipulations cervicales rotatoires chez les femmes de moins de 50ans. Il sera préféré outre les traitements médicamenteux classiques, des traitements manuels consistant en des étirements, des mobilisations (techniques myotensives).

- Recommandations d'imagerie : [17]

- 1) Réalisation d'une radio cervicale systématique avant toutes manipulations cervicales
- 2) Pour le rachis Lombaire ou Thoracique une radiographie (ou tout autre forme d'imagerie n'est nécessaire qu'en cas de présence de signe d'alerte (à l'interrogatoire ou à l'examen clinique) excepté chez les moins de 25ans chez qui la radiographie est nécessaire quelque soit l'étage à manipuler en raison du risque de kyste anévrysmal osseux
- 3) Lorsque le patient le demande avec insistance, même si médicalement non indiquée, la radiographie doit alors être réalisée puisque le geste manipulatif nécessite la pleine coopération du patient

2.3.2) Techniques non forcées :

Plutôt pratiquées à l'origine par les kinésithérapeutes, elles connaissent depuis quelques années un véritable engouement de la part des médecins ostéopathes. Celles-ci sont le plus souvent des techniques tendino-musculaires fondées sur les propriétés des étirements musculaires (contracté-relâché ou myotensifs...), des compressions, des massages réflexes, des méthodes de « correction spontanée par le positionnement » (Strain-Counterstrain de L. Jones) ou autres techniques de fasciathérapie, de « myofascial release » (Friedman), de « décordage ». Elles permettent de redonner de l'amplitude et de la souplesse dans les tissus et aux articulations. Ces techniques sont souvent utilisées en complément des techniques de manipulations vertébrales notamment pour préparer celles-ci. [18]



Myotensif du Muscle Sterno-Cléido Mastoiïdien

2.3.3) Ostéopathie cranio-sacrée, pratique très contestée dans le milieu médical :

Elle est apparue dans les années 30 grâce à William Garner Sutherland, ostéopathe américain, élève du Dr Still. Cette pratique est basée sur la théorie du « rythme cranio-sacré ». Le système cranio-sacré, serait constitué du système nerveux central, du LCR, des membranes dures, des os du crâne et des vertèbres sacrées et contiendrait notre force vitale qui serait ensuite répartie dans tout le corps. En effet, le liquide céphalo-rachidien dans le cerveau et la moelle épinière se meut d'une manière rythmique et ce rythme se propage dans tout l'organisme et lui fournit des impulsions essentielles. L'altération de ce rythme serait néfaste pour la santé. En pratique, le thérapeute fait une apposition des mains sur le crâne pour ressentir les pulsations et donner des impulsions douces pour rééquilibrer les énergies. Peu de recherches ont été conduites en thérapie cranio-sacrée, le peu d'étude retrouvée étant de qualité médiocre et aucune étude scientifique n'a pu démontrer son efficacité. [19]

2.3.4) Ostéopathie viscérale :

L'ostéopathe grâce à des étirements et pressions restaure la mobilité physiologique des viscères par rapport à eux-mêmes et aux viscères environnants, améliorant ainsi leur fonction physiologique. A l'heure actuelle, il n'y a aucune validation scientifique de cette prise en charge. [13]

2.3.5) Mobilisations articulaires périphériques :

Il s'agit de mobilisations forcées de certaines articulations des membres qui permettent d'obtenir un effet antalgique sur les séquelles ostéo-articulaires douloureuses. Empiriquement efficaces, il n'y a aucune preuve scientifique de leur efficacité. [13]

3)Aspect légal : [20]

Il faut attendre 1962 pour qu'un cadre légal entoure la pratique de l'ostéopathie en France. En effet, l'arrêté ministériel et l'article 370 du code de santé publique réserve alors aux seuls médecins, le diagnostic et traitement conduisant à la pratique de manipulations vertébrales

Puis pour la première fois, La loi du 4 mars 2002, article 75, et relatif à "l'usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur" autorise le titre d'ostéopathe ou de chiropracteur à des praticiens non médecins sous certaines conditions. Les décrets de la loi entendaient mettre fin à une situation où de nombreux non-médecins pratiquaient l'ostéopathie en toute illégalité, sans garantie pour les patients. L'usage professionnel du titre d'ostéopathe est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie, délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé à la santé, dans des conditions fixées par décret. Le programme et la durée des études préparatoires et des épreuves après lesquelles peut être délivré ce diplôme sont fixés par voie réglementaire. Toute personne faisant un usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est soumise à une obligation de formation continue, dans des conditions définies par décret [21]

Un décret de 2007 établit la liste des actes que les praticiens justifiant du titre d'ostéopathe sont autorisés à effectuer selon leur formation initiale, ainsi que les conditions dans lesquelles ils sont appelés à les accomplir. A savoir par exemple, qu'un titulaire d'un diplôme d'ostéopathe (exclusif) ne peut pas réaliser de manipulation gynéco-obstétricale ni de touchers pelviens. Les manipulations du rachis cervical chez l'adulte et cranio-facio-cervical chez le nourrisson de moins de 6 mois, ne pourront être réalisées qu'après diagnostic et certificat établi par un médecin attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie. [22]

4)Efficacité :[25]

Dans le domaine des manipulations vertébrales, La littérature scientifique est peu informative, souvent contradictoire et insuffisante méthodologiquement. (Multiplicité des techniques utilisées, absence d'allocation des traitements en « aveugle » important dans ce domaine ou les croyances des patients sont fortes, critère d'efficacité subjectif, populations inhomogènes...)

Toutefois, des études plus récentes à la méthodologie moderne et rigoureuse semblent tendre vers une efficacité des manipulations vertébrales dans les lombalgies aiguës bénignes sans radiculalgie. Pour ce qui est des lombalgies chroniques [23], lombosciatique, cervicalgies cela reste encore à prouver. [24]

D'après Canter et Ernst (Canter and Ernst 2005) sur les 29 revues systématiques publiées en Anglais dans Pubmed entre 1993 et 2004 évaluant l'efficacité des manipulations vertébrales comme traitement des douleurs lombaires, seize sont parvenues à une conclusion globalement

positive, 7 à une conclusion négative et 6 à une conclusion neutre quant à l'efficacité thérapeutique.

5) Les différentes formations : [6]

Le décret N°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie stipule que : « l'usage professionnel du titre d'ostéopathe est réservé :

1° Aux médecins, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers autorisés à exercer, titulaires d'un diplôme universitaire ou interuniversitaire sanctionnant une formation suivie au sein d'une unité de formation et de recherche de médecine délivré par une université de médecine et reconnu par le Conseil national de l'ordre des médecins.

Depuis cette année les médecins ne pourront plus se contenter de l'ancien DIU de Médecine Manuelle de 2ans. Ils devront suivre un cursus de 3ans conforme aux directives officielles et comportant 436 heures d'enseignement et 300 heures de formation pratique (l'équivalent de 150 consultations). En 2017, l'enseignement du diplôme de médecine manuelle est assuré par 16 facultés de Médecine en France : Bordeaux, Dijon, Caen Grenoble, Lille, Lyon, Marseille, Paris V, Paris Bobigny, Reims/Nancy, Rennes, Rouen, St Etienne, Strasbourg, Toulouse et Tours.

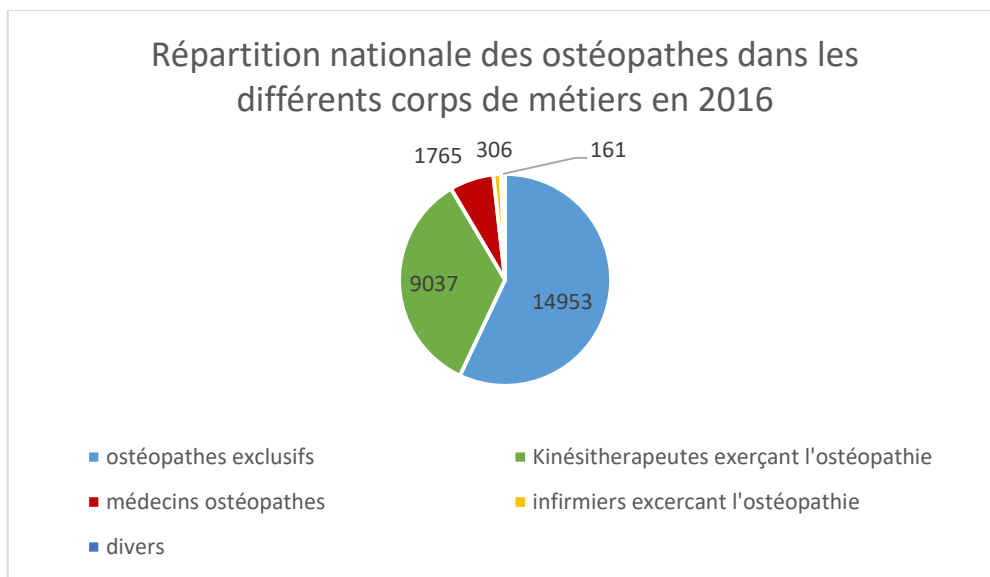
2° Aux titulaires d'un diplôme délivré par un établissement agréé dans les conditions prévues aux articles 5 à 9 du décret n°2007-437 du 25 mars 2007. Depuis la loi Kouchner de 2002, le nombre d'école d'ostéopathie indépendante à niveau de formation très variable, a littéralement explosé d'où une inflation du nombre de diplômés. Pour pallier à cela le ministre de la santé a procédé à des regroupements et à des fermetures d'écoles jugées insuffisantes au niveau de leurs formations. La réforme a également imposé à ces écoles un quasi-doublement du nombre d'heures d'enseignement, soit 4860 heures sur cinq ans et une formation pratique clinique renforcée, chaque étudiant devant assister à 150 consultations menées par un ostéopathe professionnel. Actuellement seule 24 centres de formation subsistent.

3° Aux ressortissants européens titulaires d'une autorisation d'exercice de l'ostéopathie délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé.

6) Les acteurs de l'ostéopathie en France : [26][27]

Le registre des Ostéopathes de France comptabilisait en 2010 : 11 720 ostéopathes en France, 4300 au Royaume uni, 1500 en Allemagne, 1350 en Italie, 930 en Belgique, 970 en Suisse, 930 en Belgique, 600 en Autriche, 320 en Espagne, 200 en Suède et 26 au Danemark (L'ostéopathe magazine, mai/juin 2010). Avec 1 ostéopathe pour 5546 habitants, la France se plaçait d'ores et déjà au premier rang Européen de densité d'ostéopathes.

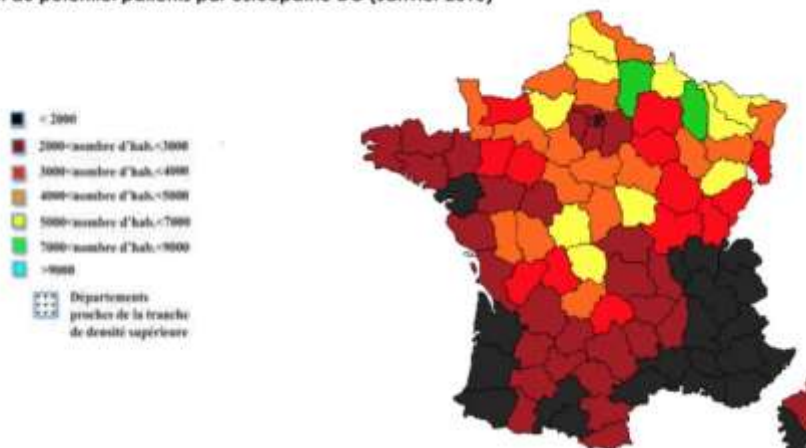
On estime qu'en 2002, 4000 professionnels exerçaient l'ostéopathie en France. Fin 2008, 9808 professionnels étaient autorisés à faire usage du titre d'ostéopathe. En 2010, ils étaient 11 608. A ce jour, ils sont environ 26 222.



Graphique établi à partir des données DRESS, à partir du fichier ADELI

La carte de France de la densité des ostéopathes montre qu'aujourd'hui ceux-ci **sont très largement installés dans les grandes villes et au sud de la Loire**, zones qui sont d'ailleurs en situation de saturation.

Evolution du potentiel patients par ostéopathe DO (Janvier 2016)



III) ETUDE :

1) Matériel et Méthode :

1.1 Population étudiée :

Les formulaires ont été envoyés à 320 médecins titulaires du DIU de médecine manuelle de Reims, Paris, Bobigny (1 promotion), Strasbourg (quelques médecins) après avoir obtenu leurs adresses mail par le biais des différents responsables de DIU dans les villes concernées.

1.2 Critères d'inclusions :

Les médecins inclus dans l'étude étaient :

- Les médecins généralistes détenteurs du DIU de médecine manuelle, qu'ils soient thésés ou non
- Quel que soit leur orientation dans la pratique quotidienne
- Exerçant la médecine manuelle en cabinet de ville
- Qui acceptent de participer à l'étude

1.3 Critères d'exclusions :

Étaient exclus de l'étude :

- Les médecins spécialistes détenteurs du DIU d'ostéopathie
- Les médecins exerçant en milieu hospitalier
- Les médecins refusant de participer à l'étude

1.4 Méthode :

Il s'agit d'une enquête descriptive réalisée sous la forme d'un questionnaire informatisé, créé à partir de Google Form et envoyé par mail. La période d'inclusion s'est déroulée du 7/11/2014 au 11/12/2015. Les réponses étaient entièrement anonymes. Les statistiques ont été réalisées à partir du Logiciel Excel.

Trois relances ont été nécessaires.

1.5 Le questionnaire :

Il s'agit d'un questionnaire entièrement créé à partir de Google Form. Les médecins sondés avaient à répondre à 25 grands items comprenant :

-dix-huit questions fermées où le choix était imposé dans une liste de propositions.

-sept questions ouvertes où le praticien pouvait librement proposer des réponses.

-dix questions orientées sur le médecin (âge, lieu d'exercice, sexe, année d'obtention du diplôme.).

-quatre questions sur la formation en ostéopathie (degré satisfaction, intégration des connaissances).

-onze questions sur les modes de pratiques suite à l'obtention du DIU.

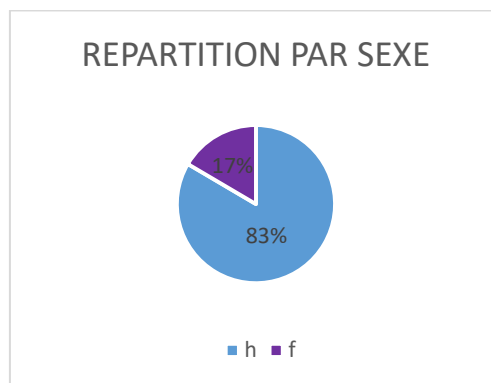
2) Résultats :

Sur les 320 questionnaires envoyés, 127 ont pu être inclus dans l'étude et analysés. 13 adresses mail étaient incorrectes ou non actualisées. 22 ont été exclus car renseignés par des spécialistes (rhumatologues, MPR), enfin 3 questionnaires remplis par des médecins généralistes n'ont pas été pris en compte car les modalités de réponses au questionnaire étaient non respectées, les réponses incomplètes. Soit un taux de réponse de 47%

2.1 Description de la population des médecins répondants :

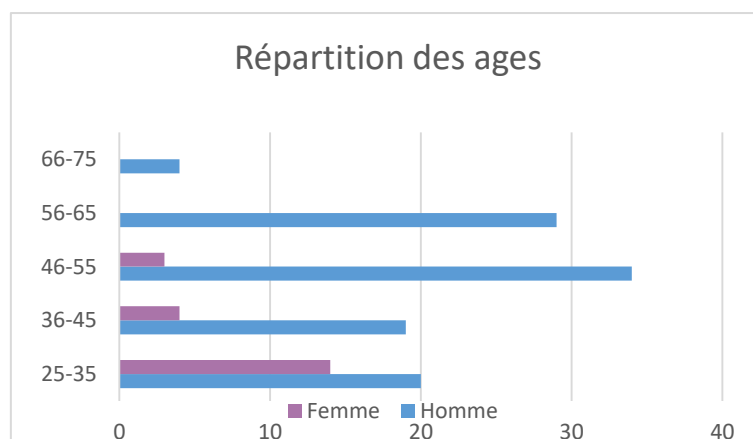
2.1.1 Genre :

- Parmi les médecins ayant répondu à l'étude nous retrouvons une forte proportion d'hommes 106 contre 21 femmes



2.1.2 Répartition des Ages :

- La moyenne d'âge de la population est de 46 ans avec un écart type de 11,7 avec moyenne d'âge des femmes étant de 35ans écart type 8,5

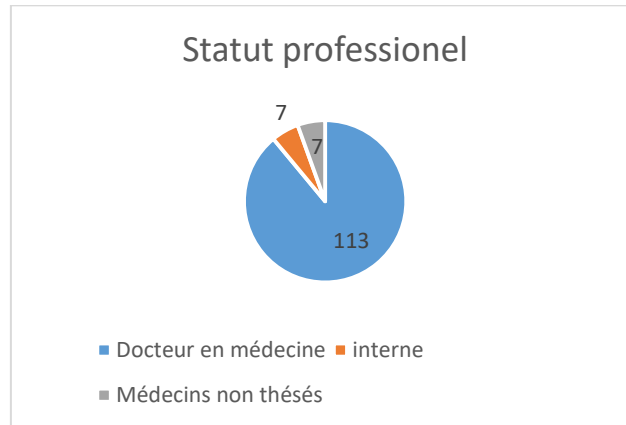


2.1.3 Stature :

- Le poids moyen était de 76kg (écart type 12,7) pour une taille de 176cm (écart type 8,2) soit un IMC de 25.

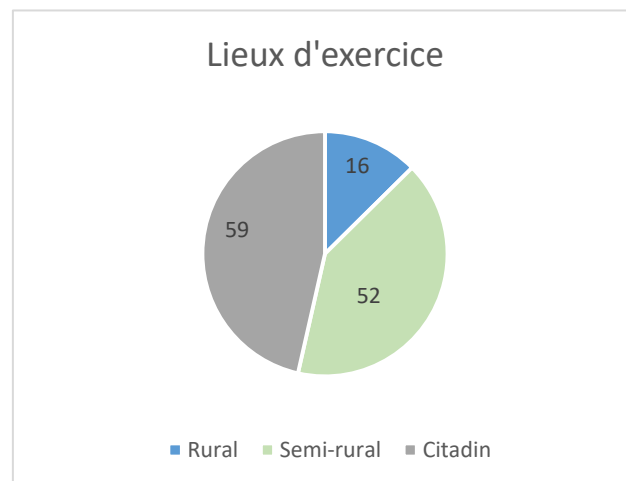
2.1.4 Statut professionnel :

- 89% des médecins étaient docteur en médecine, 5% internes en médecine en fin de cursus et 5% Médecins non thésés remplaçants



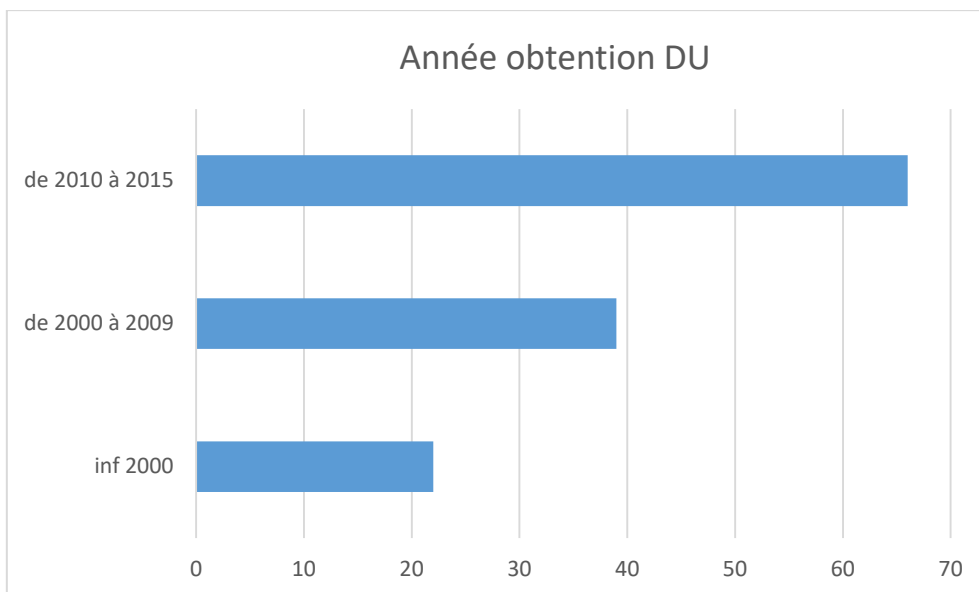
2.1.5 Lieu d'exercice :

- 46% des médecins interrogés exerçaient en milieu urbain, 41% en semi-rural et 13% en milieu rural.



2.1.6 L'année d'obtention du D.I.U de MMO :

- 22 personnes (17%) l'ont obtenu avant 2000 il s'agit à 100% d'hommes, 39 (31%) entre 2000 et 2009 puis 66 (52%) plus récemment entre 2010 et 2015.L'année moyenne d'obtention du D.I.U est 2007(ÉCART TYPE 7,32)



2.1.7 Pratique d'une activité physique régulière ?

Ils étaient 84 (66%) à pratiquer une activité physique régulière. Les sports pratiqués le plus souvent sont les sports individuels avec en premier lieu la course à pied, suivi du cyclisme.

Course à pied/trail	37
Cyclisme/VTT	25
Sports de raquette(tennis, squash,badminton)	19
Marche	13
Arts martiaux	9
Natation	8
Sports collectifs(basket, football, rugby)	8
Fitness	6
SKI	5
Golf	5
Escalade	4
Equitation	2
Danse	2
Plongée sous marine	2
Parachutisme	1
Baseball	1
Roller	1

2.1.8 Diplômes Universitaires associés :

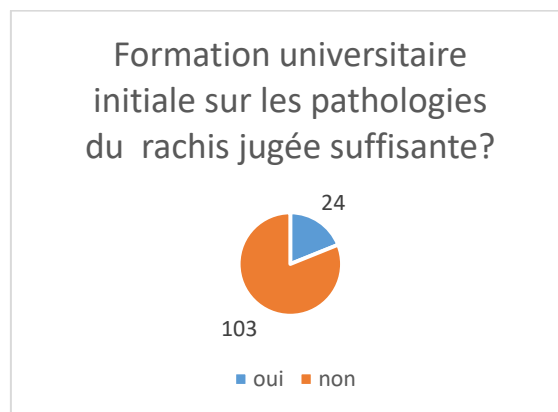
- 36 % (dont 92% des hommes) des médecins interrogés n'avaient pas de diplôme universitaire associés à celui de médecine manuelle, pour les autres le diplôme de médecine du sport (59%) ressort nettement, suivi des différentes médecines alternatives (acupuncture (26%), homéopathie, aromathérapie (25%)) puis de la mésothérapie (17%)

Médecine du sport	48
Acupuncture/Auriculothérapie	21
Homéopathie/Aromathérapie	20
Mésothérapie	14
Nutrition	9
Traumatologie sport	7
Echographie appareil locomoteur	2
Posturologie/Podologie	2
Santé de l'enfant	2
Hypnose/PNL	2
Douleur	1
Rééducation fonctionnelle	1
Gynécologie	1
Médecine du travail	1
Informatique medical	1
Soins palliatifs	1
Tabacologie	1
Pédagogie Médicale	1

2.2 Ressenti vis-à-vis de la Formation d'ostéopathie :

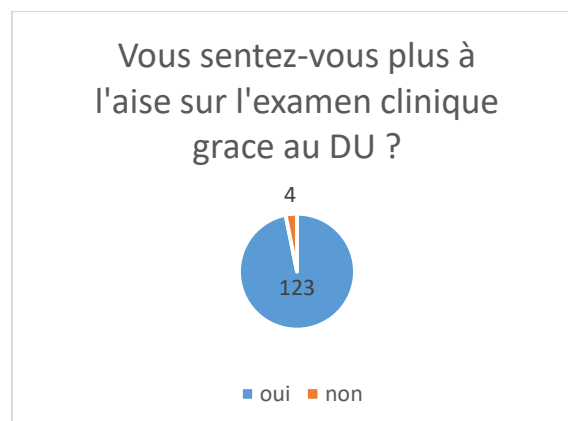
2.2.1 Satisfaction globale sur la formation universitaire initiale sur le rachis :

- 81% des médecins interrogés trouvaient insuffisante leur formation initiale en terme de pathologies du rachis

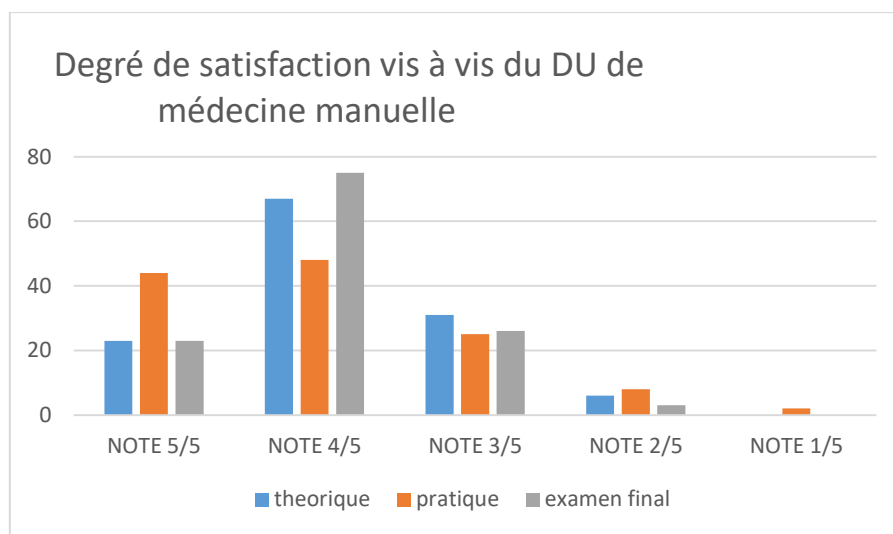
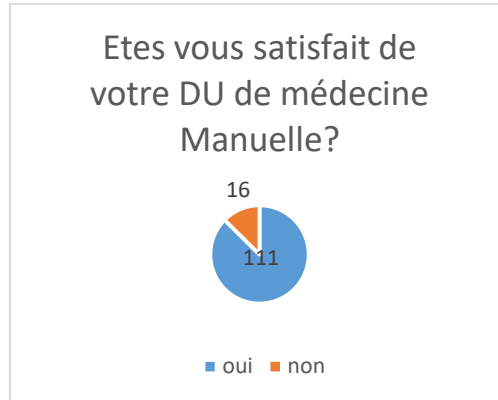


2.2.2 Apport du D.I.U sur l'examen clinique et le diagnostic des pathologies de l'appareil orthopédique :

- 97% des diplômés se sont sentis plus performants dans l'examen clinique orthopédique suite à leur formation



2.2.3 Satisfaction vis-à-vis de la formation du diplôme D.I.U de MMO (en 2ans) :



Sur les 16 insatisfaits on retrouve :

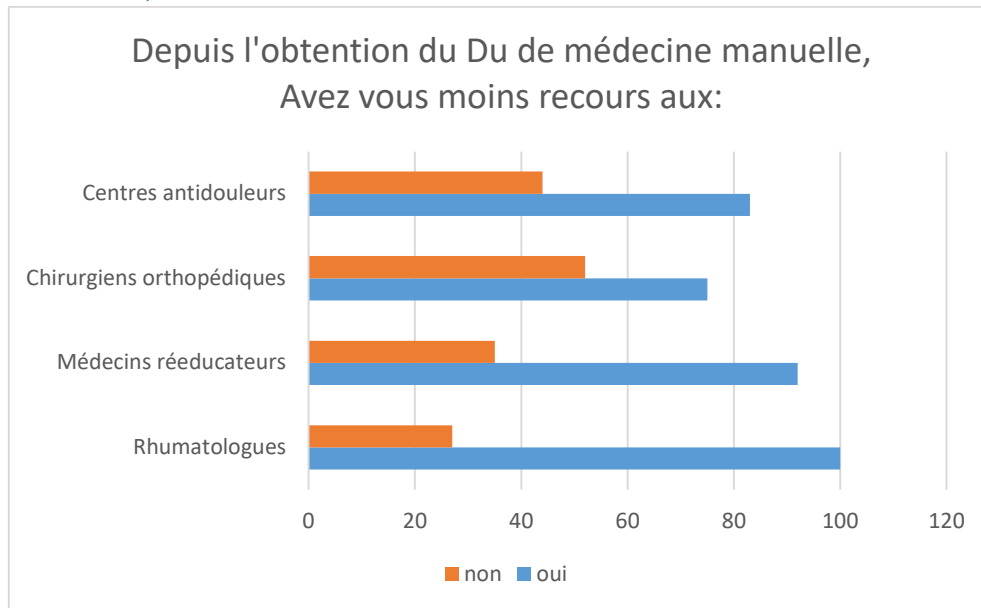
- 87,5% d'hommes (14)
- 4(25%) qui trouvent leur formation initiale universitaire sur le rachis suffisant
- 5 (31%) formés avant 2000, 7 (44%) formés entre 2000 et 2010, 4 (25%) formés après 2010
- 100% qui pratiquent encore l'ostéopathie et 5 (31%) qui poursuivent les formations
- 7(44%) mécontents du côté pratique de la formation, contre 2(12%) de la formation théorique, l'examen final a contenté l'ensemble des 16 insatisfaits

2.3 Apport du DU de médecine manuelle dans la pratique quotidienne :

2.3.1 Prise en charge diagnostique et thérapeutique :

- 72% des médecins répondants ont diminué leur prescription d'analgésiques.
- 87% des médecins répondants ont diminué leur prescription d'AINS.
- 43% des médecins répondants ont diminué leur prescription d'examen complémentaire, mais ils sont 88% à estimer avoir optimisé les demandes.

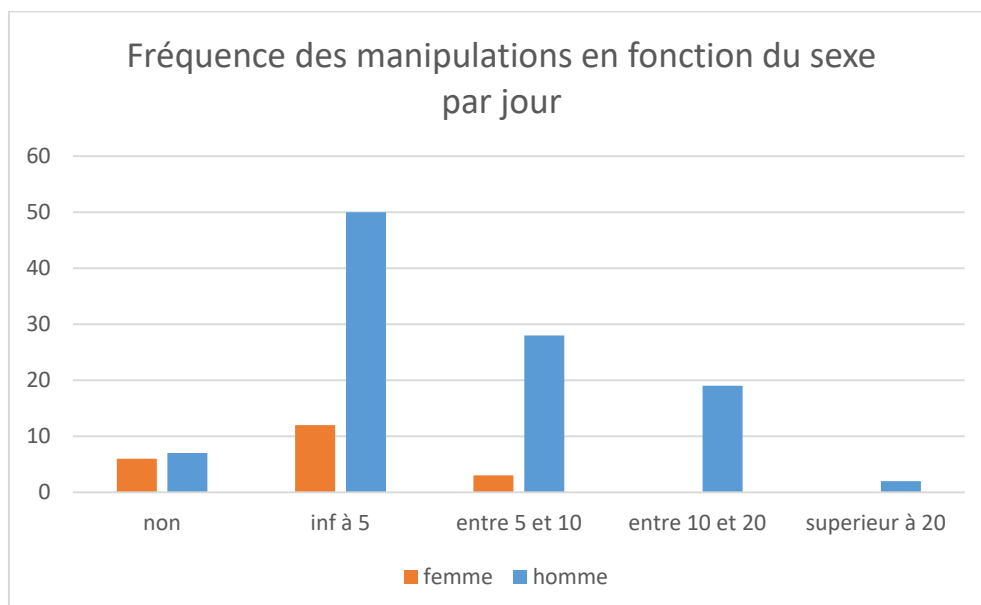
2.3.2 Demande avis spécialisés :



2.4 Aperçu des pratiques en ostéopathie au cabinet :

- Sur les 127 médecins titulaires du DIU, ils étaient 114 (90%) à toujours pratiquer la médecine manuelle régulièrement.

2.4.1 Fréquences des MV :

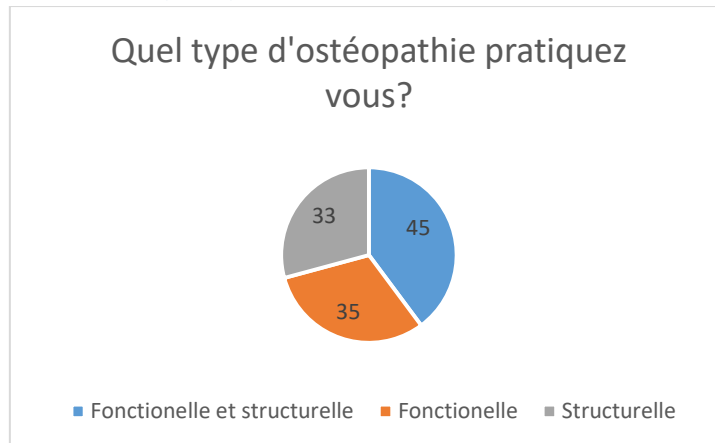


- Sur les 99 hommes exerçant encore l'ostéopathie, 50% pratiquaient de manière occasionnelle (moins de 5 MV par jour), 21% d'entre eux réalisaient plus de 10MV par jour, et 2(2)% plus de 20MV par jour.
- Sur les 15 femmes exerçant encore l'ostéopathie, 80%(12) pratiquaient de manière occasionnelle moins de 5 MV par jour, elles étaient 20% (3) à pratiquer

entre 5 et 10MV par jour, et aucune ne manipulait plus de 10 fois par jour. On peut donc en conclure que les femmes pratiquent moins que les hommes .

- Sur les 13 (10%) personnes ne pratiquant plus , on retrouvait 46%(6) de femme et 54% d'homme (7)

2.4.2 Type de Médecine Manuelle pratiquée :

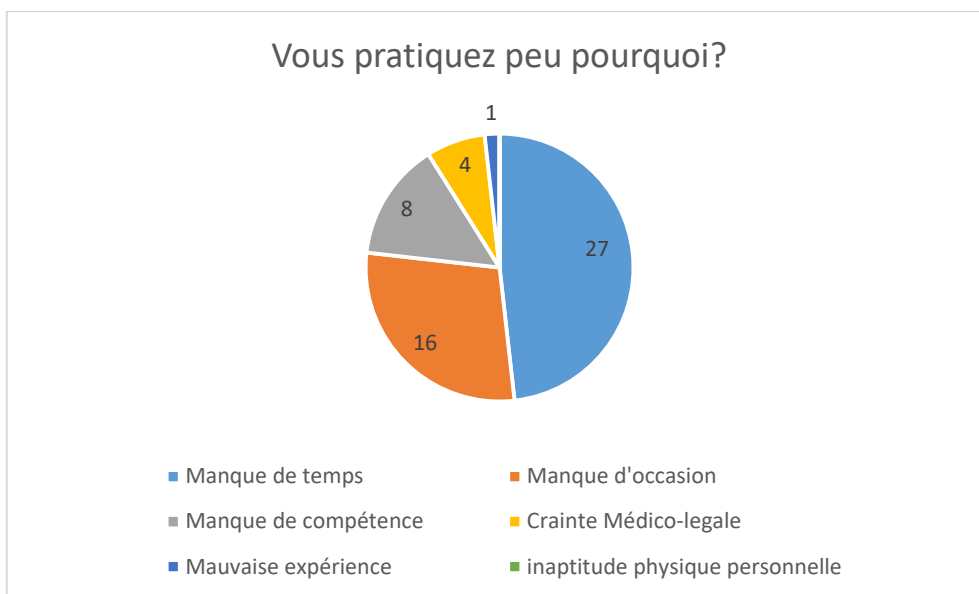
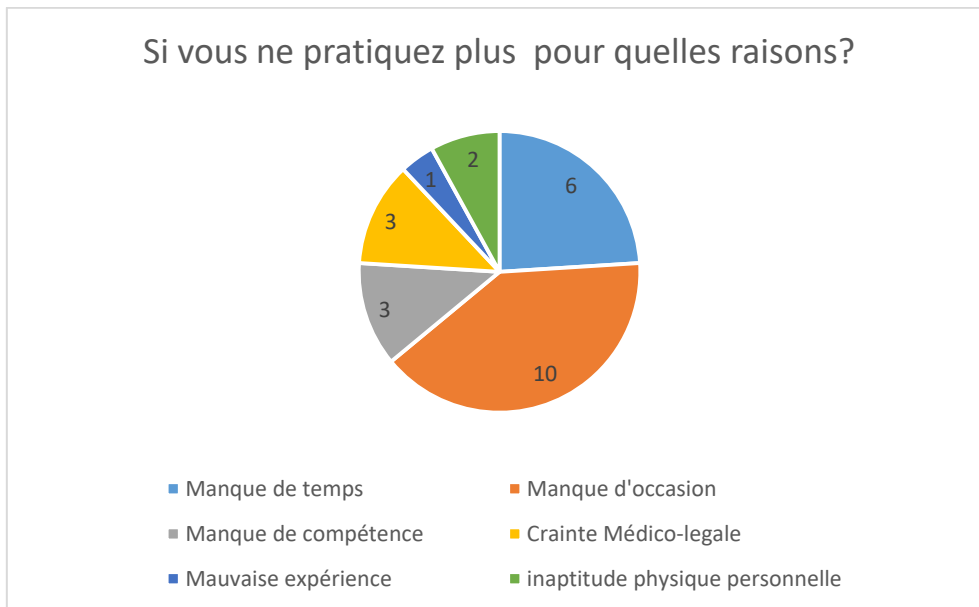


- 29% n'utilisaient que les techniques structurelles.
- 31% n'utilisaient que les techniques fonctionnelles.
- 39% utilisaient les deux types de techniques de manière complémentaire.
- Chez les femmes , elles sont 47% à ne pratiquer que des techniques fonctionnelles, 27% à ne pratiquer que des techniques structurelles et 27% à utiliser les 2 types de techniques.
- Chez les hommes , ils sont 27% à ne pratiquer que des techniques fonctionnelles , 28% à ne pratiquer que des techniques structurelles et 45% à utiliser les deux types de techniques.

2.4.3 Rachis cervical :

- 62% (71) des médecins pratiquant encore la médecine manuelle manipulent le rachis cervical .
- Sur les 33 ne pratiquant qu'avec les techniques structurelles, ils sont 61% (20) à les utiliser sur le rachis cervical.
- Sur les 35 ne pratiquant qu'avec les techniques fonctionnelles , ils sont 49%(17) à les utiliser sur le rachis cervical.
- Sur les 15 femmes pratiquant encore , elles sont 47% (7)à manipuler le rachis cervical.
- Sur les 99 hommes pratiquant encore, ils sont 65% (64) à manipuler le rachis cervical.

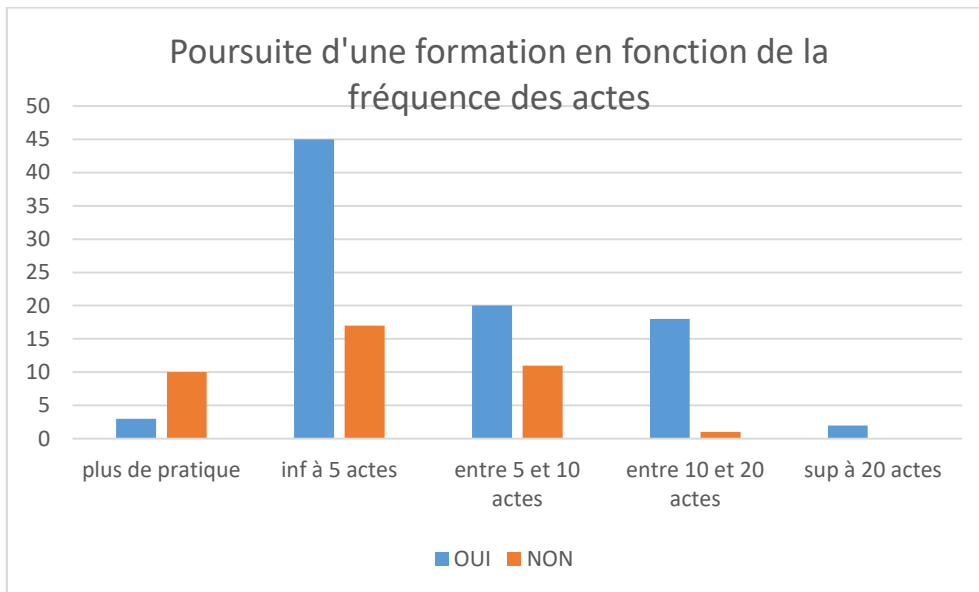
2.4.4 Limitation à la pratique :



- Chez les personnes ne pratiquant plus ou peu (moins de 5MV par jour) seulement 2 personnes signalent une mauvaise expérience lors des manipulations.

2.4.5 FMC :

- Sur notre échantillon de 127 personnes ils sont 69% (88) à poursuivre des formations de perfectionnement en médecine manuelle, 77% si nous nous limitons aux 114 médecins pratiquant encore l'ostéopathie.
- 17%(22) des médecins interrogés enseignent l'ostéopathie, et 45% (10) de ceux-ci ont été formés avant 2000



IV) DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES :

1) Sur l'étude :

Le relatif bon taux de réponses de 47% peut s'expliquer par la rapidité et la facilité de remplissage du questionnaire électronique (peu de question, questions brèves, une majorité de questions fermées, des cases à cocher), son anonymat (permettant d'éviter la peur d'un jugement de valeur des médecins répondants) ainsi que les 3 relances réalisées.

Cette étude bien qu'originale dans son contenu, car non retrouvée dans la littérature comporte certaines limites qu'il est bon de rappeler.

1.1) Biais de sélection :

Le nombre de participant aurait pu être plus important mais plusieurs de mes demandes afin de récupérer les mailings de certains centres de formation sont restées vaines, réduisant ainsi la population de base. Par ailleurs, les informations transmises par les responsables de D.I.U de Médecine manuelle ne contenaient que le nom et l'email, biaisant ainsi le recrutement puisque certains d'entre eux, les plus âgés n'étaient pas toujours informatisés et n'ont donc pas pu participer à l'étude. Pour d'autres il s'agissait d'erreur de saisie de l'adresse mail ou de changement de boîte mail depuis leur enregistrement au D.I.U. Ceci pouvant rajeunir légèrement la population étudiée.

De plus, il est fort probable que certains mailing transmis par les responsables de D.I.U, ne concernent que les personnes motivées à la poursuite d'une formation continue en ostéopathie, les médecins ne pratiquant plus depuis des années pouvant très bien demander à être exclus de ce mailing car non intéressés par les nouvelles en terme d'ostéopathie ou les propositions de formation. Les médecins ne pratiquant plus sont peut-être aussi moins enclins à répondre à notre questionnaire car désinvestis dans ce domaine ou ne vivant pas bien le fait de s'être détachés de la pratique. Ceci pouvant peut-être surestimer le fort taux de médecins pratiquant toujours (90%) dans notre étude. Par comparaison avec la littérature, le Pr Vautravers dans son étude de 2005, concernant les manipulations vertébrales chez les diplômés de Strasbourg retrouvait un taux moindre de 70%.

1.2) Biais d'information :

Certains médecins n'ont rempli que partiellement le questionnaire, l'anonymat ne nous permettant pas de les recontacter afin de préciser les réponses manquantes, ils ont été exclu de l'étude. Heureusement, nous n'en dénombrant que trois.

Un des participants a fait une remarque tout à fait pertinente sur un oubli de proposition dans la question : « Si vous ne pratiquez plus ou peu pourquoi », mentionnant pour son cas un inadaptabilité /une insuffisance de matériel (table d'examen électrique...) pour une pratique convenable de la médecine manuelle. Cet ITEM, apparaissant intéressant pour les internes ou les médecins remplaçants qui utilisent le matériel de leur confrère pas forcément sensibilisé à cette pratique. Ils représentent tous de même 10% de la population de l'étude.

Ce travail ne peut donc donner lieu à généralisation mais permet de mettre en évidence un certain nombre de tendances au sein d'une population.

2) Sur les Résultats :

2.1) Féminisation de la profession :

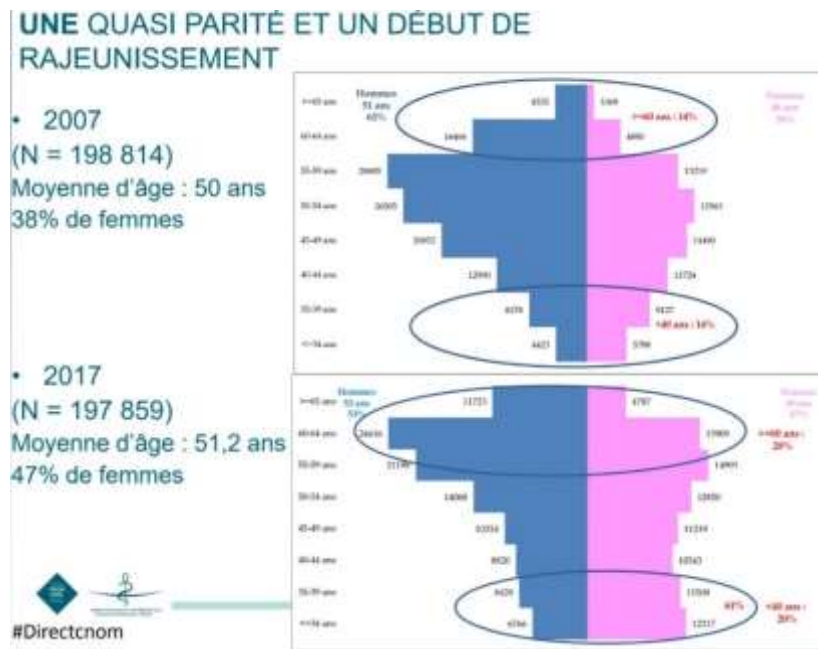
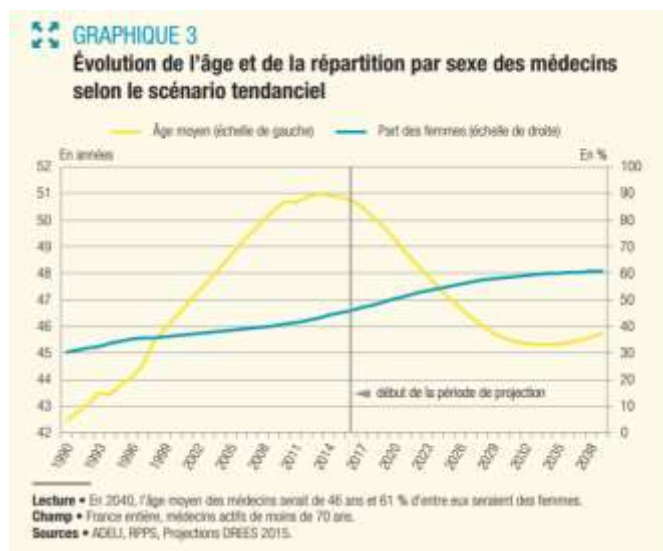


Image tirée de l'atlas de la démographie médicale octobre 2017

Longtemps considéré comme un métier exclusivement masculin, la féminisation de la profession médicale est un phénomène croissant. En effet, les femmes sont passées de 10% des effectifs de médecins en 1960 à 33,4% en 1982 (Lapeyre, 2006) et 38% en 2007(ATLAS 2007) elles représentent actuellement 47% en 2017 (Chiffres ordre des médecins ATLAS 2017). Selon les prévisions du DREES, elles devraient être majoritaires dès 2021 et représenter plus de 60 % des médecins en exercice en 2034. Notre étude semble aller dans ce sens puisque plus les années passent plus elles paraissent représentées dans le milieu de la médecine manuelle, même si elles restent nettement minoritaires. 81% des femmes de l'étude ont reçu leur diplôme entre 2010 et 2015, aucune avant 2000. La moyenne d'âge des femmes de l'étude est de 35ans .67% des femmes ont moins de 35ans.



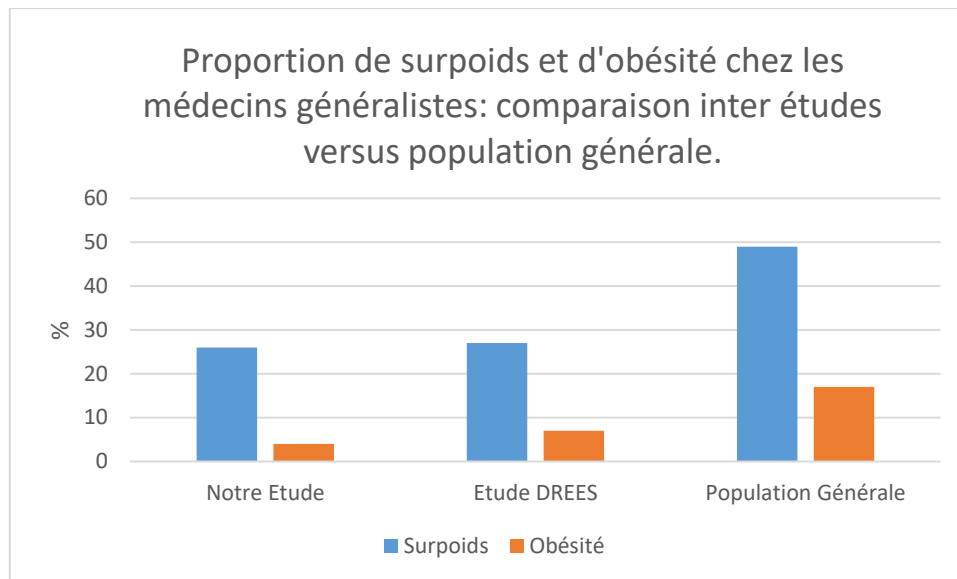
2.2) Le profil des médecins titulaires du D.I.U de MMO :

De manière caricaturale, l'image que l'on pourrait avoir d'un médecin détenteur d'un diplôme en médecine manuelle est plutôt un homme d'une quarantaine voire cinquantaine d'année, en bonne forme physique, sportif, détenteur de plusieurs diplômes associés à l'orthopédie, pratiquant de manière régulière l'ostéopathie, utilisant les techniques structurales. Qu'en est-il dans notre étude ?

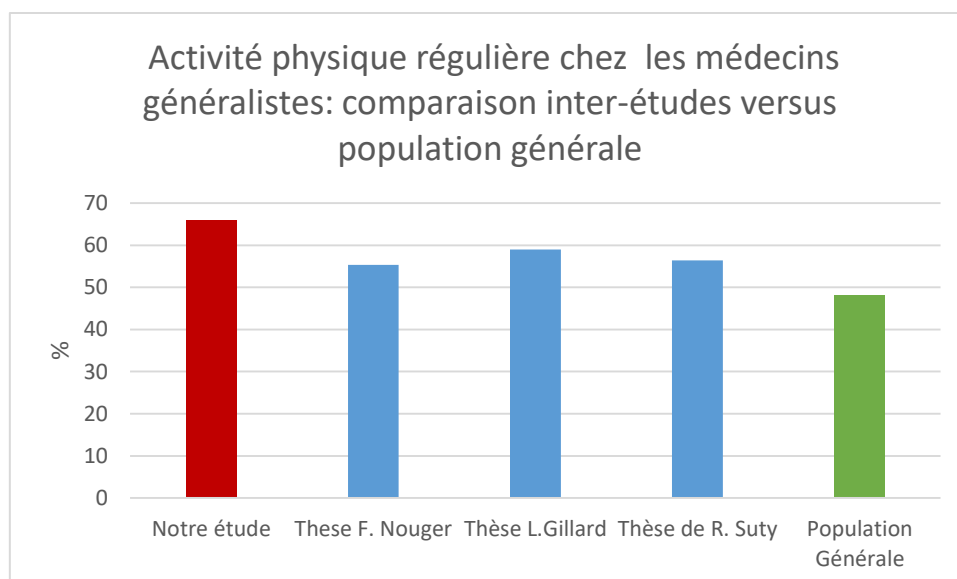
Dans notre étude, les hommes sont nettement plus représentés puisqu'ils sont 83%. La moyenne d'âge est de 46ans (écart type de 11,7), 48ans pour les hommes (écart type 11,1). Selon les chiffres du Conseil de l'ordre des Médecin, en 2013, la moyenne d'âge des médecins généralistes et de 52ans.

En ce qui concerne leurs corpulences, l'IMC moyen est de 25. 26% des participants à l'étude sont en surpoids, il s'agit à 94% d'hommes, les 6% de femmes concernées ont une moyenne d'âge de 46ans. On dénombre 4% d'obèses modérés, il s'agit à 100% d'hommes dont la moyenne d'âge est de 56ans.

Ces résultats coïncident avec l'étude du DREES qui analysait la santé physique et psychique des médecins généralistes en 2010, qui retrouvait 27% de surpoids dans son panel de médecins généralistes. La proportion d'obésité est légèrement moindre dans notre étude puisqu'ils retrouvaient 7% de leur côté. L'ensemble de ces résultats restant bien inférieur à ceux retrouvés dans la population générale, puisque la prévalence de l'obésité est estimée à 17%, la prévalence de surpoids à 49%(Etude ESTEBAN 2014-2016).



Ils sont 66% à déclarer maintenir une activité physique régulière, ce qui est un bon score vis-à-vis des études retrouvées dans la littérature : 55,3%(Thèse F Nouger 2004) [32] ,59% (Thèse de L.Gillard 2005)[33] ,56,4%(THESE R.Suty 2006)[34] pour des moyennes d'âge quasi similaires. Dans la population générale, ils ne seraient que 48%. [35]



Notre échantillon de médecins généralistes formés à la médecine manuelle, ne semble donc pas être différent de ses confrères en terme de corpulence mais mieux lotis que la population générale et ce pour des raisons culturelles, socio-économiques évidentes. Par ailleurs, à âge équivalent ils sembleraient plus sportifs. Il s'agit pour la plupart de sports individuels d'endurance (course pied, vélo.)

Ils étaient pour 89% Docteurs en médecine, 5% Internes en fin de cursus et 5% de Médecins remplaçants. Le D.I.U semble donc intéressé de plus en plus de gens jeunes dans la profession. En effet, les promotions de D.I.U de médecine manuelle sont en constante augmentation, obligeant les responsables à sélectionner par examen d'entrée, et limiter le nombre de places disponibles.

Ils sont 64% à être titulaire d'un diplôme associé. Sans surprise le diplôme universitaire le plus représenté est la médecine du sport à 59%, suivi des différentes médecines complémentaires : acupuncture (26%), homéopathie/ aromathérapie (25%) puis la mésothérapie (17%).

2.3) L'état des lieux des pratiques :

Etant moi-même détentrice du diplôme d'ostéopathie depuis 2015 et n'ayant jamais vraiment pratiqué sur les patients lors de mes remplacements car pas assez à l'aise avec les techniques manipulatives et limitée physiquement je me suis demandée qu'en était-il pour la majorité d'entre nous ? Pratiqueaient-ils à l'issue du diplôme ? Se formaient-ils encore ? Y avait-il un profil type de médecins qui abandonne la pratique ?

Dans notre étude, sur les 127 médecins ils étaient 13 (10%) à ne plus pratiquer. Par comparaison, le Pr Vautravers dans son étude de 2005 retrouvait un taux d'abandon de 21%. [28] Il s'agissait à 46% de femmes et 54% d'hommes.

Lorsque l'on s'intéresse aux raisons de l'abandon de la médecine manuelle, on se rend compte bizarrement, que le manque d'occasion ressort en premier lieu à 76%. Cela paraît étonnant puisque rien que le traitement de la lombalgie commune apparaît comme un enjeu de santé publique de par sa fréquence et sa tendance à passer à la chronicité et donc au coût occasionné. En effet, en moyenne chaque année, un médecin généraliste français voit 92 patients pour une lombalgie, qui consultent en moyenne une fois et demi pour ce problème. (Données établies sur 20ans par l'Observatoire de Médecine Générale). En médecine générale, une fois formé à la médecine manuelle, il ne se passe pas un jour sans que des DIM cervico dorso lombaires soient détectés.

Le deuxième argument, plus défendable cette fois-ci, semble être le manque de temps à 46% une consultation de médecine manuelle demande un temps d'interrogatoire et d'examen clinique assez conséquent afin d'éliminer d'éventuelles contre indications aux manipulations vertébrales, puis vient le temps de la préparation et enfin la manipulation en elle-même. Dans un travail de thèse de 2017, pour 81,8% des médecins ostéopathes interrogés, le temps moyen d'une consultation d'ostéopathie était de 15min à 30 min et pour 12% plus de 30min. [29]

Comme nous l'avons vu plus haut, bien que rares les accidents de manipulations existent et peuvent être gravissimes, notamment au niveau cervical. Une personne de notre échantillon a arrêté les manipulations suite à une mauvaise expérience, une autre a réduit son activité à cause de cela. Ils sont 3 à craindre d'éventuelles répercussions médico-légales à leur rencontre. Il aurait pu être intéressant de recenser auprès de l'échantillon complet, les antécédents de mauvaises expériences durant les manipulations, afin de se faire une idée sur leur fréquence et la proportion de médecins poursuivant leur pratique malgré cela. Dans l'étude du Pr

Vautravers, ils étaient 24% (26médecins) à déclarer avoir provoquer un ou plusieurs incidents ou accidents de manipulation au cours de leur carrière. La moyenne est de 1,39 incidents par médecin [28]

Deux facteurs limitants supplémentaires auraient pu être proposés dans ce questionnaire : inadaptabilité du matériel/insuffisance de matériel et l'aspect économique : manque de rémunération (consultations longues peu cotées).

Il n'y a pas de différence significative entre les femmes / hommes, les anciens diplômés/les nouveaux diplômés. Il n'existe pas de profil type de médecins sujets à abandonner la médecine manuelle.

Pour les 90% poursuivant la pratique de Médecine Manuelle, les femmes semblent pratiquer de manière moins soutenue : 80% pratiquent moins de 5MV par jour, contre seulement 50% des hommes, 21% réalisaient même plus de 10MV dans la journée. Elles sont également plus enclines à utiliser les techniques douces fonctionnelles, elles sont 47% à en faire un usage exclusif contre 27% chez les hommes. 45% des hommes utilisent les deux types de techniques contre 27% chez les femmes.

Bête noire de l'ostéopathie de par les risques encourus, les manipulations du rachis cervical sont toutefois réalisées par 62% des médecins, 47% des femmes et 65% des hommes. Les médecins pratiquant les techniques structurelles (les plus susceptibles d'entraîner des complications si la technique est mauvaise : trop de rotation...) sont 61% à les utiliser sur le rachis cervical. Les manipulations du rachis cervical ne semblent donc pas être une source d'angoisse pour les médecins interrogés.

2.4) Apport pédagogique de la formation :

L'ensemble des médecins a reçu une formation en deux ans, organisée par les différentes facultés de médecine de Reims, Strasbourg, Paris, Dijon. Les années d'obtention du D.I.U allant de 1983 à 2015. Les plus anciens, avant 1996 bénéficiant du D.I.U de Thérapeutique Manuelle, créé en 1969 par Robert Maigne puis après 1996 du D.I.U de Médecine Manuelle. [6]

La grande majorité des médecins (81%) était globalement insatisfaite de la formation initiale universitaire en terme de pathologie du rachis et 97% d'entre eux se sont sentis beaucoup plus performants au niveau de l'examen clinique orthopédique à l'issue de leur formation en médecine manuelle. Elle leur a permis de réduire leur prescription d'antalgiques (72%), d'AINS (87%), d'optimiser leur demande d'examens complémentaires (88%) et de réduire les adressages vers les confrères spécialistes (Rhumatologue, Rééducateur...). Sur notre échantillon, ils étaient 69% à poursuivre une formation à l'issue de l'obtention de leur diplôme de médecine manuelle

La médecine manuelle, même si en plein essor, reste finalement une pratique peu connue du corps médical, comme l'a mise en évidence l'Etude de Stéphanie Mingam et encore moins des étudiants en médecine. Ils seraient 78% des internes et 62% des généralistes à vouloir améliorer leur connaissance en terme de médecine manuelle. Que ce soit en formation à la faculté (76% des internes) ou en formations FMC (64% des généralistes, 64% des internes) [30]. Selon une autre thèse, 76% des internes participant n'avaient jamais entendu le mot

DIM, et 94,6% trouvaient un intérêt certain à une formation en MMO [31]. Les séminaires de perfectionnement étant actuellement proposés aux détenteurs du DIU de médecine Manuelle (GEOPS, OSTEOMED...) les médecins généralistes souhaitant seulement une formation théorique sans pour autant passer le diplôme universitaire se trouvent désarmés.

Un approche technique et manuelle à la MMO pourrait être ainsi intégrée dans les facultés durant le 2em cycle de médecine comme c'est le cas à Dijon (D1), ou en troisième cycle mais sur plusieurs séminaires (actuellement 1 séminaire consacré à Nancy) afin de familiariser les étudiants avec la médecine manuelle, savoir identifier les DIM, connaître les indications et contre-indications aux manipulations afin de pouvoir passer la main, en toute connaissance de cause, à son collègue détenteur du D.I.U.

Le D.I.U de Médecine Manuelle semble répondre aux attentes des médecins puisqu'ils sont 87% à en être satisfaits. Quant aux 13% (16) d'insatisfaits, représentés à 87,5% par des hommes, ils critiquent pour 44% d'entre eux le contenu pratique de la formation. Ce qui ne les a pas empêchés de continuer à exercer en tant que médecin ostéopathe (100%). Ils semblent répartis de manière assez homogène dans les années de formation, légèrement plus représenté (44%) dans la tranche 2000-2010.

Sur des séminaires de deux jours tous les mois l'apprentissage était à la fois théorique et pratique. La pratique s'exerçait entre les futurs diplômés, souvent jeunes, en bonne forme physique, elle ne faisait pas intervenir de patient, seul point critiquable de ce D.I.U. Car une fois face à un vrai patient, l'exercice se complique, le patient souvent angoissé et tendu, devient rapidement difficilement manipulable, les placements sont compliqués. Cela a fortement joué dans mon abandon de la pratique, me sentant démunie face à des patients trop stressés, plus grands, plus lourds, n'arrivant pas à ajuster ma position et me provoquant alors moi-même des lombalgies...

Le nouveau décret de décembre 2014 semble changer la donne en rajoutant l'année au cursus, avec 436H d'enseignement au total et 300h de formation pratique (150 consultations validées). Même si cela s'avère être une excellente idée d'intégrer des consultations d'ostéopathie à la formation, pour les raisons exposées ci-dessus, leur organisation paraît compliquée. En effet, les promotions étant de plus en plus importantes, entre 20 et 30, une des difficultés réside dans le fait de trouver des praticiens en ostéopathie, exerçant la médecine manuelle de manière soutenue, acceptant d'encadrer les nouveaux formés et ce sur 300heures !

2.5) Avenir du D.I.U d'ostéopathie :

Devant l'engouement croissant des jeunes médecins pour la Médecine Manuelle, devant l'évolution des pratiques, des recommandations et des nouvelles obligations légales, le D.I.U de Médecine Manuelle et d'ostéopathie devrait subir quelques transformations. Exceptés les textes de lois fixant le nombre d'heures à valider pour une formation effective, la littérature est très pauvre à ce sujet. C'est pourquoi, nous avons décidé d'interroger trois enseignants, Docteurs en Médecine, très impliqués dans la formation en MMO et sa promotion, et ce depuis de nombreuses années, que ce soit dans le milieu universitaire ou dans le cadre de la FMC. Il nous a semblé judicieux de questionner des médecins aux profils et à l'exercice professionnel très différents, mais enseignant au sein d'une même équipe, les Universités de Reims/Nancy.

Tout d'abord le Docteur Jean-Louis Garcia, Rhumatologue, Interniste, ancien élève de Robert Maigne, membre fondateur et enseignant du D.I.U de médecine manuelle et ostéopathie à Reims, ayant exercé la médecine manuelle de manière exclusive.

Ensuite le Dr Antoine Guinoiseau, Médecin Généraliste de formation, nouveau coordonateur du D.I.U d'ostéopathie à Reims, président du syndicat des médecins ostéopathes, à la pratique mixte, conservant donc une pratique de médecine générale.

Pour finir le Dr Jean-Olivier Château, Médecin Généraliste, Médecin du sport, à la pratique mixte mais tendant de plus en plus à une pratique exclusive de la MMO, et intégrant de manière plus constante, les techniques fonctionnelles à son arsenal thérapeutique.

Nous leur avons soumis 5 questions et voilà ce qu'ils nous ont répondu :

1) Que pensez-vous de l'ajout d'une troisième année à ce D.I.U?

JL Garcia « : Cette 3^{ème} année n'est pas fondamentale pour la valeur d'un diplômé "ancien régime", mais elle va dans le sens d'un perfectionnement des connaissances qui leur était vivement conseillé, le plus souvent sans résultats. »

A. Guinoiseau : « Cette troisième année est légale car imposée par la DGOS afin d'aligner la formation des médecins ostéopathes sur celle des Ninis. Nos représentants ont pu faire valoir notre spécificité de médecins mais il n'empêche que cette troisième année nous a été imposée pour la validation du diplôme de médecin ostéopathe. A partir du moment où cette troisième année s'impose à nous, mon avis compte peu ; cependant je ne peux m'empêcher de penser qu'elle n'apporte pas grand-chose en pratique à des médecins ayant une formation déjà très complète. L'ostéopathie médicale n'est pour moi qu'une corde en plus à notre arc tant du point de vue diagnostic que thérapeutique. Le mémoire qui est demandé en 3^{ème} année va nous forcer à valider scientifiquement nos pratiques et cela est une chose plutôt positive. Notre formation aurait très bien pu continuer à se faire sous forme de FMC. »

JO. Chateau : « Je pense qu'une 3ème année est indispensable (ou augmenter les heures de la 1ère et 2ème année, ce qui me semble difficilement faisable) pour apprendre les techniques complémentaires non ou peu abordées dans le DIU "ancienne formule", et ce dans l'optique de pouvoir faire de l'Ostéopathie.

Elle ne l'est pas pour ceux qui veulent connaître et pratiquer la Médecine Manuelle, c'est à dire utiliser la clinique apprise de Robert Maigne (qui, à mon sens, devrait être connue de tous médecins) et traiter de façon "structurelle".

Le fait de proposer, comme certaines facultés de Médecine semblent vouloir le faire, un diplôme en 2 ans type Médecine Manuelle, et un 2ème diplôme en 3ans (Le diplôme de MM + une année supplémentaire avec techniques complémentaires) pour avoir le diplôme d'Ostéopathe me semble aller dans le bon sens.

Il me semble également indispensable de s'assurer que les diplômés continuent la FMC, comme pour les autres spécialités. »

2) Pensez-vous nécessaire d'aborder les techniques d'ostéopathie fonctionnelle au DIU ?

JL. Garcia : « le DIU de MMO aura deux volets :

-musculo squelettique et orthopédique, en deux ans, avec un diplôme permettant le "structurel" (manipulations), suggérant le recours aux infiltrations et orthèses, sans doute à la rééducation mais ne mentionnant pas explicitement le "fonctionnel" (intérêt des séminaires de perfectionnement !)

-ostéopathie médicale, avec une 3ième année comportant du "fonctionnel", insistant sur les consultations personnelles contrôlées, et comportant un mémoire ; débouchant sur le DIU de MMO impliquant un diagnostic ostéo. Globale et un traitement ostéopathique complet. »

A. Guinoiseau : « Oui il faut aborder les techniques fonctionnelles bien que peu validées scientifiquement. Ça nous permet d'avoir une ouverture sur ces techniques, elles sont pratiquées par de nombreux ostéopathes. Si je ne les pratique pas ou peu, c'est que j'ai un doute sur la pérennité de ces actions thérapeutiques »

JO. Château : Il faut les aborder, à mon sens, en initiation en 1ère et 2ème année, puis approfondir en 3ème année.

3) Doit on garder le même nom de DIU ? ou autre ?

A. Guinoiseau : « Nous devons garder le même nom pour le DIU : la médecine manuelle ostéopathie forme des médecins ostéopathes avec une vraie ouverture d'esprit. Le nom Ostéopathie est visible du public et apporte une vraie dimension à notre métier de médecins manuels. »

JO. Château : « Le terme de Médecine Manuelle me va bien pour ceux qui pratiquent "façon Maigne" (pour faire court), donc pour un diplôme en 2 ans et le terme Médecine Ostéopathique, pour ceux qui feraient les 3ans, le terme Ostéopathie étant celui qui est reconnu par les patients. »

4) Cet enseignement doit-il rester un complément de formation pour MG ou Rhumatologues ou Rééducateur... ou alors une réelle spécialisation ?

JL. Garcia : « le DIU partiel est très adapté à un complément d'activité thérapeutique, avec un apport diagnostic incomparable, surtout en MG. Le DIU de MMO est plus dévolu à une pratique exclusive, n'interdisant pas l'orthopédie médicale »

A. Guinoiseau : « C'est une corde supplémentaire à mon arc, je suis encore sûr de ne pas vouloir être exclusif, que l'enseignement reste donc un complément de formation »

JO. Château : « Il devrait être connu par tous les médecins, donc enseigné plus tôt dans les études et à tous les étudiants. Je n'ai pas d'opinion sur le fait de devenir une véritable spécialité ou non »

5) Etes-vous satisfaits par le niveau de preuve scientifique de l'utilité des thérapies ostéopathiques ?

JL. Garcia : « je réponds "oui" »

A. Guinoiseau : « il y a de nombreuses preuves scientifiques de l'utilité des thérapeutiques manuelles. »

JO. Château : « On ne peut pas l'être car il existe peu de preuves scientifiques de l'efficacité, que cela soit des techniques "structurelles" que les autres (même si les 1ères ont un peu plus de preuves »

La mise en pratique du décret de 2014, actuellement en pourparlers, ne sera pas une tâche facile comme l'atteste les divergences d'opinions entre les différents acteurs de la formation en MMO, au sein d'une même équipe, en fonction de l'expérience personnelle, la formation initiale... Cette 3^{em} année dispensable pour certains, indispensable pour d'autres, devra quoiqu'il arrive être mise en place comme le souligne le Dr Guinoiseau. Cela nécessitera des discussions intra et inter universitaires entre les différents enseignants et les représentants de l'état afin de tenter d'uniformiser au maximum la formation. En ce qui concerne les techniques fonctionnelles, il semble unanime quelles apparaissent dans le programme et qu'elles soient d'avantage mises en avant. Il en est de même pour la FMC, qui prolonge la formation de base mais qui ne serait pas toujours poursuivie (69% dans l'étude). La question d'introduire une première approche à la médecine manuelle et ostéopathique dans le tronc commun de la formation universitaire est de nouveau soulevée par le Dr Château et semble tout à fait pertinente comme dit précédemment.

V) CONCLUSION :

Discipline en plein essor depuis déjà une dizaine d'année, la MMO attirent de nombreux médecins généralistes désireux d'apprendre une médecine qui n'est pas abordée dans leur cursus universitaire, d'autant qu'elle semble de plus en plus faire ses preuves en terme de niveau de preuve scientifique (lombalgie commune).

Encore largement représenté par une population masculine, on observe peu à peu une féminisation progressive, dans le milieu de la MMO, ces dernières années. Les médecins de notre échantillon, sont plutôt sportifs et attirés par la médecine orthopédique/médecine du sport et les autres médecines alternatives. Les femmes semblent pratiquer de manière moins soutenue et utiliser plus volontiers les techniques fonctionnelles. Les techniques structurales au niveau du rachis cervical, les plus à risque d'accidents graves, même s'ils restent rares, sont largement utilisées.

De cette étude, nous retenons que la majorité des diplômés pratiquent la MMO en cabinet de ville à l'issue de leur formation et continue de se former par la suite (FMC).

Peu abandonnent, mais quand c'est le cas, il s'agit essentiellement d'un manque d'occasion ou de temps. Peu ont subi des incidents ou accidents de manipulation ou ont peur d'être entraînés dans des actions médico-légales. Il ne se dégage pas de profils particuliers de médecin pouvant être susceptible d'abandonner l'exercice de la MMO.

L'apport pédagogique de ce D.I.U apparaît considérable à la pratique de la médecine générale, permettant aux médecins formés d'affiner seuls les diagnostics (prescriptions optimisées d'exams complémentaires, diminution des adressages aux divers spécialistes de l'appareil locomoteur et de la douleur) et d'améliorer l'aspect thérapeutique (diminution de la prescription d'antalgique/AINS).

La formation universitaire en terme de rachis et d'appareil locomoteur est jugée nettement insuffisante par les médecins. Problème qui pourrait être résolu en proposant une première approche théorique et pratique à la MMO beaucoup plus précocement dans le cursus universitaire (1^{er} ou 2^e cycles des études médicales). Les diplômés en MMO sont globalement satisfaits de leur D.I.U que ce soit d'un point de vue théorique, pratique ou du déroulement de l'examen final. Le peu d'insatisfait, quant à eux, pointent du doigt l'aspect pratique de l'enseignement. Chose qui devrait quelque peu changer avec la mise en application du décret de décembre 2014, relatif à la formation en ostéopathie, obligeant les universités à proposer un diplôme en 3ans (au lieu de 2) avec donc augmentation des heures de formation théoriques/pratiques, ajout de 150 consultations de 2h et sanctionné d'un examen écrit, pratique ainsi que d'un mémoire. Cependant, sa mise en place apparaît difficile, tant le domaine de la médecine manuelle et ostéopathique est vaste, notamment au niveau des techniques utilisées, des différentes écoles d'enseignement, entraînant donc des divergences d'opinion au sein même des enseignants. Des discussions entre confrères, intra et inter universitaires seront donc nécessaires afin d'uniformiser au maximum la formation et d'organiser au mieux la mise en pratique notamment les consultations guidées sur 300h !

ANNEXE : Questionnaire

Apport du Diu d'ostéopathie en Médecine Générale

Bonjour,

je m'appelle Fanny Sausse ,je suis en 5èm semestre de Médecine Générale à Nancy ,je viens récemment d'intégrer le DIU d'ostéopathie à Reims et travaille actuellement sur ma thèse dont le but est d'étudier les profils et le ressenti des médecins généralistes ayant fait cette formation puis pour finir de faire un état des lieux des pratiques.

Merci pour votre participation.

Sexe

masculin

féminin

Age

Votre réponse

Poids

Votre réponse

Taille

Votre réponse

Statut

- Interne de Médecine Générale
- Médecin non thésé
- Docteur en Médecine Générale

Lieu d'exercice

- Rural
- Semi-rural
- citadin

Formations associées

- Médecine du sport
- Nutrition
- Homéopathie/Acupuncture/Aromathérapie
- DU douleur
- Autre : _____

Avez-vous une activité physique régulière ?

- oui
- non

Quels sports pratiquez-vous?

Votre réponse

Année d'obtention du DIU

Votre réponse

Pensez-vous que votre formation initiale universitaire , avant le DIU était suffisante en ce qui concerne l'examen orthopédique et les pathologies du rachis?

- oui
- non

Depuis l'obtention du DIU, vous sentez -vous plus à l'aise avec l'examen clinique et le diagnostique des pathologies orthopédiques?

- oui
- non

Etes-vous satisfait de votre formation (DIU d'ostéopathie)?

- oui
- non

Sur quels critères?

le contenu théorique

	1	2	3	4	5	
pas du tout satisfait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	très satisfait

le contenu pratique

	1	2	3	4	5	
pas du tout satisfait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	très satisfait

l'examen final

	1	2	3	4	5	
pas du tout satisfait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	très satisfait

En ce qui concerne les pathologies rachidiennes avez- vous globalement diminué:

la prescription d'antalgiques

- oui
- non

la prescription d'AINS

- oui
- non

la prescription d'examens complementaires

oui

non

Pensez-vous avoir optimisé votre prescription d'examens complémentaires?

oui

non

Depuis ,pensez- vous avoir eu moins recours à des avis spécialisés?

Rhumatologues

oui

non

Médecins Rééducateurs

oui

non

Chirurgiens orthopédiques

oui

non

Centres anti-douleur

- oui
- non

Pratiquez-vous encore l'ostéopathie au cabinet?

- oui
- non

A quelle fréquence?

- inférieur à 5 par jour
- entre 5 et 10 par jour
- entre 10 et 20 par jour
- plus de 20 par jour

Quel type d'ostéopathie réalisez-vous?

- fonctionnelle
- structurelle

Pratiquez -vous les manipulations vertébrales?

- cervicales
 - dorsales
-

- lombaires
- sacro-iliaques

Si vous ne pratiquez plus ou peu l'ostéopathie, quels sont les facteurs limitants?

- Manque de temps
- Inaptitude physique personnelle
- Mauvaise expérience lors d'une manipulation
- Crainte de l'accident
- Crainte médico-légale
- Manque de compétences
- Manque d'occasions

Continuez-vous les formations?

GEM départementale

- oui
- non

GETM

- oui
- non

autres

Votre réponse

A quelle fréquence?

- 1 fois par an
- 2 à 5 fois par an
- supérieur à 5 fois par an

Enseignez-vous l'ostéopathie?

- oui
 - non
-

Bibliographie

- [1] Philippe Vautravers, Jehan Lecocq, Jean-Louis Garcia, Jean-Yves Maigne. Manipulations du rachis (ostéopathie). EMC - Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation 2001 :1-15 [Article 26-080-A-10].
- [2] Le Corre F, Toffaloni S. L'ostéopathie. 3ème édition. Paris : PUF ; 2007.
- [3] Abehsera A, Delaunois P, Fossum C, Marcer N. Histoire, philosophie et principes scientifiques de l'ostéopathie. Dans : Liem T, Dobler TK. Guide d'ostéopathie – Techniques pariétales. Paris : Maloine; 2004. p. 2-72
- [4] P. Vautravers , M.E. Isner, C. Blaes Manual medicine – osteopathy in France organization – education – fields of expertise , Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, volume 53, numero 5 pages 342-351 (juin 2010)
- [5] MAIGNE R. Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne, Une nouvelle approche Paris : Expansion Scientifique Française, 1989.- 516 p
- [6] Jean-Yves Maigne Manipulations vertébrales, ostéopathie et chiropraxie en rhumatologie (revue critique, critères de bonnes pratiques)Revue du Rhumatisme Monographie Volume 84, Issue 1, February 2017, Pages 87-90
- [7] Jean-Yves Maigne , Philippe Vautravers Mechanism of action of spinal manipulative therapy Revue du Rhumatisme 70 (2003) 713–719
- [8] D'Ornano J, Conrozier T, Bossard D, Bochu M, Vignon E Effets des manipulations vertébrales sur la hernie discale lombaire : à propos de 12 cas. Rev Méd Orthop 1990
- [9] Kos J, Wolf J Les ménisques intervertébraux et leur rôle possible dans les blocages vertébraux. Ann Méd Phys 1972 ; 15 : 203-218
- [10] Indahl A, Kaigle AM, Reikeras O, Holm SH. Interaction between the porcine lumbar intervertebral disc, zygapophysial joints and paraspinal muscles. Spine 1997 ;22 :2834–40.
- [16] Bogduk N, Jull G. The theoretical pathol
- [11] Maigne JY, Guillon F Effet des manipulations sur le segment mobile lombaire. Réflexions sur leur mode d'action. Rev Méd Orthop 1993 ; 34 : 7-9
- [12] Maigne R Une doctrine pour les traitements par manipulation : la règle de la non-douleur et du mouvement contraire. *Ann Méd Phys* 1965 ; 8 : 37-47
- [13] Philippe Vautravers, Marie-Ève Isner-Horobetia, Jean-Yves Maigne Manipulations vertébrales – ostéopathie. Évidences/ignorances/ Revue du Rhumatisme 76 (2009) 405–409
- [14] J Lecocq P Vautravers : Complications des manipulations vertébrales Fréquence, aspects cliniques, pathogéniques et thérapeutiques. Prévention Annales de Réadaptation et de Médecine Physique Volume 38, Issue 2, 1995, Pages 87-94

- [15] Alain Bédouet Dr Rodrigues Pignel, manipulations cervicales et artère vertébrale : mise au point, Dossier ostéopathe et urgence disponible : <http://www.fcop-formation-osteopathe.fr/files/artere-vertebrale-3.pdf>
- [16] Préventions des accidents vertebro-basilaire après manipulations cervicales recommandation de la Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathique (SOFMMOO) disponible ici: <https://www.sofmmoo.org/recommandationsAVB.htm>
- [17] Faut-il faire des radiographies systématiques avant manipulation ?Recommandation de la SOFMMOO disponible en ligne : <https://www.sofmmoo.org/radios.htm>
- [18] PhilippeVautravers Manipulations cervicales : pour ou contre Revue du Rhumatisme Volume 71, Issue 8, September 2004, Pages 724-727
- [19] Brid Hehir Le cas « crânien » : Examen de la thérapie crânio-sacrée JOURNAL OFFICIEL DU ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES Volume 6, Number 1, 1 January 2003, pp. 38-40(3)
- [20] Baugas E. Profil et motivations des patients consultant en ostéopathie. [Thèse d'exercice dirigée par le docteur Dreno P., Médecine]. Nantes : Université de Nantes ; 2013. Disponible sur : http://www2.biusante.parisdescartes.fr/theses/theses_rech.htm. Consulté le 17 juillet 2017.
- [21] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé -Article75 [en ligne] disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&idArticle=LEGIARTI000006697464>
- [22] Légifrance Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie [en ligne] disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2007/3/25/SANH0721330D/jo/texte>
- [23] O.F. Aure, JH.Nilsen, O.Vasselien Manual Thérapiy and exercices therapy in patients with chronic low back pain Spine, 28(2003),pp.523-532
- [24] P Vautravers, J Lecocq Douleurs lombaires communes et manipulations vertébrales. Réadaptation Méd Phys (1995) 38.37-39
- [25] Caroline Barry, Bruno Fallissard, Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie INSERM disponible ici : <https://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/rapports-publies>
- [26] Syndicat français des ostéopathes - la démographie des ostéopathes en France [en ligne] disponible sur : <http://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathie-france>
- [27] Registre des ostéopathes de France : analyse de la démographie des ostéopathes –avril 2016 [en ligne] disponible sur : <https://www.osteopathie.org/demographie.html>
- [28] G. Egizii a, A. Dupeyron, P.Vautravers a Les manipulations vertébrales : enquête concernant la pratique des médecins formés dans le cadre du diplôme inter-universitaire de Strasbourg. Annales de réadaptation et de médecine physique 48 (2005) 623–631

- [29] Thèse Clotilde Poupardin : Le recours des Médecins Généralistes à la médecine Manuelle-ostéopathie :Etat des lieux dans les départements de L'Eure et Seine Maritime 14 septembre 2017
- [30] Stéphanie Mingam, Dr P.Cornelis. La médecine Manuelle-Ostéopathie en France : enquête sur les opinions, les pratiques, les connaissances et les interactions entre les différents intervenants. [Faculté Cochin, Broussais, Hôtel Dieu, Paris]; 2010.
- [31] Thèse Cécile Mignon Le Vaillant : Ostéopathie et Lombalgie aiguë commune : Connaissances et intérêt des internes de médecine générale en Midi-Pyrénées [Faculté Paul Sabatier Toulouse 3] Avril 2016
- [32] Thèse F.Nouger Les médecins généralistes et leur santé, ou «Docteur, comment prenez-vous en charge votre santé ?»[Faculté de Poitiers] juillet 2004
- [33] Thèse L.Gillard La santé des Généralistes Aout 2006
- [34] Thèse R.Suty Attitude des Médecins généralistes envers leur propre santé :Enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe-et-Moselle [Faculté de Médecine de Nancy]octobre 2006
- [35] BAROMETRE SANTE 2016 : le niveau d'activité physique ou sportive des Français<https://www.attitude-prevention.fr/donnees-chiffrees/barometre-activite-physique-sportive-francais-2016>
- [36] Mayer-Levy C. Recours aux médecines complémentaires et alternatives parmi les patients de médecine générale à Paris. 54 p. Th:Med : Paris 5 : 2010
- [37] T. Dubois a, J. Berthiller c, J. Nourry a, G. Landurier b, F. Briere a, S. Chardigny a, J. Coatmellec a, A.-F. Lanusse-Cazale Douleurs en cabinet d'ostéopathie : étude prospective descriptive des motifs de consultations des patients consultant en cabinet d'ostéopathie Douleurs Volume 13, n° S1 pages A59-A60 (novembre 2012)

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Objectif : Déterminer l'intérêt pédagogique de ce D.I.U dans la pratique de la Médecine Générale en Cabinet de ville, le degré de satisfaction des diplômés.

Objectifs secondaires : Ensuite, il m'a paru intéressant de s'attarder sur le profil des Médecins Titulaires du diplôme d'ostéopathie et de faire un état des lieux de leurs pratiques.

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une enquête descriptive réalisée sous la forme d'un questionnaire informatisé, crée à partir de Google Form et envoyé par mail à 320 médecins titulaires du DIU de MMO de Reims, Strasbourg, Dijon, Bobigny. La période d'inclusion s'est déroulée du 7/11/2014 au 11/12/2015. Seuls les médecins généralistes ont été pris en compte, qu'ils soient thésés ou non.

Résultats : 127 réponses ont pu être analysées. Ils étaient 83% d'hommes, 13% de femme. D Ils étaient 13 (10%) à ne plus pratiquer. La grande majorité des médecins (81%) était globalement insatisfaite de la formation initiale universitaire en terme de pathologie du rachis et 97% d'entre eux se sont sentis beaucoup plus performants au niveau de l'examen clinique orthopédique à l'issue de leur formation en médecine manuelle. Elle leur a permis de réduire leur prescription d'antalgiques (72%), d'AINS (87%), d'optimiser leur demande d'examens complémentaires (88%) et de réduire les adressages vers les confrères spécialistes (Rhumatologue, Rééducateur...). Sur notre échantillon, ils étaient 69% à poursuivre une formation à l'issue de l'obtention de leur diplôme de médecine manuelle. Le D.I.U de Médecine Manuelle semble répondre aux attentes des médecins puisqu'ils sont 87% à en être satisfaits. Quant aux 13% (16) d'insatisfaits, représentés à 87,5% par des hommes, ils critiquent pour 44% d'entre eux le contenu pratique de la formation.

Conclusion : Notre étude retrouve un intérêt pédagogique certain du D.I.U de MMO dans l'exercice de la Médecine Générale avec finalement un taux assez faible d'abandon de la pratique après l'obtention du diplôme.

Titre : Pedagogical contribution of the D.I.U of Manual Medicine and Osteopathy in General Medicine

Mots clés : Médecine manuelle, ostéopathie, Médecine Générale, manipulation vertébrale

Thèse : Médecine Générale- Année 2018

ADRESSE FACULTE :

Université de Lorraine
Faculté de Médecine Nancy
9 Avenue Foret de Haye
54505 Vandoeuvre les Nancy Cedex
