



HAL
open science

Perception de l'ostéopathie par la population rurale de Lorraine : étude transversale de la patientèle des MSP des Vosges et de Meuse en 2020

Jean-Thomas Colne

► **To cite this version:**

Jean-Thomas Colne. Perception de l'ostéopathie par la population rurale de Lorraine : étude transversale de la patientèle des MSP des Vosges et de Meuse en 2020. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03298106

HAL Id: hal-03298106

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298106v1>

Submitted on 23 Jul 2021

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>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle de
Médecine Générale

Par

Jean-Thomas COLNE

Le 12 novembre 2020

**PERCEPTION DE L'OSTEOPATHIE PAR LA POPULATION RURALE
DE LORRAINE**

Etude transversale de la patientèle des MSP des Vosges et de Meuse
en 2020

Membres du Jury :

M. M. POUSSEL	Professeur Universitaire	Président
M. F. SIRVEAUX	Professeur Universitaire	Juge
M. B. CHENUÉL	Professeur Universitaire	Juge
M. J-M. HEID	Docteur en médecine	Juge et directeur



Président de l'Université de Lorraine

:

Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne

Pr Laure JOLY

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Nicolas GAMBIER
Deuxième cycle : Dr Antoine KIMMOUN
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI
Etudiant : Mme Audrey MOUGEL

Chargés de mission

Docimologie : Dr Jacques JONAS
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Pr Mathias POUSSEL
Relations internationales : Pr Jacques HUBERT

Présidente du Conseil de la Pédagogie : Pr Louise TYVAERT

Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

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

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGÉ - 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 - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - François GUILLEMIN - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

2^e sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

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

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

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

3^e sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (*Nutrition*)

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

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

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

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Guillaume VOGIN

3^e sous-section : (Immunologie)

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

4^e sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

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

2^e sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

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

3^e sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (Neurologie)

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

2^e sous-section : (Neurochirurgie)

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

3^e sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

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

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

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

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (Cardiologie)

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

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

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

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2° sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3° sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4° sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} 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

3° sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

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

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2° sous-section : (Histologie, embryologie, et cytogénétique)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

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

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

Docteur Arnaud FLORENTIN (stagiaire)

2° sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3° sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

2° sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE

3° sous-section : (Immunologie)

Docteure Alice AARNINK (stagiaire)

4° sous-section : (Génétiq

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Docteur Philippe GUERCI

2° sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Docteur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

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

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2° sous-section : (Neurochirurgie)

Docteur Fabien RECH (stagiaire)

3° sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Docteur Thomas SCHWITZER (stagiaire)

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4° sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : (Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)

Docteure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

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

Docteur Anthony LOPEZ

2° sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)

Docteur Cyril PERRENOT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3° sous-section : (Médecine générale)

Docteure Kénora CHAU (stagiaire)

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)

Docteure Eva FEIGERLOVA

5° sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Mikaël AGOPIANTZ (stagiaire)

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1° sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7° Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19° Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

66° Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69° Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE

=====

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)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996) *Université de Pennsylvanie (U.S.A)*
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
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)

A notre Maître et Président de thèse,

Monsieur le Professeur Mathias POUSSEL

Professeur des universités et praticiens hospitaliers

Professeur de physiologie

Nous vous remercions de votre confiance et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Vous nous faites un très grand honneur en acceptant de présider ce jury. Veuillez ainsi trouver dans ce modeste travail, le témoignage de notre profonde gratitude et notre respect dévoué.

A notre Maître et Juge :

Monsieur le Professeur François SIRVEAUX

Professeur des universités et praticiens hospitaliers

Professeur de physiologie

Nous vous sommes reconnaissant d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse et nous vous en remercions. Veuillez recevoir l'expression de nos plus sincères remerciements.

A notre Maître et Juge :

Monsieur le Professeur Bruno CHENUÉL

Professeur des universités et praticien hospitalier

Professeur en chirurgie orthopédique et traumatologie

Nous vous remercions d'avoir eu l'amabilité d'accepter de nous accompagner dans la réalisation de ce travail. Nous vous sommes reconnaissant d'avoir acceptés de participer à ce jury de thèse. Nous vous témoignons notre profond respect.

A notre Juge et Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Jean-Marie HEID

Docteur en Médecine, chargé d'enseignements à la faculté de médecine de Nancy

Nous vous remercions pour votre aide continue. Vos conseils et réflexions ont toujours été d'une justesse appréciable.

Nous vous remercions d'avoir dirigé cette thèse et nous vous prions de croire en notre profonde reconnaissance et en notre amitié.

Au docteur et désormais ami Hervé HUMBERT,

Vous qui avez été présent dans certains de mes plus durs instants et qui avez su me redonner goût à la médecine générale. Merci pour tous ces échanges et de la confiance que vous m'avez accordé.

A la famille HAXEL,

Pour tous ces bons moments qui m'ont redonné le sourire. En souhaitant que cette amitié perdure encore longtemps. Merci pour tout.

A toute la clique de Gondrecourt le Château : Ozen, Hervé, Charlotte, Anne-Marie, Jérôme et tous les autres. Pour tous ces moments de travail et de rigolades ou de prise de tête. Merci

A ma maman,

Pour tout ton amour et tes sacrifices tout au long de ces années que ce soit pour le sport ou les études. Malgré les hauts et les bas. Merci pour tout.

A mon papa,

Pour toutes ces heures à travailler avec moi (médicalement ou non), pour les nombreux encouragements à ta façon, merci.

A ma grande sœur, JULIE

Les années à démembrer tes poupées semblent m'avoir porté chance dans mes études. Pour tous les petits coups de pouces et tes encouragements merci.

A ma petite sœur, EVA

Tu as été le petit frère que je n'ai jamais eu. Pour tous ces moments de complicités et dans l'espoir d'en avoir de nouveaux, merci.

A mon beau-frère, ARNAUD

Pour tous ces petits moments à rigoler et à discuter. Dans mes moments les plus durs, tu as toujours été là. Merci.

A ma belle-famille,

Merci pour votre accueil chaleureux, pour ces discussions et ces moments de rigolade. Pour tout cela merci.

A mes papis, ANDRE et ALFRED à qui j'aurais tellement aimé montrer ma belle robe de soutenance. Vous êtes partis trop tôt mais vous resterez à tout jamais dans mon cœur.

A ma grande tante MARIE, bien que tu ne sois plus là, je suis persuadé que j'aurai eu le droit à ta mythique sucette.

A ma mamie ANNETTE, qui croit en moi depuis le début.

A ma mamie JOSEPHINE, tu as grandement participé aux débuts de mon addiction au café avec tes cappuccinos solubles. Et pour cela, un grand merci.

A ELODIE, mon amour,

Pour tous ces moments magiques depuis que je te connais.

Pour toutes ces longues heures de relectures et de corrections de mes nombreuses fautes.

Merci pour ta patience et ta motivation.

A nos projets futurs, à notre vie.

Mon petit Pokémon préféré....

A BENOIT, mon ami

Tu resteras toujours « choupette » dans mon cœur. Merci pour tous ces moments de complicité et de douleurs dans l'effort. Tu as su être le coach et l'épaule pour me soutenir et pour cela je te dis Merci.

A CELINE,

Tes pizzas brûlées et ces longues soirées à discuter ont été une bouffée d'air frais pour moi. Et pour cela Merci.

A MAXIME, mon loulou

Pour cette amitié qui perdure depuis tant d'années, malgré la distance, merci.

A BEUBEU,

Mon Anthony, pour tous ces moments à l'internat. Finalement, je vais enfin devenir officiellement « le doc ». Pour tout ça merci.

A NELSON et CLEMENT,

Bien que notre amitié soit récente, nos moments de complicité sont une bouffée d'air pure. Et pour cela Merci.

A CATTY,

Nous nous sommes portés l'un et l'autre de nombreuses années. Pour ton soutien permanent qui m'a permis d'être là aujourd'hui, pour ta gentillesse, ta confiance en moi et pour tout ce que tu as fait, un immense Merci.

Pour toute la clique de Saint-Dié,

Jérôme, Léopoldine, Oriane, Pauline, Solène, Maxence, Marie, vous avez su me supporter depuis le début de ma pratique de médecins. Pour tous ces bons moments et ces galères que nous avons traversé ensemble, un grand Merci.

Au Docteur TREVISAN, au Docteur BRAGARD,

Vous avez été des mentors exemplaires. Apprendre à vos côtés a été pour moi un grand plaisir.

Au Docteur MOUZITTA,

Pour avoir été présent, pour tous ces conseils aussi bien professionnels qu'amicaux. Merci.

A tout ceux que j'ai oublié, Merci

JE VOUS DEDIE CETTE THESE

SERMENT

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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. J'entretiendrai et perfectionnerai celles-ci pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

TABLES DES MATIERES

TABLE DES FIGURES	22
TABLE DES TABLEAUX	23
ABREVIATIONS	24
PARTIE I : PARTIE INTRODUCTIVE	25
1. INTRODUCTION	26
2. LES DEFINITIONS	27
2.1. Approche littéraire	27
2.2. Approche collégiale	27
2.3. Les postulats (4)	28
2.3.1. Unité de fonction du corps humain	28
2.3.2. Notion d'homéostasie	28
2.3.3. L'indépendance entre la structure et la fonction	29
2.4. Les différentes branches de l'ostéopathie (3)	29
2.4.1. L'ostéopathie crânienne	29
2.4.2. L'ostéopathie fonctionnelle	30
2.4.3. L'ostéopathie viscérale	30
2.4.4. L'ostéopathie structurelle	30
2.4.4.1. Le travail articulaire	30
2.4.4.2. Manipulations hautes vitesses, basses amplitudes	31
3. LES ORIGINES DE L'OSTEOPATHIE	31
3.1. Les premières traces de Médecine Manuelle (5)	31
3.1.1. L'Egypte ancienne	31
3.1.2. L'Asie	33
3.1.3. La Grèce antique	33
3.2. La naissance de la médecine ostéopathique moderne	34
3.2.1. Andrew Taylor Still	35
3.2.1.1. Les généralités	35
3.2.1.2. Ces débuts dans la médecine	35
3.2.1.3. L'évolution vers l'ostéopathie	36
3.2.1.4. Développement de l'apprentissage	37
3.2.2. L'arrivée de l'ostéopathie en Europe	37
3.2.2.1. John Martin LittleJohn	38
3.2.2.1. En France	39
3.2.2.1.1. Les ostéopathes non médecins	39

3.2.2.1.2. Les ostéopathes médicaux	40
4. LE CADRE LEGISLATIF DE L'OSTEOPATHIE	40
4.1. Les généralités	40
4.2. Le diplôme de médecine manuelle ostéopathique	41
5. L'OSTEOPATHIE FRANCAISE	41
5.1. La formation médicale	41
5.2. Les écoles d'ostéopathie.....	42
5.3. Indications et contre-indications	43
5.3.1. Les indications	43
5.3.1.1. Les troubles musculo-squelettique	43
5.3.1.2. Les troubles du système nerveux	44
5.3.1.3. Les troubles du système digestif et viscéral	44
5.3.1.4. Les troubles génito-urinaire	44
5.3.1.5. Les troubles de la sphère ORL	45
5.3.1.6. Autres Indications	45
5.3.2. Les contres indications.....	45
5.3.2.1. Les contres indications aiguës.....	45
5.3.2.2. Les contres indications systémiques	46
5.3.2.3. Les contres indications localisées	46
5.3.2.4. Les contres indications aux techniques HVLA.....	46
5.3.2.5. Les contres indications relatives	47
5.4. La démographie ostéopathique française.....	47
5.4.1. La France.....	47
5.4.2. La Région Grand Est	49
PARTIE II : L'ETUDE CLINIQUE	52
1. INTRODUCTION	53
2. MATERIEL ET METHODE	54
2.1. Type d'étude	54
2.2. La population cible et déroulement de l'enquête	54
2.2.1. Etude de la population cible	54
2.2.2. Les critères d'inclusions	55
2.2.3. Les critères d'exclusions	55
2.2.4. Répartition des questionnaires en MSP	55
2.2.5. Modalité de distribution et durée de l'étude.....	56
2.2.6. La rédaction du questionnaire	56
2.2.6.1. Première partie du questionnaire	57

2.2.6.2. Deuxième partie du questionnaire.....	57
2.2.6.3. Troisième partie du questionnaire.....	57
2.2.6.4. Quatrième partie du questionnaire.....	58
2.2.7. Regroupement et analysé des données.....	58
3. RESULTATS.....	58
3.1. La description de la population.....	59
3.1.1. Genre.....	59
3.1.2. La répartition des âges.....	59
3.1.3. La catégorie socio-professionnelle.....	60
3.2. Le ressenti de la population face à l'ostéopathie.....	61
3.2.1. La notion de connaissance.....	61
3.2.2. La notion d'information.....	62
3.2.3. Le ressenti d'utilité.....	63
3.2.4. La crainte de la manipulation manuelle.....	64
3.3. La pratique de l'ostéopathie.....	64
3.3.1. Les pratiquants.....	64
3.3.2. Nombre de séances pratiquées.....	65
3.3.3. Les modalités de consultations.....	66
3.3.4. Les professionnels.....	66
3.3.5. Les indications.....	67
3.3.6. Le taux de satisfaction.....	70
3.3.7. Le taux de recommandation.....	70
3.4. La connaissance des patients.....	71
3.4.1. La recommandation de l'entourage.....	71
3.4.2. L'information par le médecin traitant.....	72
3.4.3. La médecine ostéopathique.....	72
3.5. Le coût.....	73
3.5.1. Remboursement par les mutuelles.....	73
3.5.2. Prix évalué.....	74
4. DISCUSSION.....	75
4.1. Critique de l'étude.....	75
4.1.1. Le biais de sélection / de recrutement.....	75
4.1.2. Le biais de volontariat.....	75
4.1.3. Le biais de compréhension.....	76
4.1.4. Le biais de durée.....	76
4.2. Les résultats.....	77

4.2.1. La représentativité des genres	77
4.2.2. La représentativité des catégories socio-professionnelles	78
4.2.3. Prévalence de la connaissance	79
4.2.4. L'informations	79
4.2.5. Prévalence de la pratique	80
4.2.6. La population belge francophone	80
4.2.7. Modalité de consultations et nombre moyen de séances	81
4.2.8. Les acteurs	81
4.2.9. Les indications et la satisfaction	82
4.2.10. Les recommandations à l'ostéopathie	84
4.2.11. L'importance du coût	84
CONCLUSION	86
BIBLIOGRAPHIE	88
ANNEXES	91

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition de réponses Hommes – Femmes

Figure 2 : Répartition des âges

Figure 3 : Les catégories socio-professionnelles

Figure 4 : Connaissance de l'ostéopathie

Figure 5 : Accès à l'information sur l'ostéopathie

Figure 6 : Avis de la population sur l'utilité de l'ostéopathie

Figure 7 : La crainte de l'ostéopathie

Figure 8 : La pratique de l'ostéopathie

Figure 9 : Le nombre de séances pratiquées

Figure 10 : Les modalités de consultations

Figure 11 : Les différents acteurs

Figure 12 : Les indications de l'ostéopathie

Figure 13 : Les indications rachidiennes

Figure 14 : Taux de satisfaction

Figure 15 : Le taux de recommandation

Figure 16 : Les recommandations de l'ostéopathie

Figure 17 : L'information par le médecin traitant

Figure 18 : La connaissance du remboursement

Figure 19 : Les séances remboursées par la mutuelle

Figure 20 : Prix par consultation

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition du titre d'ostéopathe selon les différentes catégories professionnelles

Tableau 2 : MSP et médecins généralistes participant à notre étude

Tableau 3 : Comparative des catégories socio-professionnelles

Tableau 4 : Les indications rachidiennes

Tableau 5 : Prix moyen d'une séance d'ostéopathie en France

ABREVIATIONS

AFO : Association Française d'Ostéopathie

ASO : American School of Osteopathy

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVP : Accident de la Voie Publique

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CEJOE : Compagnie des Experts Judiciaires Ostéopathes Exclusifs

DIU : Diplôme Inter Universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

HVLA : High Velocity Low Amplitude

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

LCR : Liquide Céphalo-Rachidien

MMO : Médecine Manuelle Ostéopathique

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto Rhino Laryngologie

RGO : Reflux Gastro Œsophagien

SFDO : Syndicat Français Des Ostéopathes

SFMMOO : Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathique

PARTIE I : PARTIE
INTRODUCTIVE

1. INTRODUCTION

L'ostéopathie est le terme actuellement à la mode. Il est utilisé de toutes les façons, pour toutes les indications, par tout le monde et souvent de manière inadéquate. Cet engouement pour cette pratique alternative et complémentaire à la médecine est en net progression depuis quelques années comme en témoigne les derniers sondages ODOXA.(1) En effet, 49 % des français auraient déjà eu recours à une technique de manipulation manuelle.

Cette thérapie basée sur le traitement des troubles fonctionnels couvre un très vaste champs d'indications. Cette si grande polyvalence desserre souvent l'ostéopathie, par la présence d'un certain mysticisme à son égard.

Le cadre légal étant toujours difficile à définir et à faire évoluer, certains acteurs mals intentionnés développent cette politique de l'inconnu pour justifier des étiologies et des prises en charge douteuses. De plus l'ostéopathie n'est pas qu'une technique, c'est aussi une philosophie, une façon différente d'aborder un problème. De ce fait, plusieurs courants de pensées complémentaires et parfois même contradictoires coexistent.

C'est au cours de la consultation de routine que le médecin généraliste constate souvent la méconnaissance des patients vis-à-vis de cette pratique. L'explication est souvent complexe et la plupart du temps, il est délicat de démêler les idées reçues.

Par cette thèse, nous souhaitons établir un historique le plus complet possible sur les origines de la médecine manipulative. Cette première démarche nous permettra par ailleurs de suivre le développement progressif de la philosophie ostéopathique et de ces différents courants. Ensuite nous exposerons notre étude afin de connaître l'avis de la population rurale de Lorraine vis-à-vis de l'ostéopathie.

2. LES DEFINITIONS

2.1. Approche littéraire

L'étymologie du mot ostéopathie est composée de deux racines grecques. Tout d'abord le préfixe « ostéon » qui signifie os puis le suffixe « pathos » qui veut dire souffrance (pathie)(2). En ce sens, l'ostéopathie est en premier lieu la souffrance des os. Cependant, nous nous intéresserons d'avantage au second sens de la définition.

En effet, d'après le Larousse, c'est « une méthode thérapeutique manuelle utilisant des techniques de manipulations vertébrales ou musculaires ». Ceci est une définition stricte de la langue française mais qui s'avère incomplète dans la pratique.

2.2. Approche collégiale

En Europe, la définition de l'ostéopathie a été élaborée en 1987 lors de la « Convention Européenne d'Ostéopathie » de Bruxelles :

« La médecine ostéopathique est une science, un art et une philosophie des soins de santé, étayée par des connaissances scientifiques en évolution.

Sa philosophie englobe le concept de l'unité de la structure de l'organisme vivant et de ses fonctions. Sa spécificité consiste à utiliser un mode thérapeutique qui vise à réharmoniser les rapports de mobilité et de fluctuation des structures anatomiques.

Son art consiste en l'application de ses concepts à la pratique médicale dans toutes ses branches et spécialités.

Sa science comprend notamment les connaissances comportementales, chimiques, physiques et biologiques relatives au rétablissement et à la préservation de la santé, ainsi qu'à la prévention de la maladie et au soulagement du malade.

Les concepts ostéopathiques mettent en évidence les principes suivants :

- *Le corps, par un système d'équilibre complexe, tend à l'auto-régulation et à l'auto-guérison face aux processus de la maladie*
- *Le corps humain est une entité dans laquelle la structure et la fonction sont mutuellement et réciproquement interdépendantes.*
- *Un traitement rationnel est fondé sur cette philosophie et ses principes. Il favorise le concept structure/fonction dans l'approche diagnostique et thérapeutique par des moyens manuels.*

« L'ostéopathie » est une science thérapeutique naturelle, fondée sur une connaissance précise de l'anatomie et de la physiologie du corps humain. Elle utilise tout moyen diagnostique dans le but de mettre en évidence les dysfonctionnements, l'absence de mobilité des tissus entraînant une altération de l'équilibre de santé. Le concept ostéopathique, dans sa pratique uniquement manuelle, sollicite au mieux les ressources inhérentes de l'individu, considéré dans sa globalité et reconsidéré dans son environnement. »(3)

Cette approche est reprise par l'OMS en 2010 lors de sa publication du référentiel de l'ostéopathie. En effet, l'ostéopathie y est définie comme étant une spécialité qui « repose sur l'utilisation du contact manuel pour le diagnostic et le traitement. Elle prend en compte les relations entre le corps, l'esprit, la raison la santé et la maladie [...] et la tendance intrinsèque de l'organisme à s'auto guérir ».

Grâce aux précédentes définitions, nous pouvons dire que l'ostéopathie est une spécialité s'intégrant à part entière dans la pratique de la médecine conventionnelle. Sa spécificité consiste à agir manuellement sur des structures anatomiques bien précise afin d'obtenir des effets correctifs sur une pathologie ou sur l'équilibre corporel. La connaissance précise de l'anatomie et de la physiologie du corps humain est donc la pierre angulaire de cette pratique complémentaire.

En complément de ces définitions, 3 principes sont défendus par les ostéopathes non médecins.

2.3. Les postulats (4)

2.3.1. Unité de fonction du corps humain

Dans ce premier postulat, l'idée principalement défendue concerne l'unité corporelle. Cela signifie qu'il n'y aurait qu'une unité complète : biologique, émotionnelle et spirituelle. C'est pourquoi, tout incident sur une zone du corps agirait sur l'ensemble du corps.

2.3.2. Notion d'homéostasie

Ici, ce second postulat évoque que le corps serait capable d'auto-régulation. En effet, sa structure lui permettrait une auto-défense et une auto-guérison.

2.3.3. L'indépendance entre la structure et la fonction

Selon les ostéopathes, une atteinte de la structure d'un organe provoquerait inmanquablement une anomalie dans sa fonction et inversement. De ce fait, toute anomalie de fonctionnement d'un organe serait dû à un trouble au sein de sa structure.

2.4. Les différentes branches de l'ostéopathie (3)

L'ostéopathie est divisée en 4 types de pratique :

- L'ostéopathie crânienne
- L'ostéopathie fonctionnelle
- L'ostéopathie viscérale
- L'ostéopathie structurelle

2.4.1. L'ostéopathie crânienne

L'ostéopathie crânienne est un courant de pensées développés par un ostéopathe américain William Garner Sutherland (1873-1954). Selon lui, malgré la présence d'une suture effective des différentes parties osseuses que composent le crâne, il existerait un mouvement rythmique perceptible à la palpation. Toute atteinte de cette rythmique engendrerait une altération de la physiologie corporelle.

Il souligne également que cette sous-branche est basée sur le principe de « Mécanisme Respiratoire Primaire » qui est décliné en 5 composantes interdépendantes :

- Le mouvement inhérent du cerveau
- La fluctuation du LCR
- Les tensions réciproques des membranes crâniennes et rachidiennes
- Les mouvements des os du crâne
- Les mouvements du sacrum

A noter que cette vision reste controversée même de nos jours.

2.4.2. L'ostéopathie fonctionnelle

Ce courant se base essentiellement sur le concept d'auto-guérison du corps. En effet, le thérapeute sollicite et dirige la participation du patient afin de mobiliser des structures anatomiques. L'objectif étant d'obtenir un état de relâchement permettant ainsi au corps de s'autocorriger.

2.4.3. L'ostéopathie viscérale

L'ostéopathie viscérale repose sur le statut du dynamisme de la sphère viscérale. Sous l'influence de micro-spasmes, de la respiration ou encore de leurs propres mouvements physiologiques les organes peuvent développer d'éventuels pathologies fonctionnelles.

L'idée principale qui est mise en avant concerne le fait qu'une expression fonctionnelle peut rapidement dériver vers une pathologie structurelle.

La technique de manipulation découlant de cette idée a pour but d'évaluer d'éventuelles perturbations, comme des adhérences, afin d'y remédier au mieux et au plus vite avant de développer d'authentiques symptômes structurels.

2.4.4. L'ostéopathie structurelle

Cette dernière, est la technique la plus connue par la population générale comme étant « celle qui craque ». Son utilisation la plus courante est retrouvée dans la cadre des troubles ostéo-articulaires.

On distingue deux types de manipulations :

- Le travail articulaire
- Les manipulations HVLA

2.4.4.1. Le travail articulaire

Il s'agit d'une mise en tension de l'articulation déficitaire. Le but étant la mobilisation d'une structure osseuse sans dépasser sa limite physiologique afin de récupérer l'amplitude articulaire primaire perdue mais aussi de faire cesser l'algie.

2.4.4.2. Manipulations hautes vitesses, basses amplitudes

Le but est la manipulation articulaire à grande vitesse et faible déplacement (High-Velocity Low-Amplitude) afin d'obtenir une libération de la structure en cause.

Cette technique, également connue sous le nom de TRUST, peut généralement être responsable d'un craquement consécutif au phénomène de cavitation ayant lieu au sein du liquide intra articulaire. Cependant le craquement n'est en aucun cas un gage de réussite dans la manipulation.

Pour finir, nous noterons que l'approche structurelle est souvent la plus surprenante et peut parfois être désagréable pour le patient. C'est pourquoi une explication complète de la manipulation est souvent nécessaire afin d'obtenir une coopération et une confiance, la plus importante possible, du patient.

3. LES ORIGINES DE L'OSTEOPATHIE

Depuis toujours, l'Homme essaye de soulager et de guérir les souffrances corporelles. De cette observation, certains scientifiques avancent le fait qu'il ne s'agit que d'un réflexe primaire de l'homme et que ce n'est que par observations, essais, et erreurs que nous avons développé un ensemble de techniques de manipulations.

L'objectif de ce chapitre est d'aborder l'évolution de l'ostéopathie au cours de l'histoire.

3.1. Les premières traces de Médecine Manuelle (5)

3.1.1. L'Egypte ancienne

Il est maintenant de notoriété publique que les égyptiens avaient une connaissance très pointue en médecine. Les documents les plus anciens retrouvés par les archéologues citant certains types de manipulations remontent aux environs de 3 000 avant J-C.

Parmi les plus connus et cités nous retrouvons la Fresque du tombeau de Ramsès II et le papyrus de Smith.

La Fresque du tombeau de Ramsès II



Découverte par Richard Pococke en 1737 dans la Vallée des Rois, cette peinture date d'environ 1298 avant J-C représente une scène thérapeutique. On y découvre un praticien (de statut encore inconnu aujourd'hui) manipulant le coude d'un homme probablement blessé.

Le papyrus de Smith



Connus comme le plus ancien document écrit retrouvé traitant de la chirurgie et datant d'environ 1600 avant J-C. Celui-ci développe une multitude de chapitre sur les connaissances médicales, magiques et anatomiques de l'époque pharaonique.

On retrouve par ailleurs une partie propre à la prise en charge chirurgicale des fractures ainsi qu'à la manipulation des entorses et des foulures.

3.1.2. L'Asie

Réputé depuis toujours pour ses médecines alternatives, des écrits datant de 3500 avant J-C évoquent l'utilisation, en Chine, de manipulations manuelles à des fins curatives.

La Thaïlande n'est pas en reste avec des écrits de plus de 4000 avant J-C évoquant des procédures de médecine manipulative

Dans ces cultures, on aborde l'idée de « libre circulation de l'énergie vitale » où la mobilisation, le déblocage mécanique et les massages seront considérés comme nécessaire. De nombreuses fresques chinoises illustrent ces propos en montrant, par exemple, un thérapeute pratiquant de multiples manipulations, y compris avec ses pieds.



Manipulation vertébrale effectuée avec les pieds

3.1.3. La Grèce antique

Hippocrate (-460 à -377 avant J-C), père de la médecine moderne, aborde lui aussi la problématique des lésions articulaires. Pour la première fois dans l'Histoire, dans son « traité des articulations » est évoqué le terme de lésion articulaire qu'il définit par le mot « apoepedecos » signifiant littéralement déboitement ou décrochement.

Il écrira par ailleurs que : « 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. »

Son « traité des articulations » fût illustré, par Apollonios de Kitium dans son propre traité, grâce à la réalisation de scènes graphiques explicatives des différentes techniques de manipulations articulaires y compris vertébrales. (6)



Illustration de manipulations au temps d'Hippocrate par Apollonios de Kitium

Pour conclure, nous citerons les « écrits de Solon », homme politique et poète (-640 à -558 avant J-C) qui évoquera les biens fait de la manipulation manuelle dans son « élégie sur la justice » :

*« Certains pratiquent l'art du dieu riche en remèdes,
Les médecins, sans maîtriser le résultat.
D'une moindre douleur naît souvent un grand mal,
Sans qu'aucun puisse l'apaiser par des calmants.
Un autre voit quelqu'un qui souffre affreusement :
Il le touche des mains et le remet sur pied. »*

3.2. La naissance de la médecine ostéopathique moderne

Nous avons précédemment vu que la manipulation du corps humain à but curatif existe depuis la nuit des temps. Cependant, la pratique actuelle de l'ostéopathie telle que nous la connaissons à une origine plus contemporaine.

3.2.1. Andrew Taylor Still



Andrew Taylor Still (1828-1917)

La philosophie de l'ostéopathie moderne fut tracée par un américain, le Dr Andrew Taylor Still dont l'histoire comporte plusieurs incertitudes.

3.2.1.1. Les généralités

Né en 1828 à Johnville, en Virginie, à l'époque des pionniers de l'ouest Américain, Andrew Taylor Still est le fils d'un pasteur méthodique qui pratique déjà la médecine. Sa jeunesse se passe donc dans une époque marquée par la lutte anti-esclavagiste, la cohabitation avec des ethnies variables comme les indiens, mais surtout par la guerre de sécession. (7)

3.2.1.2. Ces débuts dans la médecine

C'est à l'âge de 9 ans, que Andrew se voit initier à l'art des soins par son père. En effet, son père, pasteur, s'installe comme missionnaire chez les indiens. C'est à cette époque qu'il va y pratiquer la médecine de « rebouteux » et qu'il va appréhender l'art de la dissection et de l'étude de l'anatomie sur des cadavres d'écureuils.

En 1857, il parfait sa connaissance du corps humain en expérimentant la dissection sur de nombreux corps exhumés d'indiens.

Lors de la guerre de sécession de 1861-1865, toujours résolument anti-esclavagiste, Still se range au côté des fédéraux et y pratique la chirurgie de guerre. A la fin de son service militaire, il assiste impuissant au décès de 3 ou 4 membres de sa famille d'une méningite (ou de pneumonie selon les écrits). C'est à ce moment que Still, dégoûté par l'impuissance de la médecine de l'époque, commence à envisager une autre voie à la médecine classique. Précisons qu'il initiera un cursus médical classique en 1864 mais qu'il ne mènera pas ces études à terme du fait de la pauvreté de l'enseignement.

3.2.1.3. L'évolution vers l'ostéopathie

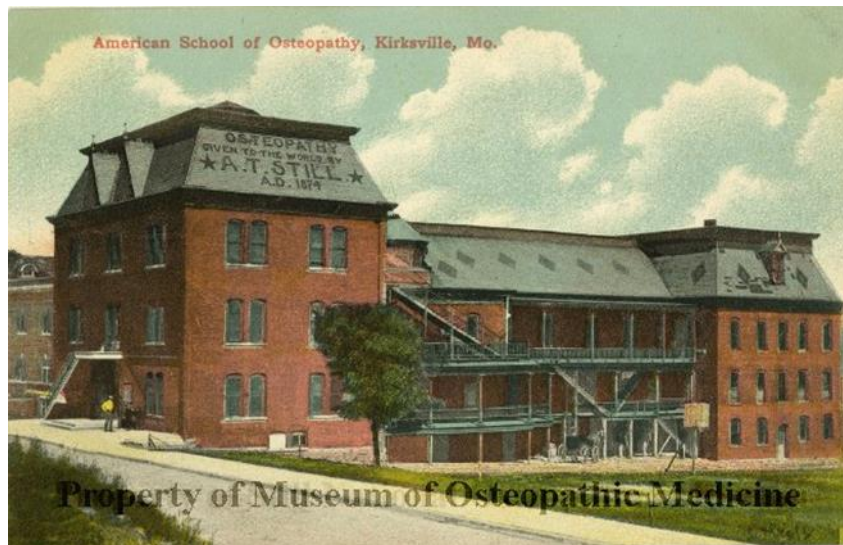
A la suite de cet échec, Still va commencer à réfléchir à une approche complémentaire à la médecine de l'époque. Il va étudier les nombreux écrits d'Hippocrate et se servira de toutes ses expériences passées aussi bien qu'en tant que rebouteux que chirurgien. Son objectif étant de développer une nouvelle approche cohérente de la médecine. (8)

Il évoque la possibilité d'apparition d'une dysharmonie au sein du corps humain au cours de déplacements anormaux de structures osseuses ou viscérales. Il énoncera l'axiome fondamental de « l'ostéopathie » en 1874 : « La structure gouverne la fonction » ce qui sera la base des 3 postulats actuels décrit précédemment. Fort de son expérience empirique, il se met à pratiquer de façon itinérante dans les états du Missouri et du Kansas. Il obtiendra divers résultats positifs lui permettant d'acquérir une certaine notoriété.

Par ailleurs, il apprendra ses techniques à ces enfants, ce qui permet de classer « l'ostéopathie » en compétence pouvant être acquise par l'apprentissage et rompt donc avec la transmission mystique des capacités des « rebouteux ».

3.2.1.4. Développement de l'apprentissage

En 1892, la première école d'ostéopathie voit le jour à Kirksville sous le nom de ASO « American School of Osteopathy ». Face au succès immédiat de cette école, d'autres vont ouvrir dans de nombreux états d'Amérique. Cependant, cela ne signifiait pas pour autant que la pratique de l'ostéopathie était acceptée et reconnue. En effet, l'opposition était représentée par les différents systèmes médicaux mais aussi par les structures religieuses. Malgré ces mouvements protestataires fortement présents, de nombreux élèves furent formés jusqu'en 1900 à travers tout le pays.



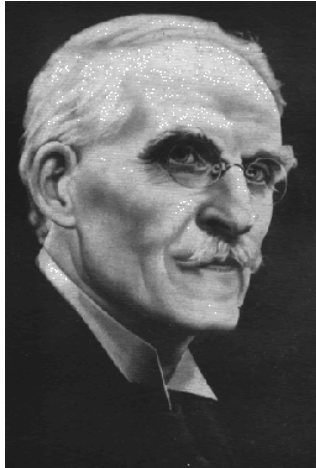
American School of Osteopathie

Andrew Taylor Still se retire progressivement de l'enseignement actif en rédigeant 4 ouvrages décrivant à la fois sa vie, sa philosophie médicale, ainsi que ses techniques de manipulations. Il finira sa vie en convalescence dans sa chambre, atteint d'un ictus cérébral évolutif. Il décédera le 12 décembre 1917 à l'âge de 89 ans.

3.2.2. L'arrivée de l'ostéopathie en Europe

L'arrivée de l'ostéopathie sur le continent Européen, est principalement marquée par un homme : Monsieur John Martin Littlejohn qui est considéré comme le « second père de l'ostéopathie ».

3.2.2.1. John Martin LittleJohn



John Martin LittleJohn 1865-1947

John Martin LittleJohn, d'origine écossaise, est un homme fort instruit ayant étudié de nombreux domaines : la théologie, le droit ou encore la médecine. Il émigrera aux USA pour y terminer sa formation en médecine. (9)

Il rencontrera Andrew Taylor Still, en 1897, afin que celui-ci le soulage de ces problèmes de santé. Face aux techniques de Still, il sera « émerveillé » et décidera de venir étudier dans son collège à Kirksville afin de devenir ostéopathe. Il y donnera également des cours de physiopathologie. Au fil des années, les idées des deux hommes commencèrent à diverger. En effet, de par ses études de médecine, John Martin LittleJohn voulait intégrer davantage de connaissances et de sciences médicales dans le cursus d'ostéopathie. Cependant, Still fut très réfractaire à cette idée étant donné son passé personnel avec le domaine de la médecine.(10)

En 1900, LittleJohn quitta l'école de Kirksville pour aller fonder sa propre école d'ostéopathie à Chicago. Quelques années plus tard, en 1913, il rentra en Europe, en Angleterre. C'est en 1917 qu'il y fonda la première école d'ostéopathie de Grande Bretagne, la « British School of Osteopathy » à Londres. Cette dernière sera à l'origine de la naissance d'un courant ostéopathique en Europe.

L'objectif de LittleJohn était d'intégrer le mouvement de l'ostéopathie dans le cursus de la médecine conventionnelle. Tout comme Still, il dû faire face à une forte opposition de la part du système médical britannique qui était plus ancien et plus strict que celui des USA. Les ostéopathes n'avaient donc pas accès aux hôpitaux, aux établissements de dissection.

C'est pourquoi, à ses débuts en Grande Bretagne, l'ostéopathie est considérée comme une technique non autorisée et réservée uniquement à la manipulation.

3.2.2.1. En France

Le Docteur Robert Lavezarry fut le premier à utiliser l'ostéopathie moderne en France.(11) Il s'est formé auprès d'une américaine, le Docteur Florence Gair, elle-même élève du Docteur Andrew Taylor Still. Après quelques années d'apprentissage et de pratique, il adapte et améliore les manipulations. En 1932, il fondera « l'enseignement d'ostéopathie » au dispensaire Mahnemann à Paris. Il fondera avec quelques confrères, en 1950, la Société Française d'Ostéopathie.

De la même façon qu'aux Etats-Unis et qu'en Angleterre, l'ostéopathie, en France, est soumise à de nombreux mouvements réfractaires et est fortement décriée. Cette première école d'ostéopathie française sera sujette à de nombreux problèmes judiciaires et se verra contrainte de s'expatrier en Angleterre à Maidstone dans le Kent. C'est dans cette école que sera formée la plupart des premiers ostéopathes non médecins.

En effet, en 1962, une décision législative encadre la pratique de l'ostéopathie. Celle-ci doit être pratiquée en France par le corps médical. C'est pourquoi elle sera principalement utilisée par les rhumatologues.

Ce n'est qu'avec la loi du 4 mars 2002 que la France légalise la pratique de l'ostéopathie par un professionnel non médecin. Cependant cette légalisation ainsi que son décret d'application n'ont pas délimité l'apprentissage de l'ostéopathie non médical.

3.2.2.1.1. Les ostéopathes non médecins

Durant les années 1960 à 1980, le groupement des ostéopathes non médicaux grandit en France. On retrouve en tête de ces derniers, les kinésithérapeutes qui complètent leur pratique habituel par des manipulations d'ostéopathie.

C'est grâce à cette évolution que petit à petit, cette pratique est rentrée dans l'idée collective. Mais c'est aussi pour cela, que la population à encore de nos jours des difficultés à faire la différence entre kinésithérapie et médecine manuelle ostéopathique.

A partir des années 1990, les premières formations ostéopathiques sans cursus préalable commencent à faire leurs apparitions. Cependant, elles demeurent non reconnues et ne bénéficient donc d'aucun contrôle sur leur qualité.

3.2.2.1.2. Les ostéopathes médicaux

Suite à la législation de 1962, le Docteur Éric Water fonde « le groupe de recherches des thérapeutiques manuelles. » Son but est de codifier les manipulations afin d'organiser les premiers groupes d'enseignement. (12)

C'est en 1964 que l'apprentissage de la médecine manuelle sera intégré dans le cursus universitaire par le Professeur Maigne. Ce dernier, créera par la suite « la Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et ostéopathique (SFMMOO). » Cet apprentissage évoluera, en 1982, avec la création du diplôme universitaire de Médecine Manuelle.

Nous voyons donc au cours de cette historique qu'il existe de nos jours, en France, deux pratiques d'ostéopathie bien distinctes :

- La médecine manuelle ostéopathique
- L'ostéopathie non médicale

4. LE CADRE LEGISLATIF DE L'OSTEOPATHIE

4.1. Les généralités

Comme nous l'avons précisé précédemment dans l'histoire de l'ostéopathie, celle-ci est définie comme une pratique exclusivement médicale depuis 1962. Ce n'est que lors du vote de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et de la qualité du système de santé que la pratique de l'ostéopathie par un professionnel non médecin est dépénalisée. (13)

Malgré un vote en 2002, le décret d'application n'est voté que le 25 mars 2007. Le décret n°2007-435, relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie par le corps non médical, précise que les ostéopathes non médecins ont l'interdiction de réaliser des manipulations gynéco-obstétricales ou encore d'effectuer des touchers pelviens. Les manipulations du rachis cervical, la manipulation du crâne, de la face ou du rachis chez un nourrisson de moins de 6 mois sont des actes qu'ils sont autorisés à effectuer après avoir eu l'aval d'un médecin.

Précisons que lors de la dépénalisation en 2002, aucune mesure n'avait été prise quant à l'évolution de l'apprentissage de l'ostéopathie en milieu non médical. Ce n'est que lors du décret 2007-437, voté en 2007, relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des

établissements que la formation non médicale sera bien définie. Cette formation impose un minimum de 2660 heures d'enseignement théorique et pratique avant de pouvoir prétendre au diplôme d'ostéopathe.

En 2014, les décrets 2014-1043 et 2014-1505 furent édités pour uniformiser encore davantage la formation des ostéopathes non médecins. De ce fait sur les 37 établissements de formations autorisés en 2007, seul 23 ont pu continuer leur apprentissage compte tenu des nouveaux critères d'agrément.

4.2. Le diplôme de médecine manuelle ostéopathique

Comme dit précédemment, c'est en 1962 que la législation inclura la pratique de l'ostéopathie au corps médical. Le Docteur Robert Maigne fut le pivot central de l'organisation de cet apprentissage avec la création en 1969 de la première attestation d'étude supérieure en thérapeutique manuelle à la faculté de médecine de Boussais-Hotel-Dieu.

Face au succès de cette approche thérapeutique et à sa formation, cette attestation devient un diplôme universitaire en 1973. Il a évolué en diplôme interuniversitaire en 1997 afin de parfaire la formation.

De nos jours, 17 facultés de médecines sont habilitées à délivrer l'enseignement. Cette décision a été prise par le conseil national de l'ordre des médecins. A noter que le DIU de médecine manuelle et ostéopathie de Nancy en partenariat avec Reims vient d'ouvrir en 2016. (14)

5. L'OSTEOPATHIE FRANCAISE

5.1. La formation médicale

Nous avons précédemment énoncé que l'apprentissage de la Médecine Manuelle Ostéopathique à la faculté de médecine est organisé sous la forme d'un DIU. Ce diplôme est sanctionné par une vérification des connaissances avec obligation de présence aux cours. Cette dernière se compose d'un examen écrit et d'un oral. L'épreuve oral comporte une épreuve pratique, évaluant les techniques de mobilisations et de manipulations, ainsi que des questions théoriques portant sur les cours.

L'inscription est accessible aux personnes possédant le diplôme de docteur de médecine. Elle est aussi ouverte aux internes en cours de cursus ayant validé un minimum de 2 semestres.

Cette formation médicale est axée sur l'apprentissage et sur l'évaluation des connaissances. Pour cela, le DIU distingue 5 modules théoriques distincts :

- La médecine manuelle ostéopathique
- Le rachis
- Le membre supérieur - épaules
- Le membre inférieur – hanches
- Les douleurs chroniques

Par ailleurs, afin de compléter cette formation théorique, l'étudiant devra réaliser au cours de son cursus plusieurs stages avec entraînement à la manipulation auprès d'un médecin ostéopathe. Notons que le nombre d'heures de cours peut varier d'une faculté à l'autre mais demeure toutefois répartis sur une durée totale de 2 ans. (15)

5.2. Les écoles d'ostéopathie

Malgré les décrets 2014-1043 et 2014-1505 édités dans le but d'uniformiser la formation ostéopathique des non médecins, le contenu d'apprentissage des écoles d'ostéopathie est très variable. En 2020, 23 écoles sont autorisées à cet apprentissage. Comme nous l'avons vu dans l'histoire de la création de l'ostéopathie, différents « courants » ou points de vue existent ce qui peut expliquer cette variation dans l'enseignement non médical.

A l'heure actuelle, l'intégration au sein d'une école d'ostéopathie est accessible à toute personne titulaire du baccalauréat et elle se fait par le dépôt d'une candidature. L'enseignement se déroule sur une durée de 5 ans associant une formation académique et une pratique clinique. Afin d'encadrer au mieux cet apprentissage, le ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes a rédigé un référentiel de formation en ostéopathie. Dans celui-ci, on retrouve :

- 1546 heures de cours magistraux
- 1814 heures de travaux dirigés
- 1500 heures de formation à la pratique clinique

L'évaluation des connaissances est réalisée par l'intermédiaire d'un contrôle continu et par un examen terminal à la fin de chaque année. Ce dernier est composé d'une partie orale portant sur la pratique, la théorie est sur un compte rendu ou sur un rapport de stage. La partie écrite quant à elle est basée sur l'ensemble des connaissances. (16)

A la fin de la 5eme année, le diplôme d'ostéopathe est délivré aux étudiants ayant validés :

- L'ensemble des unités d'enseignement
- Le mémoire
- L'ensemble des compétences sur la pratique clinique
- 150 consultations (17).

5.3. Indications et contre-indications

Le vaste champ de compétences de l'ostéopathie lui permet de traiter un grand nombre de types de patients s'étendant ainsi de la pédiatrie jusqu'à la gériatrie. Mais comme toutes les techniques manipulatives, celle-ci à des limites et des contre-indications. De plus, les différents statuts des pratiquants imposent des limitations législatives. (18)

5.3.1. Les indications

L'Association Française d'Ostéopathie (AFO) ainsi que le Syndicat Français Des Ostéopathes (SFDO) mettent en évidence le large champ d'indication de l'ostéopathie. C'est pourquoi nous ne saurons être exhaustive. (19)

5.3.1.1. Les troubles musculo-squelettique

L'AFO annonce que la plupart des motifs de consultation d'ostéopathie concerne des douleurs ou des gênes fonctionnels à la suite d'un traumatisme ou d'un faux mouvement.

- Les affections mécaniques de la colonne vertébrale :
 - Lombalgie aiguë (lumbago, sciatique) ou chronique
 - Dorsalgie, douleurs intercostales, scapulalgie, Syndrome de Tietze
 - Cervicalgie, torticolis, « coup du lapin »
- Les affections mécaniques articulaires périphériques :
 - Certaines formes d'entorses
 - Tendinopathie : Tennis Elbow, syndrome de l'essuie-glace

- Perturbations dentaires :
 - Trouble de l'articulation temporo-mandibulaire (SADAM)
 - Dérangement de l'occlusion buccale

5.3.1.2. Les troubles du système nerveux

- Troubles du sommeil, fatigue, troubles de l'attention, anxiété, stress, dépression, hyperactivité, syndrome des jambes sans repos.
- Vagotonie, sympathicotonie et dystonie neurovégétative
- Céphalées, migraines, vertiges
- Névralgies

5.3.1.3. Les troubles du système digestif et viscéral

- Chez le nourrisson : colique, régurgitation
- Chez l'adulte : trouble de la digestion
 - Constipation, diarrhée, ballonnement, nausée, difficultés à digérer, syndrome du côlon irritable, RGO

5.3.1.4. Les troubles génito-urinaire

- Les troubles urinaires : infection urinaire chronique, incontinence, prostatite, cystite ou encore perte à l'effort.
- Les troubles génitaux : troubles sexuels (dyspareunie), difficulté à concevoir un enfant, symptômes liés à la grossesse, règles irrégulières et/ou douloureuses.

5.3.1.5. Les troubles de la sphère ORL

- Otite chronique récidivante, Rhinite, Sinusite chronique récidivante, toux
- Troubles du canal lacrymal

5.3.1.6. Autres Indications

- Maladie rhumatismale hors poussée inflammatoire
- Insuffisance respiratoire (asthme, BPCO...)
- Enraidissement post-fracture
- Post AVP

5.3.2. Les contres indications

Avant de préciser les contres indications relatives à la manipulation elle-même, nous délimiterons le cadre légal. La loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades, loi Kouchner, stipule que tout acte thérapeutique ou tout traitement doit être autorisés par le patient. Son consentement doit être libre et éclairé. Pour cela, les informations délivrées sur son état de santé ou sur les techniques proposées doivent être claires et compréhensibles. (20). Après accord, l'ostéopathie peut être proposée. Cependant, plusieurs contres indications persistent.

5.3.2.1. Les contres indications aiguës

De façon globale, toute situation due à une pathologie aiguë infectieuse ou traumatique, contre indique momentanément la manipulation. (18)

- Angor
- Fractures, traumatisme crânien
- Hémorragies
- Coliques néphrétiques
- Hernie discale avec signe neurologique

5.3.2.2. Les contres indications systémiques

Toute maladie systémique pouvant toucher les tissus de soutien contre indique tous les actes manipulatifs.

- Mutation du facteur V avec troubles effectifs de la coagulation
- Ostéogénèse imparfaite
- Hémophilie
- Anomalies du tissu conjonctif

5.3.2.3. Les contres indications localisées

Dans certaines situations, seuls certains types de manipulations peuvent être limités en rapport avec une fragilité locale.

- Processus néoplasique
- Hernie discale
- Glaucome non contrôlé
- AVC

5.3.2.4. Les contres indications aux techniques HVLA

Du fait de sa haute vélocité, ce type de technique est contre indiqué sur :

- Les appareillages d'ostéosynthèse
- Les instabilités articulaires
- Présence d'un épanchement ou d'un hématome

5.3.2.5. Les contres indications relatives

Pour finir, il existe un groupe de contres indications relatives qui devra être méticuleusement évalué par le thérapeute en fonction du contexte et du patient, comme par exemple :

- Les troubles psychiques : psychose, hystérie
- Les migraines surtout lors de son expression clinique
- Les ostéochondroses
- Etat fébrile

Nous venons de citer ci-dessus une liste non exhaustive des contres indications à la manipulation ostéopathique. Cependant, l'élément le plus important à retenir est la nécessité d'une information complète et adéquate du thérapeute. De cette manière, ce dernier va pouvoir juger au mieux du diagnostic et des techniques qu'il va pouvoir mettre en œuvre.

5.4. La démographie ostéopathique française

5.4.1. La France

La compagnie des experts judiciaires ostéopathes exclusifs (CEJOE) se charge d'établir régulièrement un relevé des porteurs du titre d'ostéopathe. (21)

Tableau 1 : Répartition du titre d'ostéopathe selon les différentes catégories professionnelles

<i>Porteurs du titre d'ostéopathe</i>	<i>Pourcentage</i>			
	<i>Année 2019</i>	<i>Janvier</i>	<i>Décembre</i>	<i>Janvier</i>
Ostéopathes	19 283	20360	61,07	61,35
Médecins ostéopathes	1546	1632	4,9	4,92
Sages-femmes ostéopathes	47	53	0,15	0,16
Masseurs-kinésithérapeutes ostéopathes	10 088	10392	31,95	31,31
Infirmiers ostéopathes	374+1	415+1	1,19	1,25
Podologues ostéopathes	102	125	0,3	0,38
Chirurgiens dentistes ostéopathes	5	6	0,02	0,02
Ergothérapeutes ostéopathes	21	23	0,07	0,07
Orthophonistes ostéopathes	11	15	0,04	0,045
Audioprothésiste ostéopathe	1	2	0,003	0,006
Manipulateurs ERM ostéopathes	10	14	0,03	0,04
Opticiens-lunetiers ostéopathes	15	19	0,05	0,06
Orthopédiste-orthésiste ostéopathe	1	1	0,003	0,003
Orthoptistes ostéopathes	3	6	0,009	0,02
Psychologues ostéopathes	24	27	0,08	0,08
Psychomotriciens ostéopathes	21	24	0,07	0,07
Techniciens de laboratoire ostéopathes	16	19	0,05	0,06
Assistante de service social ostéopathe	1	3	0,003	0,009
Diététicien ostéopathe	1	3	0,003	0,009
Assistants dentaires ostéopathes	2	9	0,006	0,027
Etiopathe ostéopathe	1	38	0,003	0,11
Chiro		1		0,003
TOTAL	31574	33188		

Les chiffres de décembre 2019 révèlent 33 188 porteurs du titre contre 31 950 en juillet 2019 soit une augmentation de 3.87%. On remarque une forte variation de ce nombre en fonction de la catégorie professionnelle.

Les 3 professions les plus représentées sont :

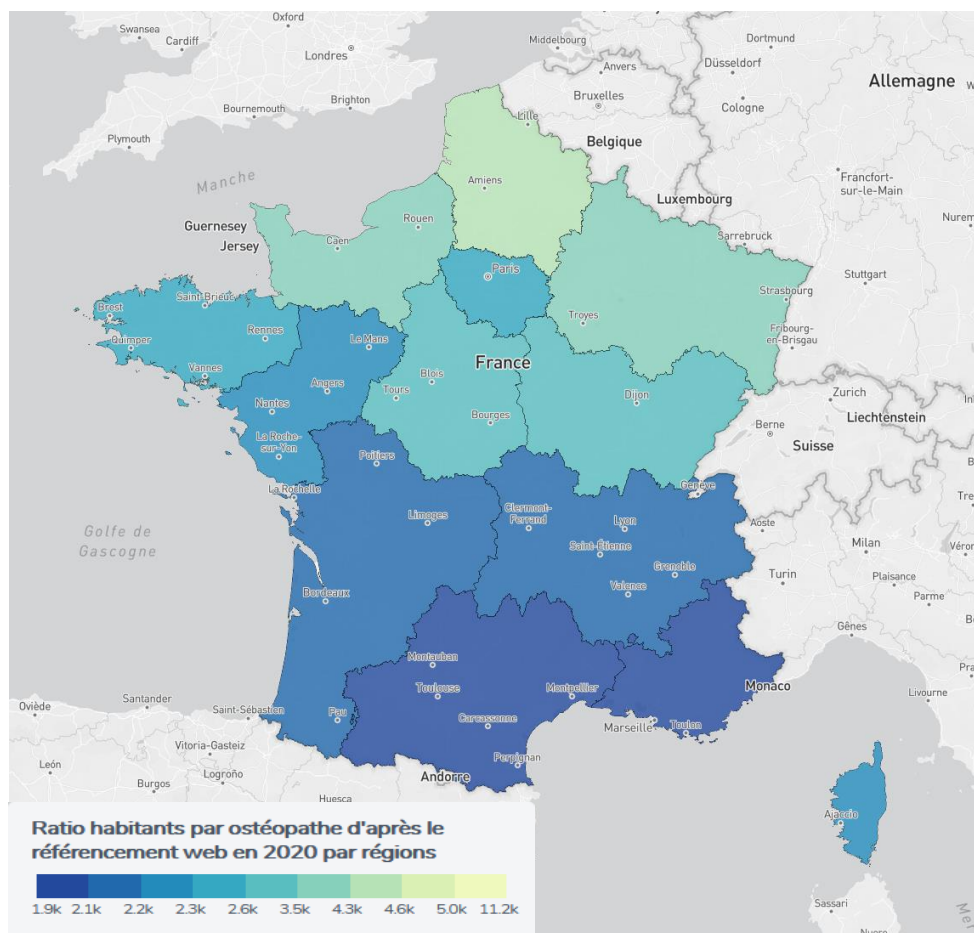
- 20 360 ostéopathes
- 10 392 kinésithérapeutes
- 1 632 médecins ostéopathes

Début 2019, l'INSEE estimait la population française à 66 992 699 habitants. La densité d'ostéopathes par rapport à la population a été évaluée en juillet 2019 à 2097 habitants / ostéopathe ce qui est la plus élevée au monde.

En comparatif, la densité des Etats-Unis, pays fondateur de l'ostéopathie moderne, est de 3212 habitants / ostéopathe. Le Royaume-Uni a quant à lui 12 393 habitants / ostéopathe.

5.4.2. La Région Grand Est

Densité de population par ostéopathes selon INSEE



D'après les relevés de l'INSEE, la démographie ostéopathique de la Région Grand-Est est bien moindre que celle annoncée pour la France. En effet, on comptabilise début 2020, 1 299 ostéopathes soit une densité de 4 272 habitants / ostéopathes.(22)

L'étude que nous vous présenterons en deuxième partie, s'intéresse aux départements les plus ruraux de la Lorraine. En effet, toujours d'après l'INSEE, la Meuse et les Vosges sont composées principalement de petites villes rurales avec une faible croissance démographique annuelle.

Carte des répartitions des villes françaises selon INSEE

📍 Typologie 2012

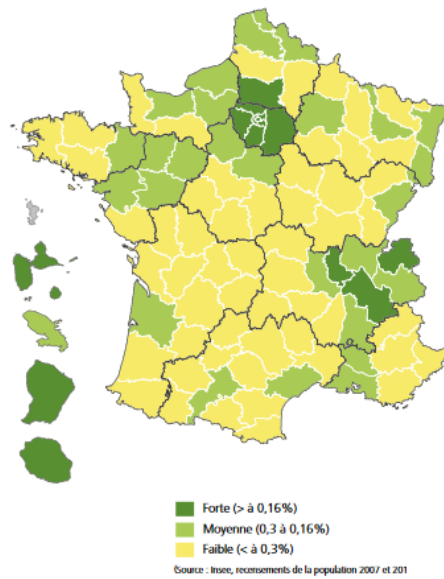


- Métropolitain ★ Marges métropolitaines
- Grandes villes ■ Villes moyennes ■ Petites villes et rural

(Source : d'après Insee, recensements de la population 2007 et 2012)

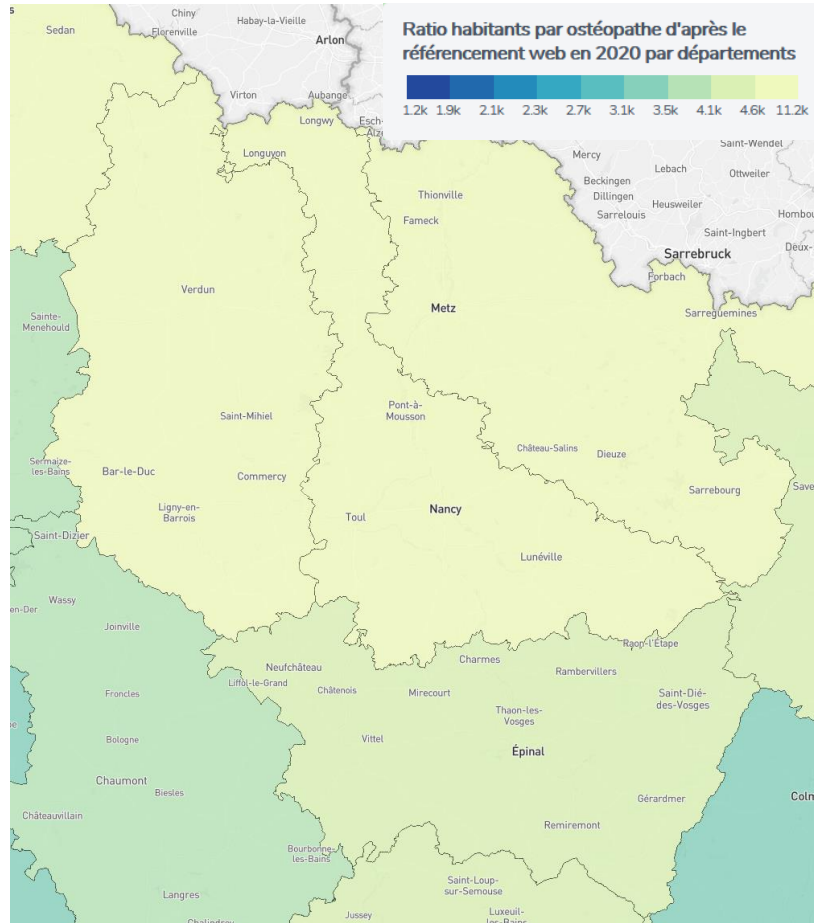
Cartographie et exploitations statistiques : [cf.gis](http://cf.gis.fr)

Croissance démographique annuelle selon INSEE



Le sous-effectif ostéopathe est d'autant plus flagrant avec une densité de 4 483 habitants par ostéopathe dans les Vosges et 5 029 habitants par ostéopathe en Meuse.

Densité de population par ostéopathes en Lorraine



PARTIE II : L'ETUDE **CLINIQUE**

1. INTRODUCTION

Comme nous l'avons évoqué dans la première partie de ce travail, l'ostéopathie est une pratique ancienne et complexe. Auparavant pratiquée de façon non explicite, cette thérapie voit son nombre d'adepte fortement augmenté, particulièrement en France, grâce à sa dépénalisation par la loi du 4 mars 2002.

Le mal de dos étant la maladie du siècle, la médecine manuelle est un recours naturellement mis en avant d'autant que de plus en plus de patients sont demandeurs d'une prise en charge non médicamenteuse. Cette thérapeutique se démocratise donc grandement. Pourtant c'est au cours de la consultation de médecine générale que l'on se rend compte de l'écart entre la pensée populaire et le réel de cette pratique.

L'ostéopathie garde son attribue mystique, elle interpelle, elle fait peur mais elle intéresse toujours autant le patient. Aussi la désinformation du public à son sujet pourrait être fortement délétère à son utilisation.

Par l'intermédiaire de cette étude, nous avons voulu explorer l'avis de la population et l'utilisation qu'elle fait de l'ostéopathie. Nous essayerons de compiler les informations afin de mettre en évidence les croyances et les points à éclaircir. L'objectif étant de fournir une vision corrigée de cette spécialité.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude descriptive transversale par analyse de questionnaires distribués à la population cible

2.2. La population cible et déroulement de l'enquête

2.2.1. Etude de la population cible

Nous avons décidé de réaliser cette étude sur la population rurale de Lorraine. D'après la définition de l'INSEE, « *une commune rurale est une commune n'appartenant pas à une unité urbaine.* » (23)

Selon l'INSEE, « *La notion d'unité urbaine repose sur la continuité du bâti et le nombre d'habitants. On appelle unité urbaine une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants.*

Si l'unité urbaine se situe sur une seule commune, elle est dénommée ville isolée. Si l'unité urbaine s'étend sur plusieurs communes, et si chacune de ces communes concentre plus de la moitié de sa population dans la zone de bâti continu, elle est dénommée agglomération multi communale.

Sont considérées comme rurales les communes qui ne rentrent pas dans la constitution d'une unité urbaine : les communes sans zone de bâti continu de 2000 habitants, et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu. »(24)

De part cette définition, le domaine rural couvre la moitié de la Lorraine soit près de 1 habitant sur 6. En Lorraine, les deux départements le plus ruraux sont les Vosges et la Meuse.

2.2.2. Les critères d'inclusions

- Entre 18 et 70 ans inclus
- Patients consultant dans une MSP des Vosges ou de la Meuse
- Hommes et femmes
- Patients acceptant de réaliser cette enquête

2.2.3. Les critères d'exclusions

- Patients de nationalité étrangère
- Patients ne sachant ni lire ni écrire française
- Patients ne parlant pas le français
- < 18 ans ou >70 ans
- Patients refusant l'étude

2.2.4. Répartition des questionnaires en MSP

La distribution des questionnaires, dans les différentes MSP, s'est faite en main propre. Nous avons expliqué le but de l'étude auprès des médecins généralistes concernés et après l'obtention de leur accord, nous leur avons distribué une centaine d'exemplaire du questionnaire.

Nous avons fait part, aux médecins généralistes, de nos critères d'inclusions et d'exclusions avec précision. L'objectif étant de faciliter la diffusion du questionnaire. Une règle stricte a été émise : le médecin doit laisser le patient répondre en autonomie aux questionnaires et ne pas répondre à ses éventuelles questions sur ce dernier.

Tableau 2 : MSP et médecins généralistes participant à notre étude

MSP	Médecins Généralistes participant à l'enquête
Saint Mihiel	1
Pierfitte sur Aire	3
Vigneules les Hattonchatel	1
Rambervillers	6
Gondrecourt le Château	3

2.2.5. Modalité de distribution et durée de l'étude

Le questionnaire a été distribué aux patients éligibles par les 14 médecins participant à l'étude. Comme souligné précédemment, ils ne devaient répondre à aucune question posée par le patient pendant toute la durée de remplissage du questionnaire.

La période de collecte des données a eu lieu du 25/01/2020 au 25/04/2020. Cependant cette dernière a été interrompue précipitamment et précocement du fait de la crise sanitaire du COVID 19. En effet, initialement nous avons retenu une période s'étalant sur une durée de 6 mois.

Durant ces 4 mois d'acquisitions de données, nous avons relancé à 4 reprises les médecins participant à l'étude, soit toutes les 3 semaines. Les relances ont été effectuées soit par téléphone, soit en direct. De cette manière, nous pouvions nous assurer de l'avancée de notre étude.

2.2.6. La rédaction du questionnaire

La rédaction de notre questionnaire a été murie et réfléchie pendant plusieurs semaines afin d'être le plus concis possible. Pour cela, nous avons réalisé un questionnaire totalisant 19 questions où nous retrouvons majoritairement des questions à choix multiples. Nous avons également proposé des questions ouvertes à réponse courte et des questions à choix unique.

Le questionnaire a été rédigé sur le logiciel Word avec une impression recto-verso afin d'éviter la perte des données par la perte d'un des deux feuillets.

Le temps de remplissage du questionnaire a été estimé à 5-8 minutes. En effet, à la fin d'une consultation, les patients sont désireux de partir rapidement du cabinet. C'est pourquoi, les questions posées étaient courtes et précises.

2.2.6.1. Première partie du questionnaire

Les premières questions ont pour but de recueillir des informations personnelles propre au patient remplissant le questionnaire:

- Age
- Sexe
- Profession

2.2.6.2. Deuxième partie du questionnaire

Cette deuxième partie s'adresse à tous les patients et elle contient 6 questions.

- Les premières questions ont pour objectif de déterminer leurs connaissances générales et personnelles de l'ostéopathie.
- Pour clôturer la partie, nous leur demandons s'ils ont déjà eu recours à l'ostéopathie

2.2.6.3. Troisième partie du questionnaire

Elle ne concerne que les patients ayant eu recours à l'ostéopathie. Nous explorons par ces questions les modalités de pratique de ces séances de manipulations manuelles :

- Nombre de séances
- Praticiens
- Fréquence des séances
- Indications
- Satisfactions
- Recommandations

2.2.6.4. Quatrième partie du questionnaire

Elle aborde des thèmes multiples et s'adresse de nouveaux à tous.

- Avis du médecin traitant
- Remboursement des mutuelles
- Montant estimé de la consultation
- Recommandations

2.2.7. Regroupement et analysé des données

L'ensemble des questionnaires récupérés a bénéficié d'un « pré traitement. » Cette première mise en forme a été réalisée en reportant manuellement les réponses individuelles dans un formulaire Google Forms de la société Google.

Après cette première hiérarchisation, l'ensemble des variables ont été analysées à l'aide du logiciel Excel 2016 de Microsoft.

3. RESULTATS

Sur les 1500 questionnaires distribués, 520 ont pu être inclus et analysé dans cette étude. Nous avons dû exclure 15 questionnaires pour non-respect du critère d'inclusion de l'âge et 10 autres pour remplissage incomplet.

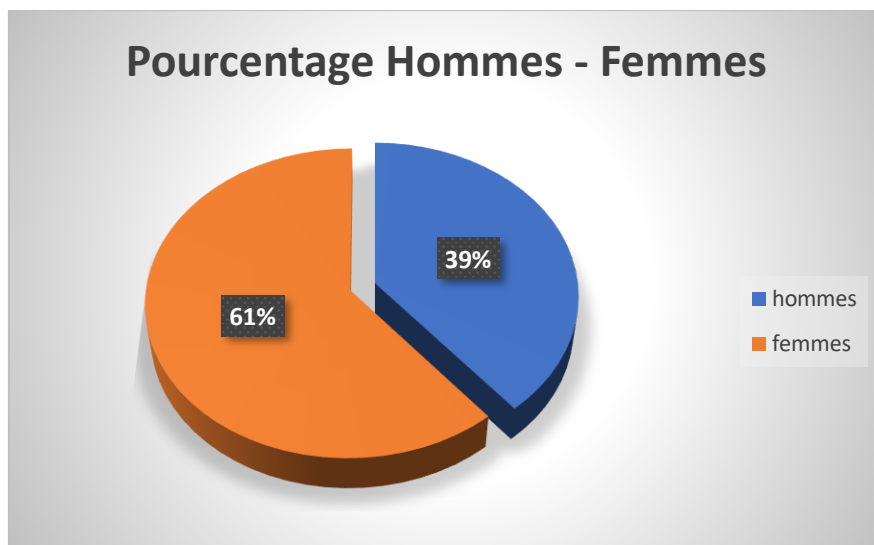
Le taux de réponse est de 34.6%.

3.1. La description de la population

3.1.1. Genre

Parmi la patientèle répondant au questionnaire, nous retrouvons une plus grande proportion de femme : 317 contre 202 soit un ratio de 61 % contre 39 %.

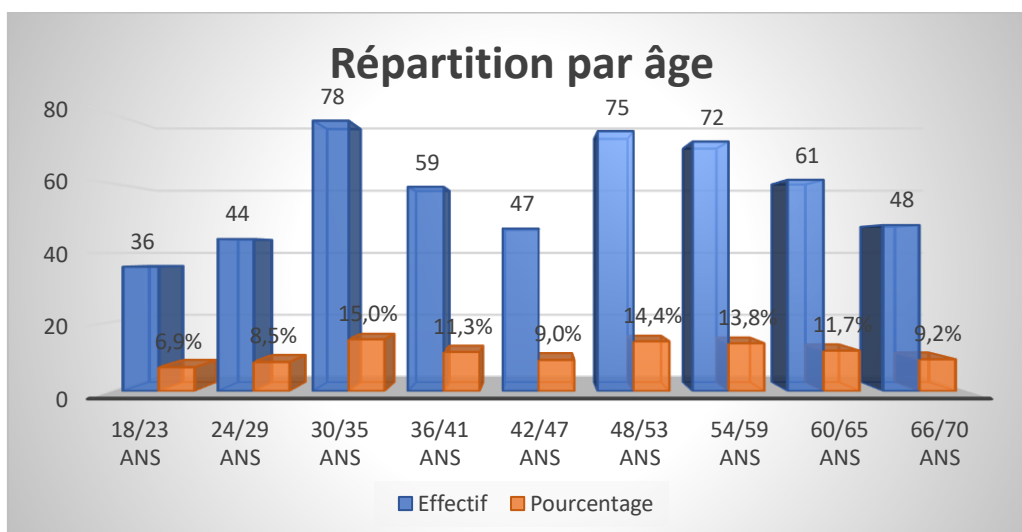
Figure 1 : Répartition de réponses Hommes – Femmes



3.1.2. La répartition des âges

La moyenne d'âge de la population étudiée est approximativement de 41 ans (40.6 ans).

Figure 2 : Répartition des âges



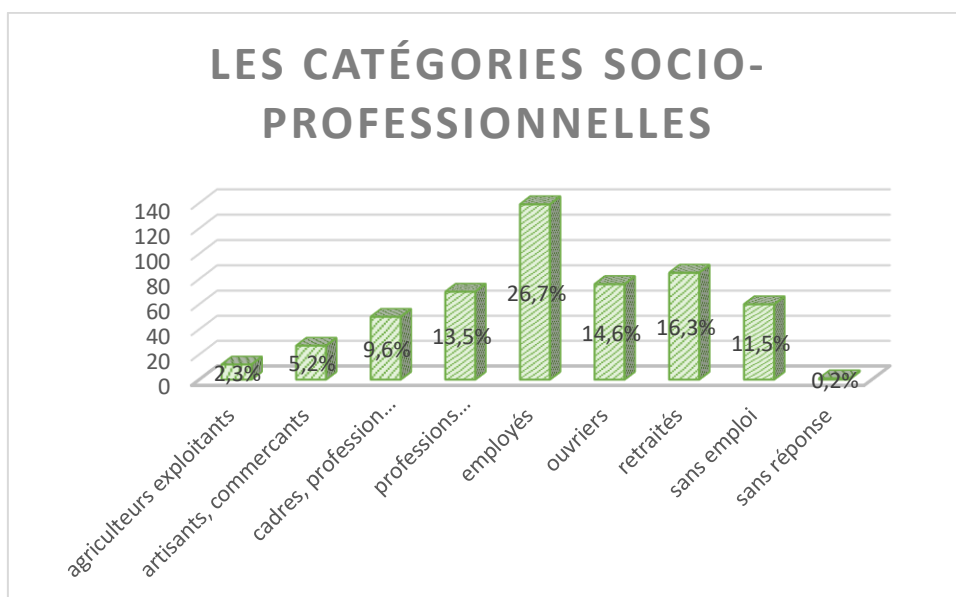
3.1.3. La catégorie socio-professionnelle

La société administrative est régulée en 8 catégories socio-professionnelles. Nous tenons à notifier que 1 des patients n'a pas rempli cette question.

On retrouve :

- Agriculteurs, exploitants : **2.3%**
- Artisans, commerçants : **5.2 %**
- Cadres, Professions Intellectuelles supérieures : **9.6%**
- Professions Intermédiaires : **13.5 %**
- Employés : **26.7%**
- Ouvriers : **14.6 %**
- Retraités : **16.3 %**
- Sans emploi : **11.5 %**
- Sans réponse : **0.2%**

Figure 3 : Les catégories socio-professionnelles



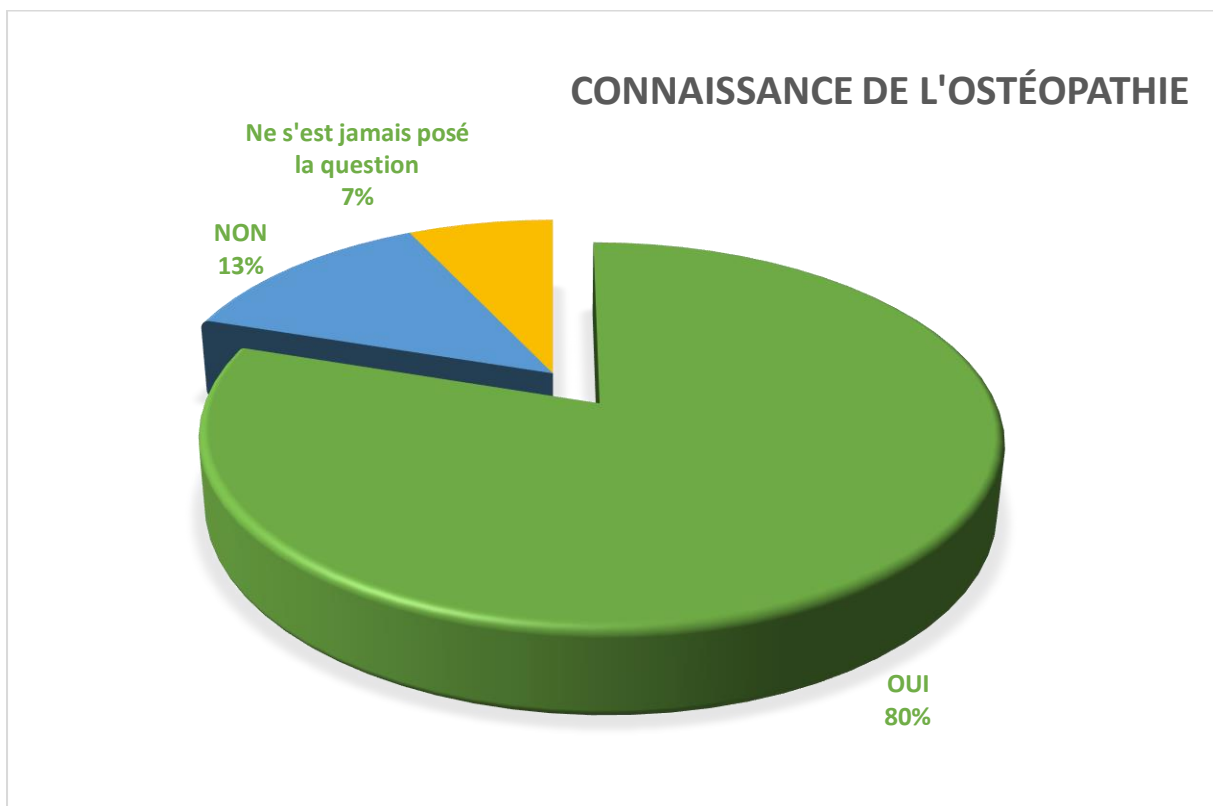
3.2. Le ressenti de la population face à l'ostéopathie

La deuxième partie du questionnaire s'est intéressée au point de vue subjectif qu'avait la population vis-à-vis de l'ostéopathie.

3.2.1. La notion de connaissance

Sur les 520 personnes participantes, 421 connaissent cette pratique, 68 ignoraient totalement l'existence de cette spécialité et 37 d'entre eux ne s'étaient jamais posés la question d'une telle pratique.

Figure 4 : Connaissance de l'ostéopathie

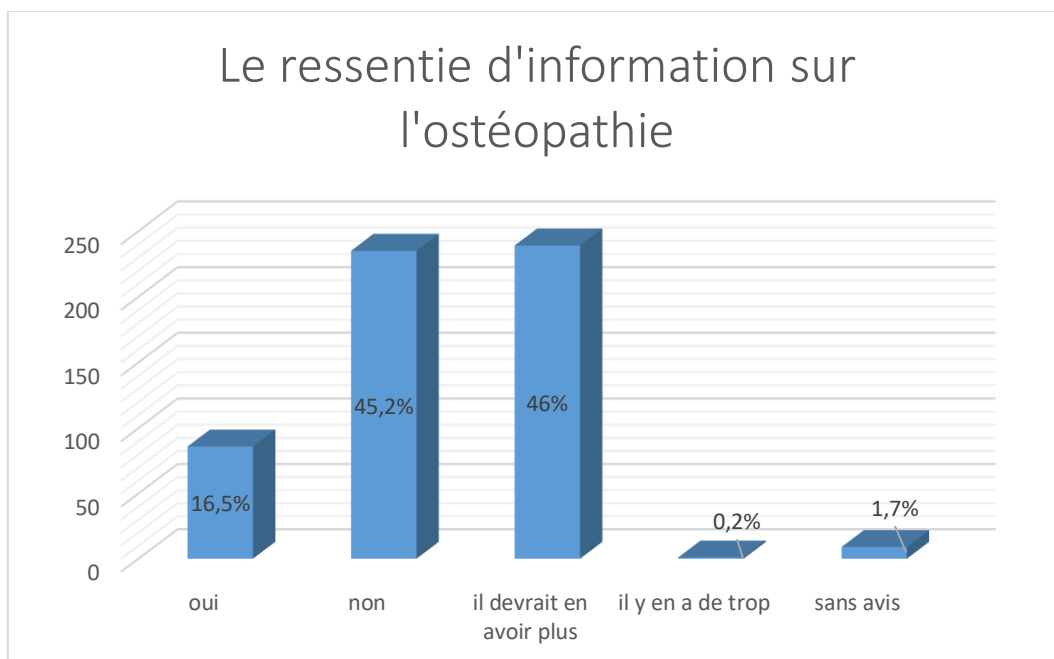


3.2.2. La notion d'information

En lien avec la réponse précédente, il était important d'aborder la notion d'information sur l'ostéopathie.

- 16.5 % des répondants estiment qu'il y a suffisamment d'information sur cette pratique contre 45% qui en souligne l'absence
- 46% de notre population exprime une volonté d'avoir accès à davantage d'explications sur cette spécialité et 1 seule personne a déclaré bénéficier de trop d'informations sur ce sujet.

Figure 5 : Accès à l'information sur l'ostéopathie

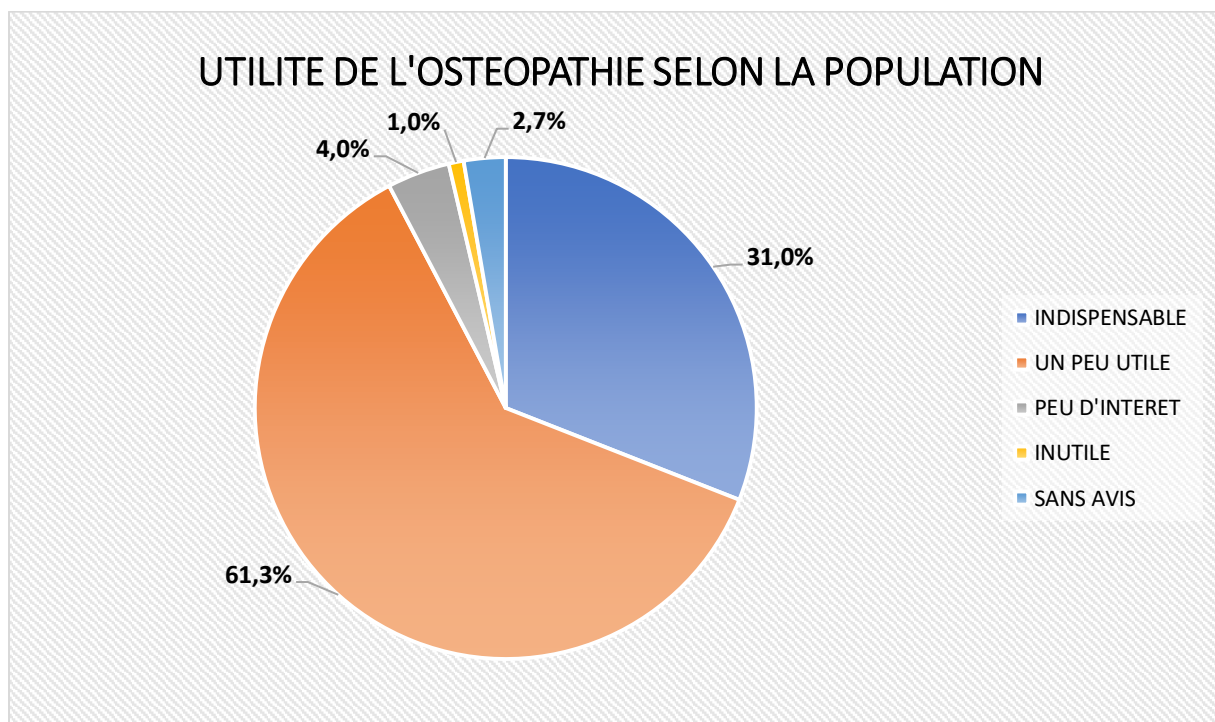


3.2.3. Le ressenti d'utilité

Le jugement d'utilité a été évalué très positivement pour la population étudiée.

- 161 l'ont jugé indispensable
- 319 l'ont étiqueté comme « un peu utile »
- 21 n'en voit pas beaucoup l'intérêt (peu d'intérêt)
- 5 l'ont déclaré comme totalement inutile
- 14 sont restés sans avis

Figure 6 : Avis de la population sur l'utilité de l'ostéopathie

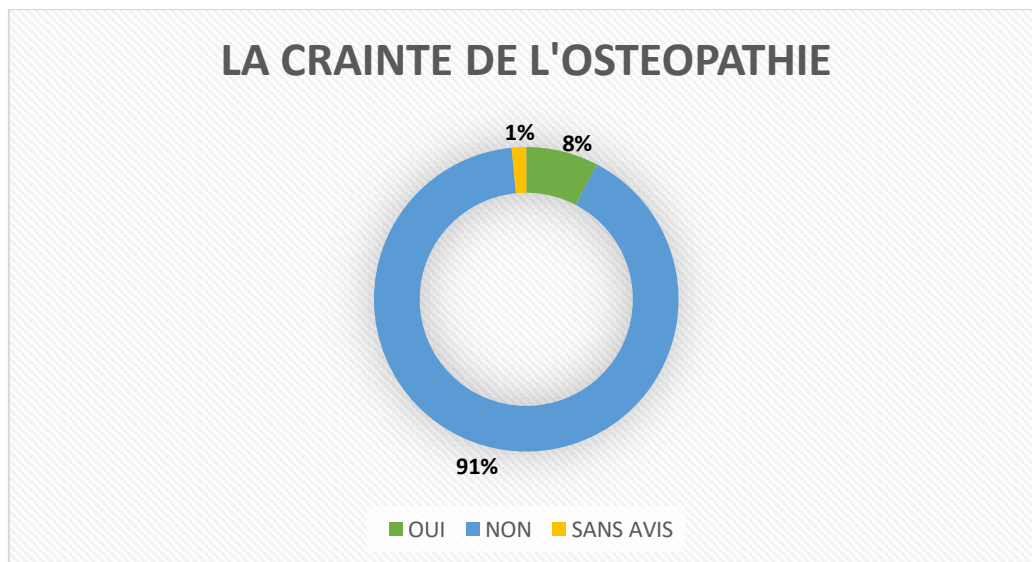


3.2.4. La crainte de la manipulation manuelle

La notion de confiance est très importante dans cette spécialité. On note :

- 91 % d'absence de crainte
- 8 % exprime une peur de cette pratique
- 8 % n'ont pas exprimé d'avis

Figure 7 : La crainte de l'ostéopathie



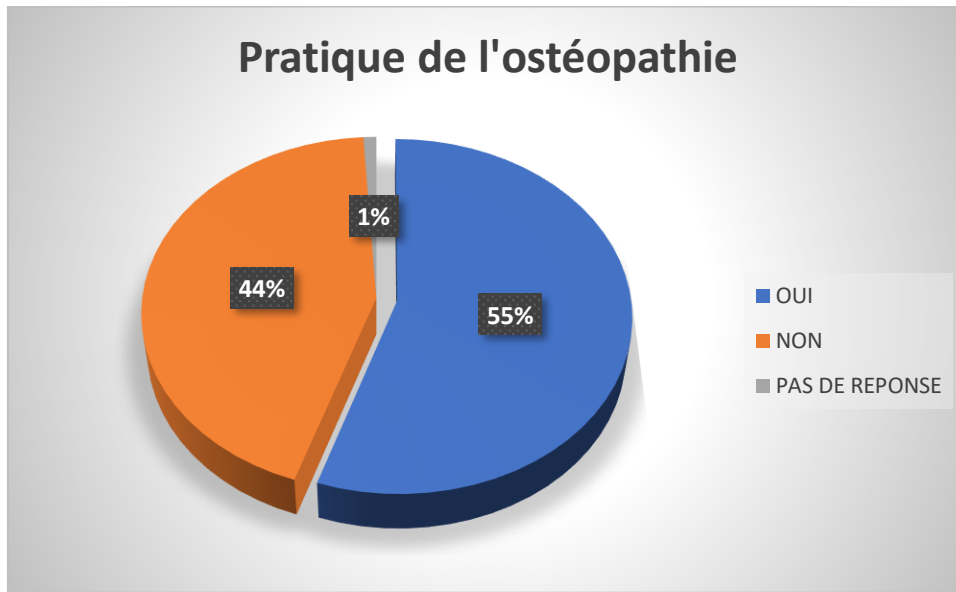
3.3. La pratique de l'ostéopathie

Cette troisième partie du questionnaire consiste à explorer l'avis de la population ayant déjà pratiqué une ou plusieurs séances d'ostéopathie.

3.3.1. Les pratiquants

Sur les 520 représentants, 287 ont déjà eu recours à la manipulation manuelle soit 55%.

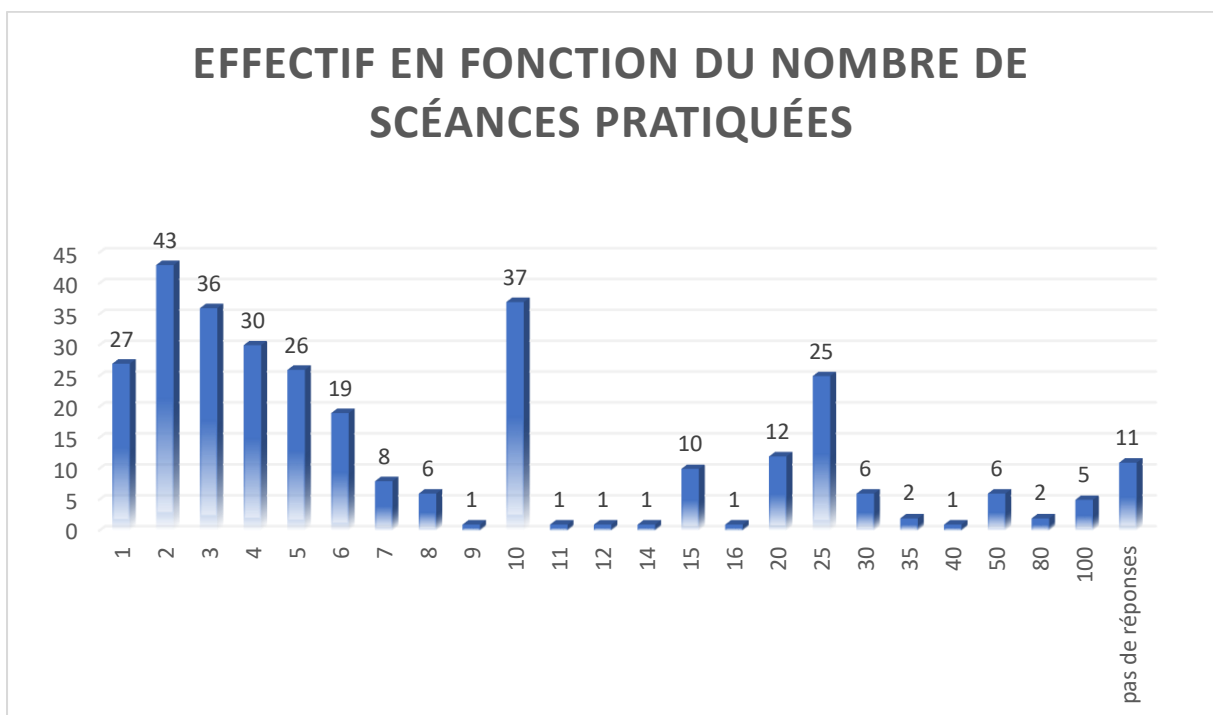
Figure 8 : La pratique de l'ostéopathie



3.3.2. Nombre de séances pratiquées

Sur les 287 pratiquants, la moyenne sur le nombre de séances est estimée à 11.5 séances avec un écart type 25.2.

Figure 9 : Le nombre de séances pratiquées

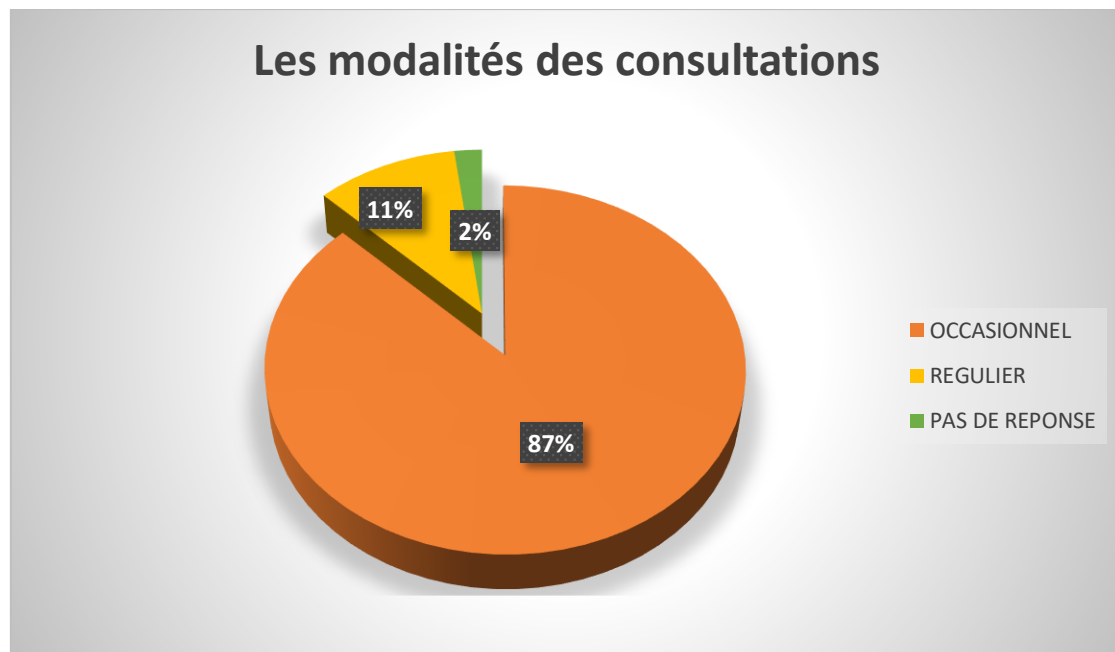


3.3.3. Les modalités de consultations

On distingue 2 types de pratique de l'ostéopathie :

- 87 % ont une utilisation occasionnelle
- 11 % ont une utilisation régulière

Figure 10 : Les modalités de consultations



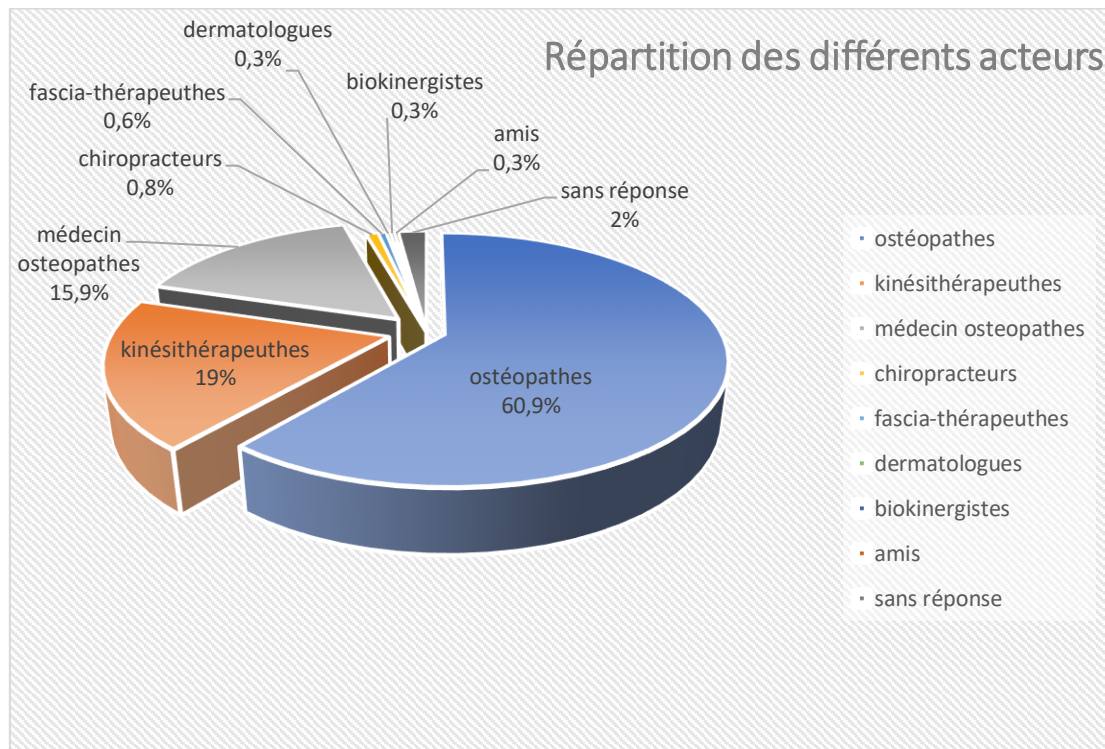
3.3.4. Les professionnels

Au sein de cette cohorte de 287 patients, ceux-ci ont eu la plupart du temps à faire à plusieurs types de professionnels de santé.

On retrouve une nette domination des ostéopathes responsables de 60.9% des manipulations, des kinésithérapeutes avec 19% et des médecins ostéopathes pour 15.9%.

Dans les spécialités les moins représentées, on retrouve les chiropracteurs 0.8%, les fasciathérapeutes 0.6%, les dermatologues 0.3%, les biokinergistes 0.3% et même des manipulateurs sans formation 0.3%

Figure 11 : Les différents acteurs

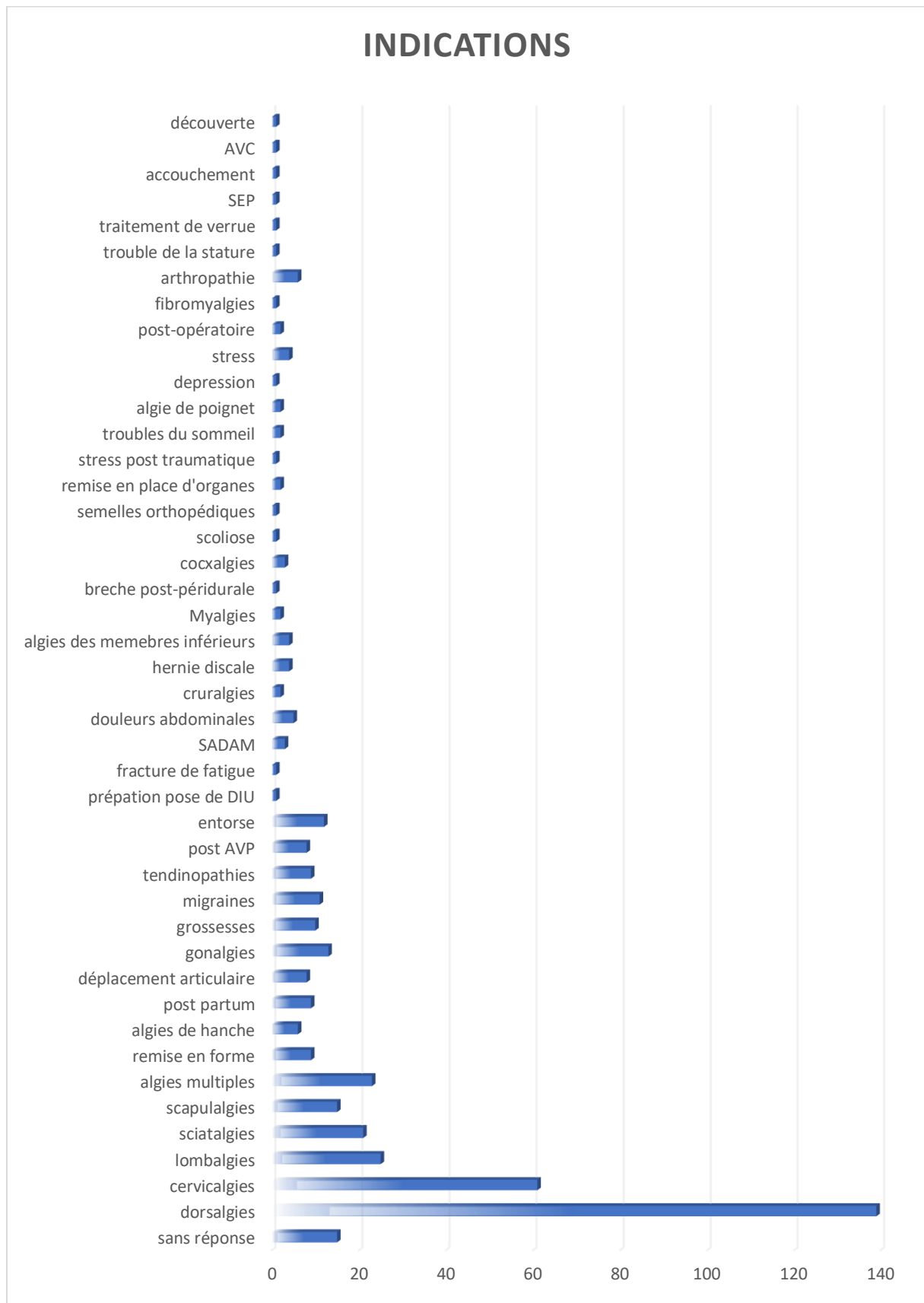


3.3.5. Les indications

Les indications sont multiples et très vastes, sur les 287 pratiquants, nous avons relevé 449 indications. Les dorsalgies sont les indications majoritaires avec 139 signalements.

On retrouve des étiologies plus « exotiques » comme par exemple le traitement des verrues, la simple découverte ou encore la remise en place d'organes.

Figure 12 : Les indications de l'ostéopathie

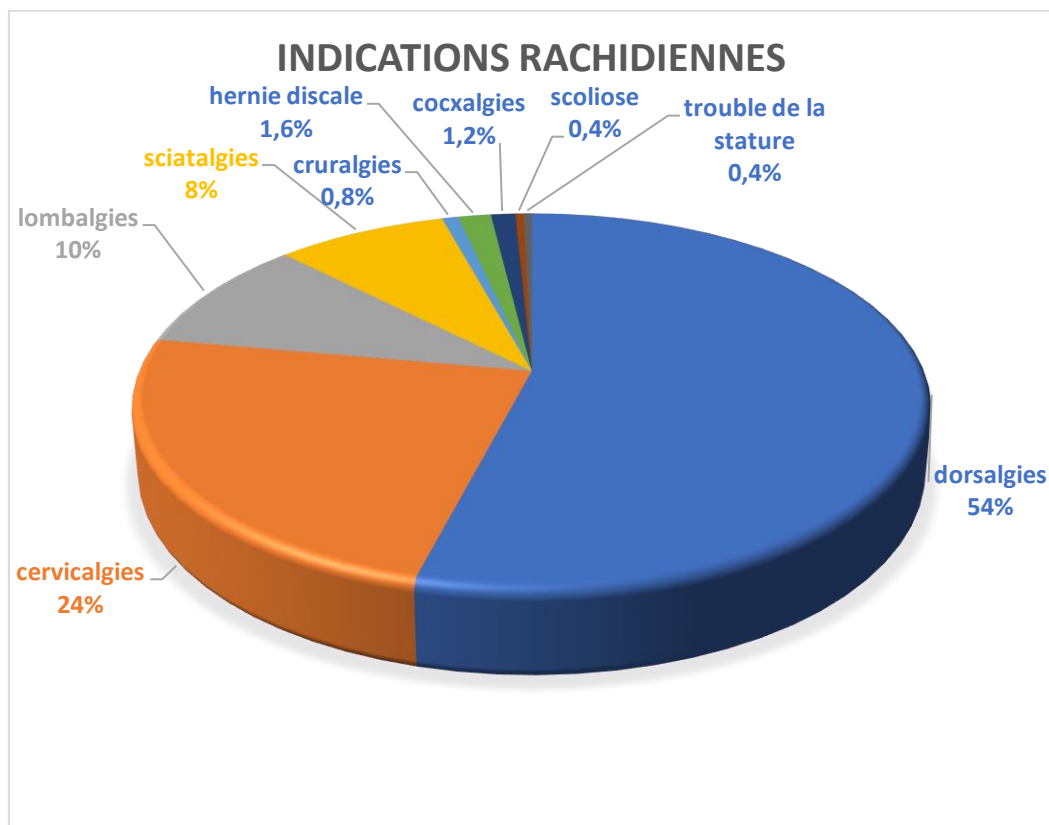


L'exploration du tableau des indications met en évidence une nette majorité des indications liée au rachis soit 57.2%.

Dans ces indications, on retrouve :

- 54 % de dorsalgies
- 24 % de cervicalgies
- 8 % de sciatalgies
- 1.6 % de traitement de hernie discale
- 1.2 % de coxalgies
- 0.8 % de cruralgies
- 0.4 % de traitements de scoliose
- 0.4 % dans le cadre de traitements de troubles de la posture

Figure 13 : Les indications rachidiennes



3.3.6. Le taux de satisfaction

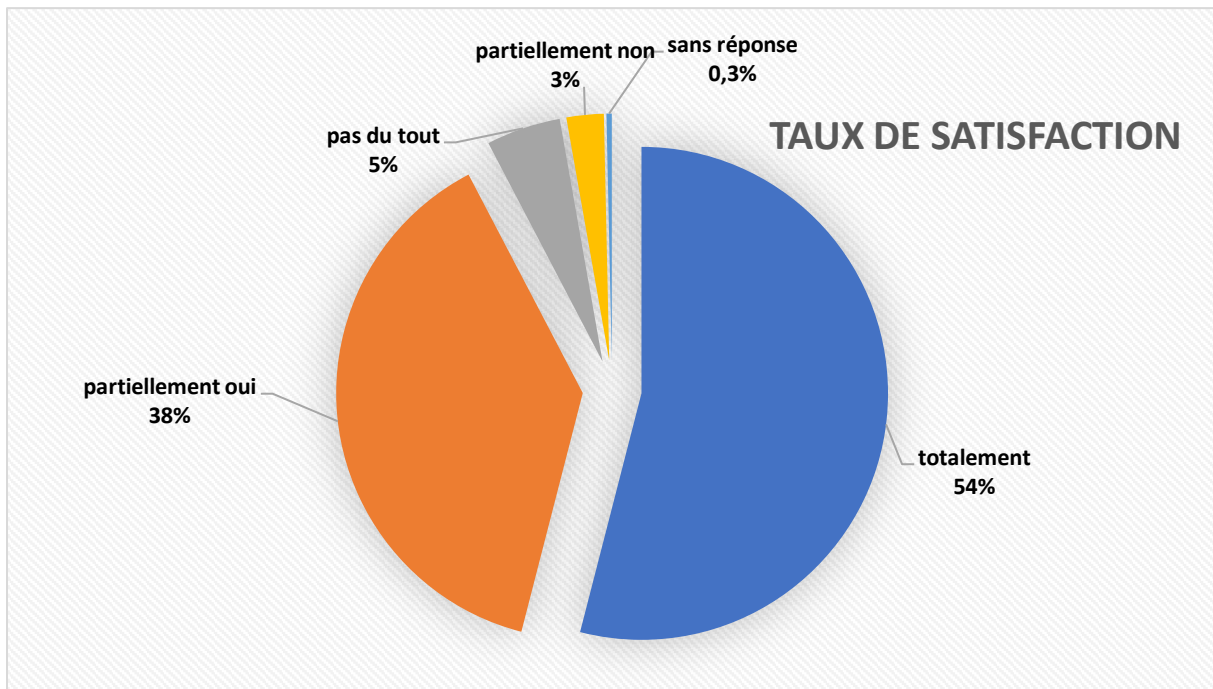
L'exploration de l'indice de satisfaction objective un effet positif pour 265 pratiquants dont :

- Une satisfaction totale pour 155 pratiquants
- Une satisfaction partielle pour 110 pratiquants

Seul 21 personnes ont manifesté un effet négatif dont

- Une insatisfaction totale pour 14 pratiquants
- Une insatisfaction partielle pour 7 pratiquants

Figure 14 : Taux de satisfaction

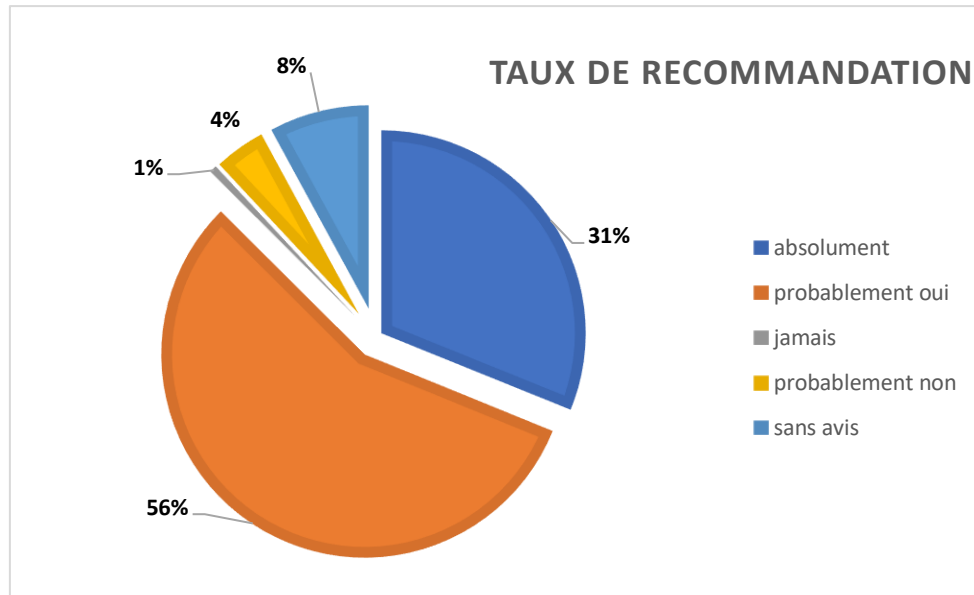


3.3.7. Le taux de recommandation

L'indice de recommandation est une donnée à lier étroitement à l'indice de satisfaction. Cet indice a été exploré en étudiant l'intégralité des 520 questionnaires du fait qu'il soit fréquent qu'un non pratiquant puisse conseiller la pratique.

Sur les 520 réponses, 455 recommandent de façon positive la manipulation manuelle, 24 ne la préconisent pas et 41 demeurent sans avis.

Figure 15 : Le taux de recommandation

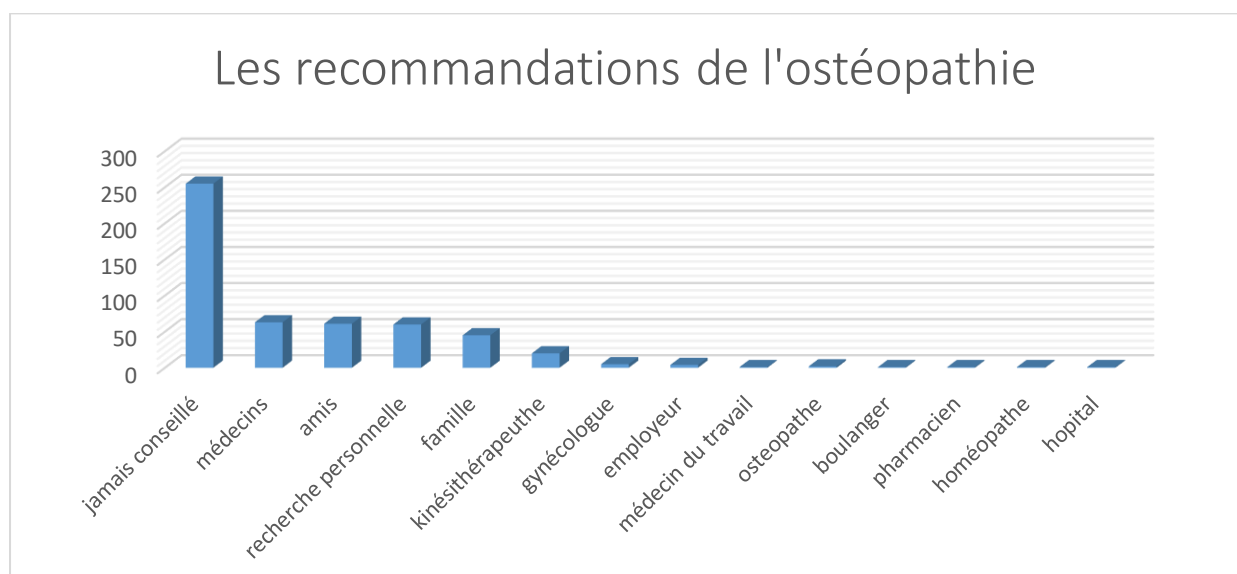


3.4. La connaissance des patients

3.4.1. La recommandation de l'entourage

De par la nature même de l'ostéopathie, le bouche à oreille est une part importante de cette pratique. La plupart, des patients, n'ont jamais été conseillé pour cette pratique. On constate par ailleurs, que les médecins, le cercle d'amis proche et l'auto-reenseignements sont les 3 pierres angulaires de la recommandation à la manipulation.

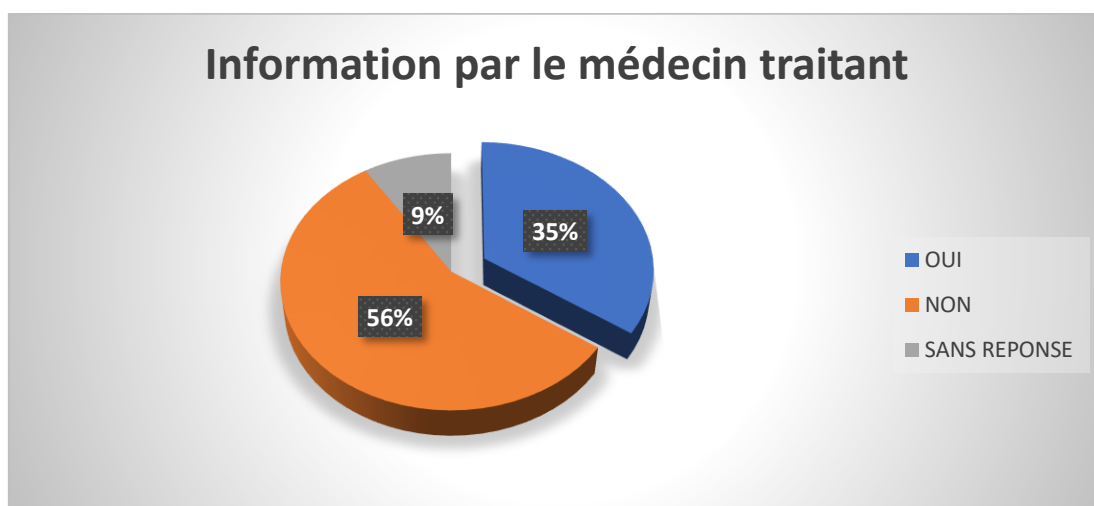
Figure 16 : Les recommandations de l'ostéopathie



3.4.2. L'information par le médecin traitant

Le médecin conseille souvent le patient dans ses démarches thérapeutiques. Cependant, on constate que 56 % des répondants n'ont jamais été informés de cette pratique par leur médecin. Seul 35 % du panel ont été renseignés par leur praticien. A noter que 9 % n'ont pas désiré s'exprimer sur la question.

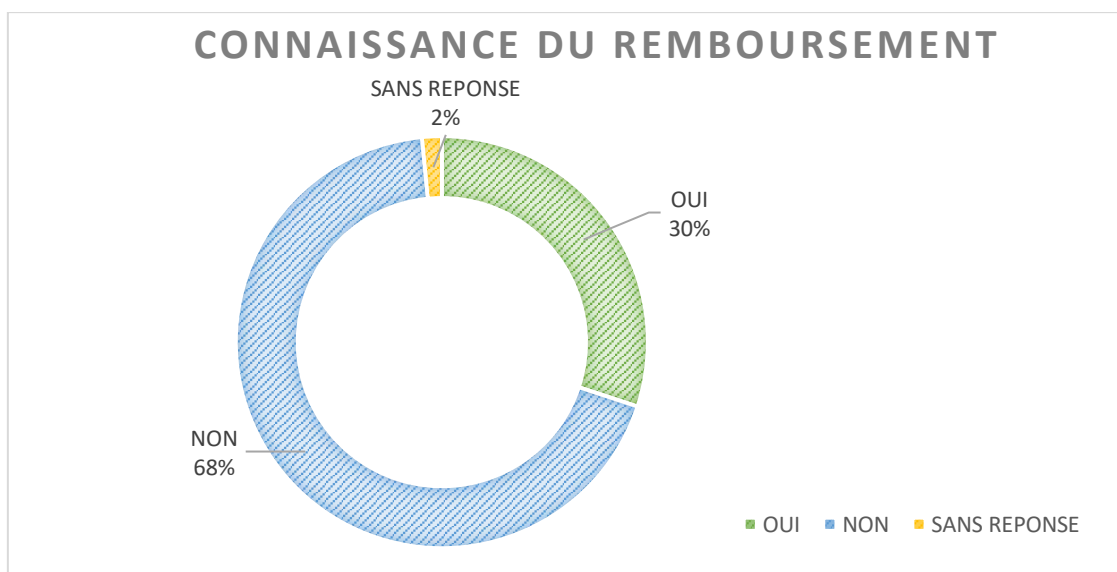
Figure 17 : L'information par le médecin traitant



3.4.3. La médecine ostéopathe

La notion de remboursement de la manipulation manuelle pratiquée par un médecin diplômé du DIU est clairement ignorée par la population avec 355 représentant dans ce sens soit 68 % du panel. Seul 30 % affirme connaître cette information.

Figure 18 : La connaissance du remboursement



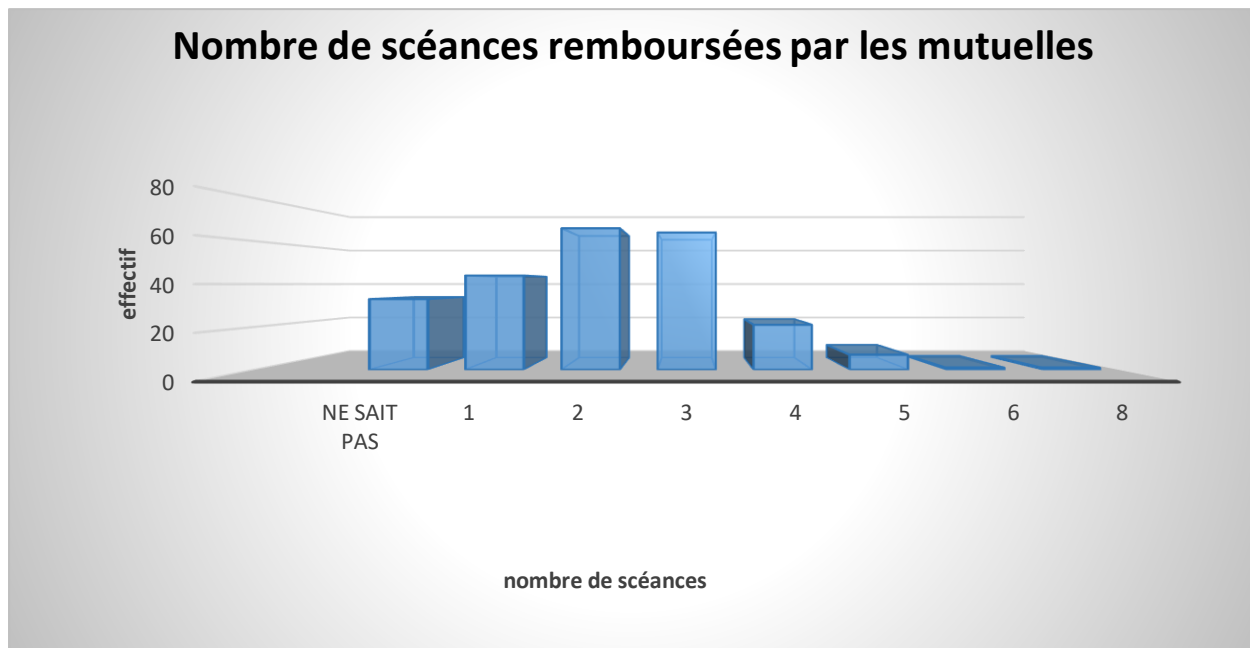
3.5. Le coût

Pour conclure, il était important d'explorer le côté pecunier de ces séances. Nous avons précisé vu que l'ostéopathie médicale était remboursée par la sécurité sociale. Cela ne concerne pas les actes réalisés par un autre praticien.

3.5.1. Remboursement par les mutuelles

Surfant sur cette « mode », les mutuelles proposent une diversité de modalités de remboursement basée sur le nombre de séances qu'elles remboursent par année. Après recueil des données, on observe une moyenne de 2.5 séances remboursées/an.

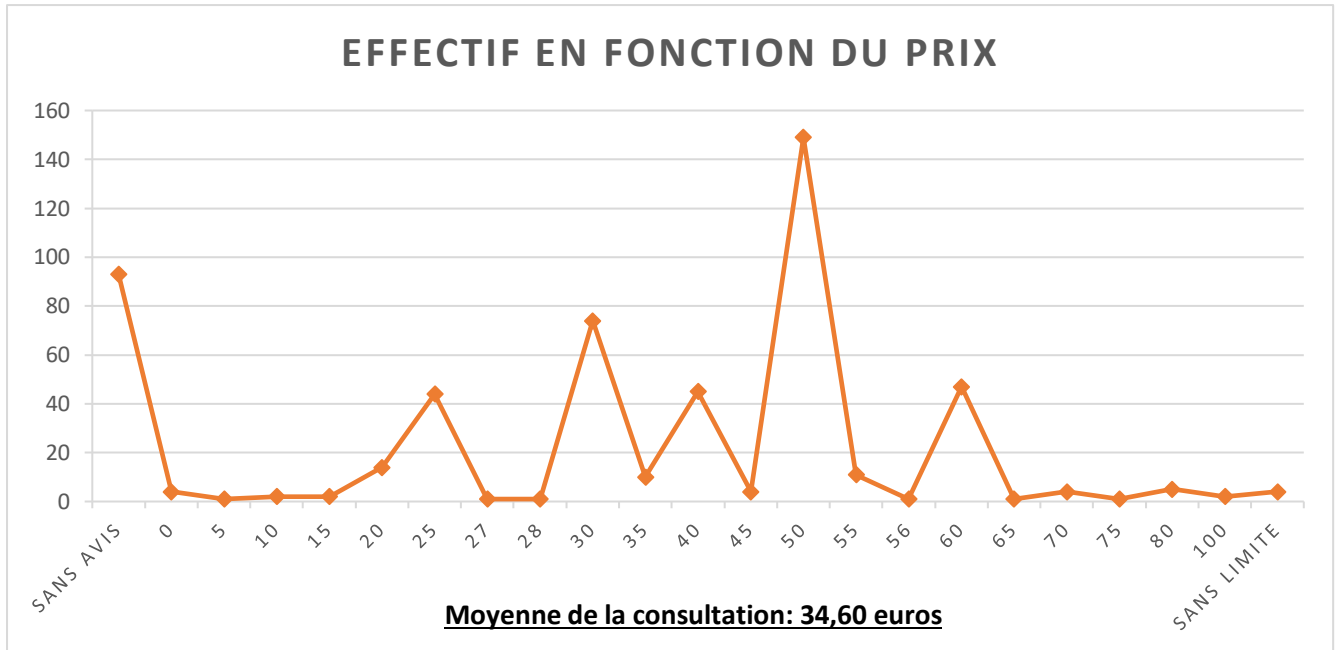
Figure 19 : Les séances remboursées par la mutuelle



3.5.2. Prix évalué

Enfin, pour finir cette étude, nous avons abordé avec les répondants la question délicate du coût. Le but était d'interroger les patients sur le prix qu'ils accepteraient de payer pour cette consultation. Après calcul, une moyenne de 34.60 euros se dégage.

Figure 20 : Prix par consultation



4. DISCUSSION

4.1. Critique de l'étude

Cette enquête a permis d'explorer l'avis de la population rurale sur l'utilisation de l'ostéopathie dans leur vie quotidienne. Bien que le nombre de questionnaires restitué soit considéré comme acceptable, le taux de réponse reste relativement faible avec 34.6%.

Le mode d'acquisition des données choisis a montré ses limites en laissant paraître plusieurs biais.

4.1.1. Le biais de sélection / de recrutement

Le nombre de questionnaires récolté aurait pu être plus important si la distribution de ceux-ci s'étaient élargies à d'avantage de maisons médicales. Par ailleurs, bien que cela devienne progressivement la norme, tous les patients ne se rendent pas systématiquement en MSP pour consulter un médecin. En effet, les cabinets individuels sont toujours présents ce qui induit forcément un biais de sélection dans ma population cible de départ.

La distribution de mes questionnaires a été influencée par mes expériences passées ou actuelles. En effet, la répartition de ceux-ci s'est réalisée dans les MSP où j'avais déjà travaillé ce qui m'a permis d'avoir un rapport privilégié avec les acteurs de la distribution du questionnaire. Nous constatons, par ailleurs, que malgré cette situation, seul 520 questionnaires sur 1 500 ont été inclus dans l'étude soit 34.6%

4.1.2. Le biais de volontariat

Le taux de réponses du questionnaire est relativement bas et ceci pour plusieurs raisons. En effet, cette étude demandait aux acteurs responsables de la distribution des questionnaires une importante implication. Lors de la fin de l'enquête et de la récupération des questionnaires, j'ai interrogé les médecins sur la quantité de questionnaires délivrés. Certains m'ont avoué ne pas avoir systématiquement proposer le questionnaire à chaque patient pouvant correspondre à la population bien souvent par manque de temps.

De cette constatation, on peut facilement en déduire que le nombre de 1 500 est largement surévalué comme dénominateur dans le calcul du taux de participation. Ce dernier est peut-être sous-évalué.

Ce biais de volontariat concerne directement le patient également. En effet, il ne faut pas omettre le fait que le patient avait le droit de refuser de répondre aux questionnaires. Même si ces données ne sont pas consignées et ne sont donc pas interprétables, une partie non négligeable des patients éligibles n'a pas participé à cette étude.

4.1.3. Le biais de compréhension

Le questionnaire a été réalisé avec le moins de mots médicaux non compréhensibles possibles. Des phrases courtes semi-directives ont été décidées afin d'éviter un biais d'interprétation. Par ailleurs, le questionnaire a été lu et validé, avant sa distribution, par plusieurs médecins et personnes non soignantes.

Cependant, lors de l'acquisition des données, on constate que certaines tournures de phrases ont laissé place à une confusion dans les réponses. Fort heureusement, seul 10 questionnaires ont été écartés de l'étude du fait d'un remplissage incomplet.

4.1.4. Le biais de durée

La durée initialement déterminée pour l'acquisition des données était de 6 mois. Ceci me permettait d'avoir un « turn-over » de population suffisamment important au vu des pathologies saisonnières.

Cependant, la crise sanitaire du COVID-19 a mis précocement fin à mon étude du fait d'un refus systématique des patients à remplir le questionnaire. Deux raisons ont souvent été avancées :

- Le refus de rester plus longtemps en MSP, lieu considéré comme potentiellement infecté par le virus.
- Le refus de toucher un questionnaire préalablement touché et contaminé.

L'étude s'est donc clôturée précocement à mi-parcours soit 3 mois.

4.2. Les résultats

4.2.1. La représentativité des genres

L'étude a été réalisée lors de consultations en MSP de médecine générale de Meuse et des Vosges.

En 2017, l'INSEE a réalisé un recensement pour étudier la répartition hommes – femmes dans la population (25). Ceci nous a permis de comparer nos données. Les départements des Vosges et de la Meuse (26) réunis présentent une répartition de la population hommes – femmes quasiment égale : 50.21 % d'hommes et 49.78 % de femmes. Notre étude quant à elle objective 61 % de femmes contre 39 % d'hommes. Cet écart est le résultat de deux phénomènes.

- Les chiffres de l'INSEE concernent les individus de 15 à 74 ans lorsque notre étude n'inclus que les 18 à 70 ans inclus.
- Le suivi médical des enfants est majoritairement réalisé par les mamans.

Cette situation induit un biais dans l'étude. En effet, de par le mode de distribution, une mère avait peut-être plus de chance d'être soumise aux questionnaires que son mari. Ceci pourrait expliquer cette différence de parité au sein de l'étude.

4.2.2. La représentativité des catégories socio-professionnelles

En 2017, l'INSEE a fait un recensement exhaustif, des catégories socio-professionnelles, de la population des Vosges (26) et de Meuse (25) à partir de 15ans. En combinant les données de ces deux départements, nous avons obtenus le tableau suivant :

Tableau 3 : Comparative des catégories socio-professionnelles

Catégorie socio-professionnelle	Moyenne des deux départements	Moyenne de l'étude
Agriculteurs, exploitants	1.5 %	2.3 %
Artisans, commerçants	3.3 %	5.2 %
Cadres et professions intellectuelles supérieures	4.4 %	9.6 %
Professions intermédiaires	11.5 %	13.5 %
Employés	16.4 %	26.7 %
Ouvriers	15.9 %	14.6 %
Retraités	32.1 %	16.3 %
Sans emploi	14.9 %	11.5 %

Nous constatons une disparité des résultats sur l'ensemble des catégories socio-professionnelles. Celle-ci peut être expliquée par la faible taille de notre échantillon ainsi que par le biais de sélection induit par la sélection d'une patientèle de MSP.

De plus, notre population n'inclut pas les mineurs et s'arrête à l'âge de 65 ans se qui diffère grandement de l'INSEE. Cette dualité est d'autant plus flagrante pour l'indice des retraités avec un rapport du simple au double. Par ailleurs, contrairement à l'INSEE, la catégorie socio-professionnelle la plus représentée dans notre étude est celle des employés.

Malgré ces disparités, des similitudes ressortent pour l'ensembles des autres catégories.

4.2.3. Prévalence de la connaissance

Cette pratique est très en vogue depuis quelques années et notre étude montre que la population a une forte connaissance de cette pratique. En effet, 80 % des répondants affirment connaître cette spécialité. Seulement 13 % de notre population ignorent cette pratique et 7 % n'y voient pas d'intérêt.

Par ailleurs, une étude IFOP de septembre 2016 (27) a mise en évidence, le niveau de confiance très élevés du français vis-à-vis de l'ostéopathie. En effet, 88 % de la population estiment cette pratique utile et digne de confiance.

Notre étude ne fait que confirmer cette engouement car 92.3 % de notre population jugent l'ostéopathie utile. Cette spécialité confirme sa bonne presse et instaure un sentiment de confiance chez le français.

4.2.4. L'informations

Bien que très plébiscité, l'ostéopathie reste pour une partie de la population un peu obscure. Même si, comme énoncé précédemment, celle-ci est très connue par le public, l'étude met en lumière le manque certain d'informations sur cette pratique.

- 16.5 % estiment avoir eu accès à suffisamment d'informations sur ce domaine.
- 45.2 % de la population estiment n'avoir eu aucune information.
- 46 % des répondants souhaitent davantage d'informations sur cette pratique.

Ce manque d'informations demeure problématique car il contribue au maintien du statut de pratique « magique » développé depuis sa création. Malgré cette notion de désinformations majeure du grand public, on peut étonnamment constater une absence quasi-totale de craintes vis à vis de la manipulation manuelle. En effet, l'étude objective seulement 8% de personnes craignant cette pratique.

Ces chiffres se confirment également grâce à une étude ODOXA réalisée en septembre 2019 (28). Cette étude était un sondage exclusif sur les français et elle a mis en évidence une confiance quasi-totale des français envers l'ostéopathie. En effet, 86% d'entre eux ont déclaré avoir une confiance absolue envers les ostéopathes dans le soulagement, en toute sécurité, de leurs pathologies.

4.2.5. Prévalence de la pratique

Un sondage IFOP, portant sur l'avis de la population vis-à-vis de l'ostéopathie, a été réalisé en 2016 sur le territoire français (27). Ce dernier a démontré que 63% de la population française avaient déjà eu recours à la manipulation manuelle.

Notre étude, quant à elle a objectivé un taux légèrement inférieur à 55%. Cette différence pourrait s'expliquer par le biais de sélection de notre étude. En effet, nous nous sommes uniquement intéressés à l'avis de la population rurale or le sondage IFOP avait une population cible s'élargissant à l'ensemble du territoire. Il n'y avait pas de notion de ruralité dans leur étude.

4.2.6. La population belge francophone

Comme nous l'avons démontré dans notre première partie, dans l'origine de l'ostéopathie, la pratique de celle-ci est présente dans les pays limitrophes de la France. Bien que l'Angleterre soit le point d'origine du développement de cette pratique en Europe, nous n'avons pas pu répertorier d'études similaires à la nôtre.

Cependant, en 2016, une équipe appartenant à l'université libre de Bruxelles s'est penchée sur l'opinion de sa population vis-à-vis de la médecine ostéopathique (29). La représentativité des genres est relativement similaire à la nôtre avec 56 % de femmes et 44 % d'hommes pour une population cible de 420 sujets. Parmi eux, 90 % déclaraient connaître cette pratique contre 80% dans notre étude et plus de 50 % affirmaient y avoir eu recours contre 55% dans notre étude.

Cette étude Belge montre de fortes similitudes de résultats avec l'étude de « RIGODON » et l'étude de « LICCIADORNE » toutes deux réalisées en 2011-2012 respectivement en France et aux USA. (30) (31) (32)

4.2.7. Modalité de consultations et nombre moyen de séances

La suite de notre étude ne s'est intéressée qu'au 55% de la population ayant pratiqué l'ostéopathie soit 287 individus. Une forte tendance sur les modalités de consultations s'est dégagée :

- 87 % des individus utilisent l'ostéopathie au « coup par coup » soit occasionnellement.
- 11 % ont recours à celle-ci de façon régulière.

Au vue des indications, qui seront exposées par la suite, cela s'explique clairement par la nécessité de résoudre une pathologie aigüe.

Notre étude a par ailleurs mis en évidence une très grande hétérogénéité dans le nombre de séances pratiqués. La moyenne s'élève à 11.5 séances pour un écart type de 25.2. En effet, nous avons constaté une très grande variabilité dans les indications aussi bien aigües que chroniques. De plus, nous n'avons trouvé aucune étude abordant ce thème, nous n'avons donc aucun point de comparaison. C'est pourquoi, il faut être très prudent dans l'utilisation de ces chiffres.

4.2.8. Les acteurs

Les lois encadrants l'ostéopathie étant variables d'un pays à l'autre, les données de notre étude ne peuvent pas être comparées avec des études internationales.

Comme nous l'avons évoqué dans notre paragraphe sur la formation à l'ostéopathie, cette spécialité est divisée en 2 groupes de formations :

- Les écoles d'ostéopathie accessible en post bac
- La faculté de médecine où l'ostéopathie est accessible par une surspécialisation.

Sur la cohorte de 287 patients ayant eu recours à l'ostéopathie, la domination des ostéopathes est indiscutable avec 60.9 % des manipulations. Ensuite, nous retrouvons les kinésithérapeutes à 19 % et les médecins à 15.9 %.

Cette grande facilité d'accès aux écoles ainsi que les multiples facettes de cette spécialité nous permettent de mettre à jour des métiers moins communs comme les dermatologues, biokinergistes ou fascias-thérapeutes. Il est important de préciser que certaines de ces données peuvent résulter d'une confusion dans le statut des différents spécialistes.

4.2.9. Les indications et la satisfaction

Le champs d'actions et les professionnels étant nombreux, pour les 287 individus nous avons relevé 449 indications.

Une étude québécoise, réalisée en 2014, regroupant 14 000 patients avait mis en évidence une pratique ostéopathe très centrée sur les indications d'algies rachidiennes (33). Celles-ci étaient la cause de 61.9 % des consultations. Ces résultats concordaient parfaitement avec l'étude MOST (34) qui retrouvait des chiffres similaires avec 61.6 % des indications.

Notre étude révèle des données équivalentes en retrouvant la résolution d'une pathologie rachidienne dans 57.2 % des cas. Cette indication est divisée en sous-groupe mais elle correspond toujours à une algie ou à une anomalie de l'axe central.

Tableau 4 : Les indications rachidiennes

Indications	Pourcentages
Dorsalgies	54%
Cervicalgies	24%
Lombalgies	10%
Sciatalgies	8%
Hernies discales	1.6%
Coxalgies	1.2%
Cruralgies	0.8%
Scolioses	0.4%
Troubles de la stature	0.4%

Les 42.8 % d'indications restantes sont très variables et reflètent une fois de plus les variantes de cette pratique.

- Indications orthopédique : 13.82%
- Remise en forme : 1.8%
- Remise en place d'organes : 0.4%
- Troubles du sommeil : 0.4%
- Traitement des verrues : 0.2%

Bien que les indications soient très variées, notre étude met à jour un taux de satisfaction très élevé avec 92% d'évaluations positives. Seul 5% des individus s'avèrent aucunement satisfait. Ces résultats sont concordant avec les différentes études précédentes (35) :

- En 2016, un sondage IFOP avançait 88% de satisfaction.
- En 2017, une étude de thèse de l'université de Toulouse retrouvait 97 % de satisfaction.

Par ailleurs, conjointement à ce taux de satisfactions très élevé, les individus ayant eu recours ou non à l'ostéopathie ont émis une recommandation positive de cette pratique dans 87% des cas. Ces taux reflètent une grande confiance et satisfaction vis-à-vis de l'ostéopathie.

4.2.10. Les recommandations à l'ostéopathie

De par sa nature et son origine, le bouche à oreille représente une part importante dans cette pratique. Celle-ci s'avère être plus importante que celle du médecin qui ne représente que 12.11 % des recommandations contre 21.53 % pour l'entourage. Nous constatons cependant que 49% des individus n'ont jamais été conseillés avant de se rendre en consultation.

Cette notion de recommandations est à corréliser avec une autre donnée : celle de l'information sur l'ostéopathie. En effet, seul 35 % des individus du panel déclarent avoir déjà reçu des informations sur l'ostéopathie par leur médecin traitant. Ce chiffre de 35 % montre une légère amélioration car en 2012, une étude en objectivait que 21 % soit une amélioration de 60 % en 8 ans (36). Une étude effectuée en 2015 à l'université McMaster émettait l'hypothèse d'une non compréhension du médecin traitant vis-à-vis de cette pratique(37).

De ce fait, et au vu de la nette évolution des recommandations, il semblerait que la médecine manuelle acquière, au fil du temps, une meilleure presse auprès du monde médical.

4.2.11. L'importance du coût

Avec la baisse du pouvoir d'achat des français, ayant lieu depuis quelques années, il était important d'explorer le côté monétaire de la spécialité. A l'heure actuelle, la sécurité sociale a défini un code CCAM, depuis 2005, dans le cadre d'une séance de médecine manuelle de la colonne vertébrale. Ce code CCAM est noté : LHRP001 et il est coté à 33.50 euros. Ce dernier est remboursé sur la même base qu'une consultation simple en fonction du régime de sécurité sociale (38).

Notre étude montre clairement une absence de connaissances de ce fait par une grande partie de la population. En effet, 68 % des individus ignorent cette notion. Ce manque de connaissances permet aux mutuelles de présenter des contrats de remboursements aux séances d'ostéopathie. Seul les séances de médecine manuelle réalisées par un docteur en médecine diplômé du DIU d'ostéopathie sont prises en charge. Cette différence fondamentale n'est pas toujours expliquée lors de la souscription à un contrat de mutuelle. Une personne adepte de l'ostéopathie va, la plupart du temps, souscrire à une option afin de bénéficier du remboursement dans les cas où l'acte est réalisé par un autre professionnel de la santé.

Au cours de notre étude, on note que 45.6 % des mutuelles des répondants remboursent cette pratique. Par ailleurs, 14 % des individus n'ont aucune idée des modalités de cette prise en charge. Après analyse des résultats, le nombre moyen de séances remboursés par les mutuelles s'élève à 2.5 séances/an. Il n'existe malheureusement pas de données disponibles de comparaison car les contrats de mutuelle sont le plus souvent entièrement personnalisés en fonction de l'adhérent.

Pour finir, la dernière partie du questionnaire a tenté d'explorer la somme qu'un patient serait prêt à déboursier pour bénéficier d'une séance d'ostéopathie. Les chiffres demeurent étonnant. En effet, 4 répondants soit 0.77 % affirment n'avoir aucune limite de prix au vu des bénéfices obtenus sur leurs pathologies. Cet effectif n'a pas été pris en compte pour l'interprétation des données car leur estimation était qualitative.

Nous retrouvons une moyenne de 34.60 euros. Cependant, le plus grand effectif se détachant à 28.65 % serait prêt à déboursier 50 euros. Une étude de mutuelle avait relevé les prix moyens des séances en France (39).

Tableau 5 : Prix moyen d'une séance d'ostéopathie en France

Prix ostéopathes : tableau récapitulatif

	Prix moyen
Métropole	60 €
Province	45 €
À domicile	75 €
Enfant	40 €

Nous constatons, par comparaison, que la patientèle estime que le coût d'un ostéopathe est trop élevé. En effet, le prix moyen est estimé à 60 euros soit une différence 25.40 euros par rapport à ce que la population est prête à déboursier.

CONCLUSION

L'ostéopathie, comme nous l'avons vu tout au long de cette étude, est une discipline en pleine essor depuis quelques années.

Cet engouement se traduit par une augmentation nette du nombre de spécialistes. Cependant, comme nous l'avons précisé dans l'étude, malgré une régularisation de la formation qui est de plus en plus marquée, nous avons constaté une forte disparité dans son contenu. Celle-ci peut parfois provoquer une forte incompréhension de la part du patient.

De plus, la médecine manuelle est une discipline de plus en plus plébiscité au sein de la profession et son nombre de pratiquants ne fait qu'augmenter. Cependant, elle demeure dans le fond très largement méconnue du grand public. De par le fait, cette situation entretient l'aspect « magique », « mystique », incompréhensible de cette pratique aux yeux de la population. Ce manque de connaissances est, malheureusement, aussi très présent dans le corps médical. En effet, les médecins ne connaissent pas forcément les indications, les contres indications, et les risques de cette pratique.

L'étude que nous avons proposée, a mise à jour un manque cruel d'informations vis-à-vis de l'ostéopathie et de ses indications. Cependant, malgré ce sentiment, le taux de confiance, de cette spécialité, est très élevé. Par ailleurs, au vu des résultats obtenus, nous avons objectivé une augmentation du dialogue du médecin traitant à son patient au cours de ces dernières années. Mais il demeure très largement insuffisant compte tenu du ressenti de la population vis-à-vis du manque d'informations sur l'ostéopathie.

De nos jours, celle-ci bénéficie d'un effet de mode conjoint avec la recrudescence des thérapies alternatives. Par ailleurs, au vu du très large champs d'actions de la médecine manuelle, il est nécessaire d'augmenter le discours avec les patients. L'objectif serait de promouvoir au mieux cette pratique pour des indications bien précises. C'est pourquoi, il semblerait important de majorer la sensibilisation des médecins à la médecine manuelle.

En effet, la responsabilité professionnelle et pénale du médecin sont engagées lorsque celui-ci adresse son patient dans le but d'une manipulation. Il est plus important de majorer la formation médicale initiale sur les indications et sur les conditions de réalisation d'une séance d'ostéopathie. Une fois les bases de cette FMI bien ancrées, celles-ci devront être mises à jour régulièrement lors de FMC post cursus afin d'actualiser les connaissances du médecin prescripteur. L'obtention d'un carnet d'adresses de confrères pratiquants l'ostéopathie doit aussi être un aspect clé de cette formation continue.

L'aspect obscur qui persiste sur cette spécialité, dessert très souvent l'aspect médical de la manipulation manuelle. Cela laisse parfois la place à certaines pratiques pouvant être délétères au bon déroulement de la prise en charge du patient. Cela est particulièrement le cas lorsque le patient s'adresse directement à un ostéopathe non médecin sans les conseils de son médecin traitant. Le professionnel non médecin n'a qu'une vision très partielle de l'ensemble des fonctions du corps humain. Cela provoque le plus souvent un retard diagnostique mais aussi thérapeutique.

Suite à ces observations, il pourrait être judicieux de mettre en place plusieurs cours de sensibilisation à l'ostéopathie dès la formation initiale des médecins, avant même leur orientation en spécialité afin d'optimiser la pratique ainsi que ses indications pour le patient. La FMS Post cursus doit quant à elle bénéficier de modules de mises à jour sur la pratique afin de maintenir des prescriptions de manipulations fiables et ainsi limiter l'aspect obscur de la médecine manuelle. Ce n'est probablement que de cette manière que nous pourrions optimiser le partage d'informations entre le médecin et son patient.

Contre carrer le mésusage de l'ostéopathie peut sembler difficile mais une grande partie de la solution réside dans l'augmentation de la délivrance d'informations aux patients par le médecin traitant. Cependant, cet objectif pourrait bien être le plus difficile à mettre en place.

BIBLIOGRAPHIE

1. Syndicat Français Des Ostéopathes. Les français plébiscitent l'ostéopathie !. Disponible sur: <https://www.osteopathe-syndicat.fr/les-francais-plebiscitent-l-osteopathie> (consulté le 9 juin 2020)
2. Larousse É. Définitions : ostéopathie. Dictionnaire de français Larousse. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ost%C3%A9opathie/56771> (consulté le 9 avril 2020)
3. Association de défense des victimes de l'ostéopathie. Les principes de cette pratique. Disponible sur: <http://www.osteo-stop.com/principes.html> (consulté le 9 juin 2020)
4. Association de défense des victimes de l'ostéopathie. Pour en finir avec l'ostéopathie... Un peu d'histoire. Disponible sur: <http://www.osteo-stop.com/historique.html> (consulté le 7 avril 2020)
5. Permanence ostéopathique de Lausanne. Brève histoire de l'ostéopathie. Disponible sur: <http://www.p-o-l.ch/osteopathie/breve-histoire> (consulté le 9 avril 2020)
6. Piétri L. Brève histoire illustrée de l'ostéopathie. Disponible sur: http://osteodieppe.com/files/breve_histoire_illustree_de_osteopathie.pdf (consulté le 9 juin 2020)
7. Andrew Taylor Still. Autobiographie. Chapitre 1. Editions Sully. 2008
8. Messenger M. Histoire de l'ostéopathie et ses acteurs. Disponible sur: <https://www.osteopathe-nandy-77.fr/blog/articles/histoire-de-l-osteopathie-et-ses-acteurs> (consulté le 7 avril 2020)
9. Bara A. Histoire de l'ostéopathie. Disponible sur: <https://www.osteo-auteuil.com/osteopathie-histoire/> (consulté le 7 avril 2020)
10. Tricot P. Approche tissulaire de l'ostéopathie. Disponible sur: <https://www.approche-tissulaire.fr/les-pionniers/56-source-ats> (consulté le 10 avril 2020)
11. Tricot P. L'ostéopathie en France. Disponible sur: <https://approche-tissulaire.fr/en-france.html> (consulté le 9 juin 2020)
12. Mathieu J-L. La Médecine Manuelle Ostéopathique. Syndicat de Médecine Manuelle Ostéopathie de France. SMMOF. Disponible sur: <http://www.smmof.fr/index.php/presentation-128.html> (consulté le 9 juin 2020)
13. Syndicat Français des Ostéopathes. Lois, décrets, arrêtés, décisions. Disponible sur: <https://www.osteopathe-syndicat.fr/loi-osteopathie-decrets-arretes-decisions> (consulté le 7 avril 2020)
14. Université de Lorraine. DU / DIU. Disponible sur: <https://medecine.univ-lorraine.fr/en/node/47> (consulté le 20 mai 2020)
15. Université Claude Bernard Lyon I. Médecine manuelle-ostéopathie : Fiche Parcours. Disponible sur: <http://offre-de-formations.univ-lyon1.fr/parcours-603/medecine-manuelle-osteopathie.html#> (consulté le 9 juin 2020)

16. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Annexe 3 du référentiel de formation en ostéopathie. Solidarité N°2017/11. P233. 15 décembre 2014
17. Osteobio. Formation Initiale en Ostéopathie. Le parcours d'études. Disponible sur: <https://www.osteobio.net/formation-osteopathe> (consulté le 27 mai 2020)
18. Gaudet O. L'Ostéopathie Indications, Contre-indications et Précautions. Présentation de sujet. Disponible sur: <https://slideplayer.fr/slide/11857082/> (consulté le 28 mai 2020)
19. Lecorre F, Rageot E. Atlas pratique de la médecine manuelle ostéopathique. Chapitre 4, Indications et contre-indications de l'ostéopathie traditionnelle. Editions MASSON. Février 2010
20. Ministère de l'intérieur. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Chapitre I, Article 3. JORF. 05 mars 2002
21. Villemain G. Démographie des ostéopathes. CEJOE. Disponible sur: <https://www.revue.sdo.osteopattes.eu/spip.php?article2183#:~:text=Avec%20une%20population%20fran%C3%A7aise%20qui,pour%203500%20habitants%20en%202016> (consulté le 3 juin 2020)
22. Sever K, Florkow K. Démographie des ostéopathes en France sur carte interactive. Disponible sur: <https://www.osteopathes.pro/fr/cartographie> (consulté le 9 juin 2020)
23. Institut national de la statistique et des études économiques. Définition Commune rurale. Insee. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1902> (consulté le 4 juin 2020)
24. Institut national de la statistique et des études économiques. Définition Unité urbaine. Insee. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1501> (consulté le 4 juin 2020)
25. Institut national de la statistique et des études économiques. Département de la Meuse. Insee. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-55> (consulté le 12 août 2020)
26. Institut national de la statistique et des études économiques. Département des Vosges. Insee. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-88> (consulté le 12 août 2020)
27. Ostéopathes de France. Les français plébiscitent l'ostéopathie. UFOF. communiqué de presse. Septembre 2016
28. ODOXA. Les français et l'ostéopathie. Sondage de 2019. Disponible sur: <https://holistea.fr/sondage-exclusif-sur-les-francais-et-losteopathie/> (consulté le 22 juillet 2020)
29. Ciulla L, Foucart J, Lepers Y, et Al. Enquête d'opinions sur la perception de l'ostéopathie au sein de la population belge francophone. Université de Bruxelles. 2016
30. Rigodon S. Evaluation et régulation de la représentation de l'ostéopathie par le patient suivi en kinésithérapie. Master 2 Professionnel : Education et formation. IFCEES. 2012
31. Licciardone J, DO, MS, et Al. Characteristics, satisfaction, and perceptions of patients receiving ambulatory healthcare from osteopathic physicians: a comparative national survey. Original contribution (JAOA). 101. P374-385. 2001

32. Licciardone J. A comparison of patient visits to osteopathic and allopathic general and family medicine physicians: results from the National Ambulatory Medical Care Survey 2003-2004. *Osteopathic Medicine and Primary Care*. 1 (2). 2007
33. Morin C, Aubin A. Primary Reasons for Osteopathic Consultation: A Prospective Survey in Quebec. *journal PLoS ONE*. 3 septembre 2014
34. Dubois T, Berthiller J, Nourry J, et al. Étude des motifs de consultation en ostéopathie. Etude de 2012. Disponible sur: <http://www.observatoire-osteopathie.org/wpcontent/uploads/2011/11/MOST.pdf> (consulté le 4 avril 2020)
35. Jacquemart C, Schroeder E. Déterminants du recours à l'ostéopathie en première intention. Université Toulouse III. Thèse. 21 mars 2017. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1722/1/2017TOU31019-1020.pdf>
36. Thiriart F. Le recours aux médecines complémentaires et alternatives en milieu rural. Université de Lorraine. 9 oct 2012. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733071>
37. Busse J, Heaton G, Wu P, et Al. Disclosure of natural product use to primary care physicians: a cross-sectional survey of naturopathic clinic attendees. *Mayo Clin Proc*.80(5). P616-623. Mai 2005
38. CCAM. LHRP001 Séance de médecine manuelle de la colonne. Code CCAM V64.00
39. Hyperassur. Prix et Remboursement ostéopathe : ce qu'il faut savoir. Disponible sur: <https://www.hyperassur.com/mutuelle/remboursement-securite-sociale/remboursement-osteopathe/> (consulté le 27 août 2020)

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Questionnaire sur l'ostéopathie, réalisation d'une enquête de Thèse pour COLNE Jean-THOMAS.

Ce questionnaire est anonyme, il est réalisé dans le cadre de la rédaction d'une thèse sur l'avis de la population sur l'utilisation de l'ostéopathie dans les soins médicaux actuels.

Chaque question peut comporter une ou plusieurs réponses.

1. Quel est votre âge ?

.....

2. Sexe ?

HOMME

FEMME

3. Quel est votre métier ?

.....

4. Savez-vous ce qu'est l'ostéopathie ?

OUI

NON

Je ne me suis jamais posé la question .

5. Estimez-vous qu'il existe assez d'informations sur l'ostéopathie ?

- OUI
- NON
- Il devrait y en avoir plus.
- Il y en a de trop.

6. Avez-vous peur de cette pratique ?

- OUI
- NON

7. Pensez-vous que l'ostéopathie est utile ?

- OUI un peu
- NON je n'en vois pas beaucoup l'intérêt.
- Elle est indispensable.
- C'est une pratique totalement inutile.

8. Saviez-vous qu'un acte d'ostéopathie fait par un médecin généraliste diplômé était remboursé par la sécurité sociale au même titre qu'une consultation ?

- OUI
- NON

9. Avez-vous déjà eu une ou plusieurs séances d'ostéopathie ?

- OUI
- NON

10. Si OUI, Combien de séances ? (Environ)

-

11. Par quel professionnel ?

- Médecin généraliste diplômé en ostéopathie.
- Kinésithérapeute.
- Ostéopathe.
- Autre (préciser par écrit) :

12. Quelle est votre fréquence de consultation ?

- Utilisation ponctuelle au « coup par coup »
- Rendez-vous régulier

13. Pour quel(s) indication(s) avez-vous eu recours à l'ostéopathie ?

-
-
-
-

14. Avez-vous été satisfait ?

- Partiellement OUI
- Partiellement NON
- totalement
- Pas du tout

15. Qui vous a conseillé de consulter un ostéopathe ?

-

16. Votre médecin traitant vous a-t-il déjà parlé ou conseillé l'ostéopathie ?

- OUI
- NON
- Il ou elle est contre
- Il ou elle est pour



17. Votre mutuelle rembourse-t-elle les séances d'ostéopathie ?

- OUI (si oui combien par an ?)
- NON
- Je n'en sais rien.

18. Quel prix accepteriez-vous de payer pour une séance d'ostéopathie ?

- euros

19. Recommanderiez-vous la pratique de l'ostéopathie à un proche ?

- Probablement OUI
- Probablement NON
- Jamais
- Absolument

RESUME DE LA THESE

Introduction – L’ostéopathie est la pratique actuellement à la mode. Elle est utilisée de toutes les manières et pour toutes les indications. Depuis quelques années, l’engouement vers cette pratique est en net augmentation avec 49% des français ayant déjà eu à faire avec cette spécialité. L’objectif principal de cette pratique va être l’évaluation de la perception de l’ostéopathie par la population rurale de Lorraine.

Matériel et méthode – Cette étude descriptive transversale, par analyse de questionnaires, a été réalisée du 25/01/2020 au 25/04/2020. Les 520 questionnaires obtenus ont été compilés à l’aide du logiciel Excel de Microsoft.

Résultats – Parmi les 520 questionnaires analysés, 80% des répondants déclarent connaître la pratique. Par ailleurs, 55% ont déjà bénéficié de la manipulation manuelle et le niveau de confiance en cette pratique est très important avec 92% de satisfaction positive. Cependant, la méconnaissance de la pratique est très claire avec un très net manque d’informations évoqué par 91.2% du panel.

Conclusion - Cette étude de la perception de l’ostéopathie a permis de confirmer la vision positive de la population vis-à-vis de cette pratique. Elle démontre également la faible évolution du discours et de l’informations de la manipulation manuelle ces dernières années. Nous proposons afin d’améliorer la pratique d’augmenter la délivrance d’informations auprès des différents professionnels de santé afin de les sensibiliser au mieux et ainsi permettre une meilleure prise en charge de la population.

TITRE EN ANGLAIS : Perception of osteopathy by the rural population of Lorraine : Cross-sectional study of patients in the Vosges and Meuse MSPs in 2020

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2020

MOTS CLES : Ostéopathie – SFMMOO – Rurale – MSP – Médecine manuelle

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54 505 VANDOEUVRE-LES-NANCY CEDEX