

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Ostéopathie en médecine générale : vécu et représentations des médecins.
Etude qualitative dans les Hauts-de-France.**

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 22 mars 2023 à 18h
au Pôle Formation
par **Eleona BECQUES**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Asseseurs :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Monsieur le Docteur Charles CAUET

Madame le Docteur Allison DOWSE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Charles CAUET

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs

TABLE DES MATIERES

Abréviations	5
Résumé	6
Introduction	7
Matériel et méthode	9
Résultats	12
Modèle explicatif	27
Discussion	28
Conclusion	37
Bibliographie	38
Annexes	39
<i>Annexe n°1 : Lettre d'information aux médecins interviewés</i>	40
<i>Annexe n°2 : Guide d'entretien initial</i>	41
<i>Annexe n°3 : Guides d'entretien évolutifs</i>	42
<i>Annexe n°4 : Journal de bord</i>	46
<i>Annexe n°5 : Déclaration au DPO</i>	51
<i>Annexe n°6 : Réflexion sur les catégories conceptuelles</i>	52
<i>Annexe n°7 : Réflexion sur le modèle explicatif</i>	63

LISTE DES ABREVIATIONS

AVP	Accident de la Voie Publique
CEJOE	Compagnie des Experts Judiciaires Ostéopathes Exclusifs
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DIU	Diplôme Inter-Universitaire
DO	Diplômé d'Ostéopathie
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DU	Diplôme Universitaire
EBM	Evidence-Based Medicine
HAS	Haute Autorité de Santé
MMO	Médecine Manuelle Ostéopathie
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
MSU	Maitre de Stage des Universités
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ROF	Registre des Ostéopathes de France
SFDO	Syndicat Français Des Ostéopathes
SRQR	Standards for Reporting Qualitative Research

RESUME

Contexte : L'ostéopathie est une thérapeutique controversée. Les recommandations laissent une large place à l'appréciation du médecin. Le recours des patients est croissant pour cette thérapeutique en plein essor. L'intérêt des médecins généralistes se développe. Le développement des structures pluridisciplinaires de santé amène médecins et ostéopathes à ouvrir le dialogue.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels compréhensifs auprès de médecins généralistes installés du Nord et du Pas-de-Calais n'exerçant pas eux-mêmes la Médecine Manuelle Ostéopathie ou la mésothérapie en 2022. La suffisance des données a été obtenue. Une analyse des verbatims par théorisation ancrée a été réalisée avec triangulation des données. L'analyse aboutit à la réalisation d'un modèle explicatif.

Résultats : L'ostéopathie est source d'ambivalence pour les médecins généralistes. La plupart y sont favorables, souvent en dernier recours. Les indications sont sélectionnées et la confiance envers l'ostéopathe est nécessaire. L'ostéopathie est intégrée à une prise en charge globale du patient. Le vécu personnel du médecin est déterminant. Des restrictions liées au coût pour le patient, à des connaissances limitées, et à une nécessité de prudence demeurent.

Conclusion : La proposition d'ostéopathie par le médecin est le fruit d'une réflexion dans laquelle le patient, dans sa globalité, est central. Dans un raisonnement fondé sur l'Evidence-Based Medicine, la scientificité de l'ostéopathie interroge. Le médecin fait face à un patient en demande d'une prise en charge de son corps à laquelle répond l'ostéopathie. L'encadrement des pratiques est une réflexion d'avenir. La formation des médecins et la revalorisation de la consultation de médecine générale seraient à envisager. Des études quantitatives complémentaires seraient intéressantes.

INTRODUCTION

L'ostéopathie est de longue date une pratique thérapeutique controversée, que ce soit sur le plan de ses indications, de son efficacité ou des professionnels à même de l'exécuter [1]. De nos jours, une hétérogénéité d'opinions demeure au sein du corps médical comme a pu le constater F. Wengrow lors de son travail de thèse auprès des médecins généralistes et des rhumatologues de Basse-Normandie en 2020 [2].

Avec un nombre de consultations multiplié par 6 en 20 ans [3], le recours des patients à l'ostéopathie est en constante augmentation. Cette courbe, qui suit celle de la démographie ostéopathique elle-même [3], expose le médecin généraliste à une sollicitation plus importante vis-à-vis de cette discipline. Le développement des structures pluridisciplinaires de santé amène médecins et ostéopathes à plus de rencontres et de dialogues [4].

L'intérêt des médecins généralistes pour l'ostéopathie se développe également. Dans une étude de 2016, 75% des médecins interrogés trouvaient un intérêt à la réalisation d'une fiche d'information sur l'ostéopathie [5]. Celle-ci était d'ailleurs créée en 2021 par G. Gaillard à l'issue de son travail de recherche [6]. De même, 65% des médecins généralistes interrogés par B. Mortelecque en 2016 pensaient que des connaissances en ostéopathie étaient nécessaires à une bonne pratique de la médecine générale [7].

La majorité des praticiens considère l'ostéopathie en premier lieu pour la pathologie ostéo-articulaire et notamment rachidienne [2], [8], [9]. Malgré des preuves scientifiques qui demeurent discordantes [10], [11], [12], l'ostéopathie a su prouver son utilité [13], [14]. Elle entre ainsi en deuxième intention de traitement non médicamenteux dans les lombalgies communes, soit une recommandation de grade B d'après la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2019 [15].

Il est légitime alors de se demander : quelles sont les représentations des médecins généralistes vis-à-vis de l'ostéopathie ?

L'objectif de cette thèse était d'analyser le vécu des médecins généralistes sur l'ostéopathie au sein de leur pratique quotidienne, leurs motivations et leurs interactions avec les praticiens de l'ostéopathie, dans le but de comprendre leur exercice vis-à-vis d'une thérapeutique controversée et d'en sortir des axes de recherche pour d'éventuelles études quantitatives ultérieures.

MATERIEL ET METHODE

I. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée des données issues d'entretiens de type semi-directifs.

II. Population

La population étudiée était les médecins généralistes installés dans la région Hauts-de-France, exerçant en ambulatoire. Les critères d'exclusion étaient une pratique de l'ostéopathie ou de la mésothérapie.

La population a été recrutée par échantillonnage raisonné théorique entre août et octobre 2022, l'analyse de chaque entretien permettant d'orienter le recrutement du participant suivant.

Le premier contact était établi avec chaque praticien par téléphone et/ou mail permettant une présentation de l'étude. Une lettre d'information complémentaire était par la suite envoyée par mail (Annexe n°1).

Les participants n'étaient pas au fait de l'objectif de l'étude.

Le chercheur n'avait pas de relation particulière avec les participants.

III. Guide d'entretien

Le premier guide d'entretien a été réalisé selon la bibliographie préalable (Annexe n°2) avec une division en deux branches selon la réponse apportée par le participant à la première question brise-glace.

Il était évolutif et enrichi au fur et à mesure à la lumière de l'analyse des entretiens. Au total, 5 versions ont vu le jour (Annexe n°3).

La question de recherche initiale qui était orientée vers la place de l'ostéopathie dans la prise en charge des lombalgies chroniques a évolué après la réalisation des premiers entretiens vers une question de recherche plus large englobant les représentations des médecins généralistes vis-à-vis de l'ostéopathie en général, et ce afin de conserver toute la richesse des entretiens.

Dans cette optique, un journal de bord a été tenu tout au long de la recherche (Annexe n°4), et ce comme outil de réflexivité.

IV. Réalisation des entretiens, recueil des données

Les entretiens étaient semi-dirigés de type semi-directifs. Ils ont été réalisés en présentiel pour 7 d'entre eux dans un lieu choisi par le participant, et via la plateforme en ligne Zoom pour 3 d'entre eux en accord avec le souhait du praticien. Ils ont été enregistrés à l'aide de l'outil « enregistreur vocal » d'un smartphone de marque Samsung®.

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à suffisance des données. Deux entretiens supplémentaires ont alors été réalisés afin de la confirmer. Elle était atteinte lorsque les entretiens n'apportaient plus de nouvelles propriétés permettant de compléter une catégorie conceptuelle existante ou n'en suggéraient une nouvelle ; le modèle explicatif rendant alors compte de tous les aspects du phénomène étudié.

V. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits intégralement à l'aide d'un ordinateur portable de type MacBook Air de marque Apple® et logiciel de traitement de texte Pages® afin de constituer le verbatim. Les verbatims ont été analysés à l'aide du logiciel tableur Numbers® selon le principe de la théorisation ancrée.

Les données ont été triangulées indépendamment avec une autre interne en médecine générale.

L'analyse a été réalisée selon les principes de C. Lejeune [16]. Le codage ouvert avec étiquettes expérientielles et propriétés a permis l'émergence de catégories conceptuelles amenant à la réalisation d'un modèle intégratif.

Cette étude a été confrontée aux critères de scientificité de la grille SRQR : 19 critères ont été validés.

VI. Cadre légal et éthique

Chaque participant était informé oralement et via une lettre d'information de l'enregistrement audio des entretiens, de leur retranscription et de leur anonymisation.

Leur consentement oral était recueilli préalablement à l'entretien.

Chaque participant était libre de mettre fin à l'entretien à tout instant et de se rétracter quant à l'utilisation du produit de celui-ci.

Les données ont été anonymisées et désidentifiées. Les enregistrements audio ont été détruits à l'issue de la recherche.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration portant le n°2022-177 au registre des traitements de l'Université de Lille (Annexe n°5). Elle n'a pas nécessité la consultation d'un Comité de Protection des Personnes. Elle n'a pas nécessité de déclaration de conformité auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), utilisant une méthodologie de référence MR-004.

RESULTATS

I. Description de l'échantillon

Au total, dix médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France ont participé à l'étude (Tableau 1).

La moyenne d'âge était de 49.8 ans et la parité respectée. Un seul d'entre eux exerçait en cabinet seul (M8). Aucun n'exerçait en milieu rural.

Deux médecins exerçaient dans une structure de soins où l'ostéopathie était représentée (médecin-ostéopathe ou ostéopathe diplômé en ostéopathie (D.O.)) (M4 et M10). Un médecin rapportait une démographie ostéopathique pauvre dans son secteur (M6), un autre médecin l'ignorait (M2).

Le niveau socio-économique de la patientèle de chaque médecin a été relevé de manière déclarative car pouvant influencer le recours à l'ostéopathie, thérapeutique non prise en charge par la sécurité sociale.

La durée moyenne des entretiens était d'environ quatorze minutes, avec une amplitude de neuf minutes à dix-neuf minutes.

Tableau 1 : caractéristiques épidémiologiques de la population interrogée :

	Gen re	Age	Année d'instal lation	Secteur	Type d'exercice	Formations complémentaires	Démographie ostéopathique du secteur	Présence d'ostéopathes dans le cabinet / la MSP	Niveau socio-économique de la patientèle	Durée d'entretien
M1	M	63	1990	Semi-rural (62840)	MSP	DU soins palliatifs, DU pédiatrie	Riche	Non	Elevé	16'18"
M2	M	64	1986	Semi-rural (62470)	MSP	DU médecine d'urgence, DU gériatrie, DU homéopathie	Inconnu	Non	Moyen	10'26"
M3	F	31	2021	Semi-rural (62840)	MSP	DU gynécologie	Riche	Non	Elevé	15'00"
M4	M	37	2016	Semi-rural (59530)	Cabinet de groupe	Aucune	Moyen	Oui (médecin ostéopathe)	Moyen	12'16"
M5	M	37	2018	Urbain (62300)	Cabinet de groupe	DESC d'urgences, capacité réanimation néonatale, capacité médecine de catastrophe, DU intubation difficile, DU premières heures de prise en charge du polytraumatisé, DU traumatologie d'urgence, DU analgésie-sédation	Riche	Non	Bas	16'73"
M6	F	48	2001	Urbain (62300)	Cabinet de groupe	Aucune	Pauvre	Non	Bas	9'06"
M7	M	63	1991	Semi-rural (59540)	Cabinet de groupe	DU médecine du sport, certificat de mésothérapie (non pratiqué)	Moyen	Non	Bas	15'37"
M8	F	65	1987	Semi-rural (62580)	Cabinet seul	Aucune	Moyen	Non	Elevé	11'45"
M9	F	61	2000	Semi-rural (62160)	Cabinet de groupe	DU de médecine des personnes âgées, DU de médecin coordinateur en EHPAD	Riche	Non	Bas	19'06"
M10	F	29	2022	Urbain (59113)	MSP	AMUC pédiatrie	Riche	Oui (ostéopathe DO)	Moyen	13'11"

II. Ostéopathie et pratique de la médecine générale : intégrer ou ne pas intégrer

A. Intégrer à sa pratique

La majorité des médecins interrogés intégraient l'ostéopathie dans l'**arsenal thérapeutique** de la médecine générale comme outil **complémentaire** de la prise en charge dite « classique ».

M1 : « mais bon c'est une utilisation régulière quoi »

M4 : « et pour mes patients c'est souvent quelque chose de complémentaire [...], et puis pour mes patients en général c'est quelque chose que j'envoie régulièrement ouais »

M8 : « c'est vraiment un complément »

M10 : « donc c'est pour moi une profession [...] qui pour moi a toute sa place dans la prise en charge, dans l'accompagnement des patients dans certaines situations »

Les indications évoquées étaient variées avec systématiquement en premier lieu les **pathologies ostéo-articulaires notamment rachidiennes**.

M1 : « c'est quand même essentiellement des lombalgies, dorsalgies, cervicalgies. C'est quasi exclusivement ça. »

M7 : « bah écoutez, ce qu'on voit le plus souvent c'est des lombalgies régulièrement, après des cervicalgies, des névralgies cervicobrachiales »

M9 : « alors euh bon forcément comme tout le monde tout ce qui est lombo-dorsalgies, cervicalgies »

Venaient ensuite les indications en **pédiatrie** notamment dans le cadre de la prise en charge des craniosténoses.

M3 : « j'utilise aussi l'ostéo chez les bébés... les nourrissons. Pour les plagiocéphalies, les torticolis, tout ça assez facilement »

M4 : « les bébés souvent euh presque quasi systématiquement [...] pour euh les problèmes de cervicales (sic), les problèmes de coliques »

M10 : « au bébé qui a une plagio ou alors qui a tendance à tourner un peu sa tête plus d'un côté que de l'autre côté par côté préférentiel sans qu'il y ait de vrai torticolis fixé »

Puis, à titre plus anecdotique, les indications **digestives** sur lesquelles les médecins étaient partagés.

M1 : « ostéo abdominale non. Moi je... je vois pas à quoi ça sert quoi »

M4 : « euh ouais des fois des problèmes un peu digestifs on va dire aussi »

M7 : « ça peut euh résoudre aussi certains problèmes digestifs »

L'ostéopathie était considérée comme une **alternative thérapeutique**, souvent à visée d'**épargne médicamenteuse**, dans l'optique de **soulager rapidement** le patient.

M1 : « quelqu'un qui a euh un problème lombaire temporaire euh une voire deux séances d'ostéo ça règle mieux le problème que d'aller quinze ou vingt fois chez le kiné faire du papouillage (sic) ou du travail sous une euh comment ça s'appelle une euh un truc électronique avec des vibrations, des machins »

M3 : « quand je sens qu'ils sont contractés, qu'ils sont hyper raides, que le fait de les manipuler ça va les soulager, euh aller mettre des décontractants ou des anti-inflammatoires [...] ça va leur donner des effets secondaires »

M4 : « quand je vois que le problème je peux pas le résoudre euh avec des médicaments ou de la kiné euh bon je me dis faudra voir un ostéopathe ouais »

M7 : « quand ils arrivent pas avec les médicaments classiques voilà, avec les myorelaxants, les anti-inflammatoires ou alors quand ils peuvent pas prendre d'anti-inflammatoires ou alors euh bon le tout c'est de soulager les gens hein voilà c'est le but de la médecine »

M9 : « bah moi j'suis pas toujours euh médicaments après c'est pour donner des euh 'fin des traitements qui peuvent nuire ou qui ont d'autres effets secondaires, je préfère essayer 'fin voilà l'ostéopathie »

B. Ne pas intégrer à sa pratique

Un médecin s'opposait fermement à la pratique de l'ostéopathie, notamment car considérant les **instances enseignantes comme référence**. Il mettait également en avant le **manque de scientificité** de cette thérapeutique. Par ailleurs, il considérait l'ostéopathie, pratique ni médicale ni paramédicale souvent intégrée aux médecines parallèles, comme pouvant porter atteinte à sa **réputation de médecin**, a fortiori de Maître de Stage des Universités (MSU).

M2 : « je crois pas avoir vu ça euh sur les bancs de la faculté hein [...] je ne suis pas sûr non plus qu'il y ait je veux dire des formations euh relatives à l'ostéopathie je veux dire dans notre formation médicale continue »

M2 : « je ne connais pas de source fiable qui permette de dire que euh dans tel cas c'est utile, dans tel cas c'est pas utile [...] faut qu'il y ait un substratum scientifique qui tient la route avant de pouvoir proposer je veux dire de l'ostéopathie »

M2 : « par rapport à mon statut de médecin je veux dire en plus maître de stage je peux pas apporter je veux dire une euh vraisemblance pédagogique »

C. L'ambivalence demeure

Nombre de médecins restaient cependant ambivalents quant à l'ostéopathie, thérapeutique **non conventionnelle** relevant d'**indications ciblées**, souvent en **dernier recours**.

M6 : « j'y viens éventuellement, pas spontanément sauf sur certaines pathologies, euh c'est souvent à la demande du patient [...] en bout de course ça me gêne pas »

M8 : « c'est pas une pratique fondamentale pour moi, mais c'est un, c'est un accessoire euh thérapeutique [...] ça peut être un atout »

M10 : « dans la plupart des cas j'oriente plutôt préférentiellement vers le kiné [...] et c'est plus pour les cas où euh j'ai rien trouvé à l'imagerie et je vois pas trop ce que le kiné pourrait faire [...] que j'envoie chez l'ostéopathe [...], comme la médecine classique ne répond pas toujours aux besoins de ces patients-là euh ça se tente quoi »

III. S'intégrer au parcours de soin rééducatif du patient

A. Une place dans la prise en charge globale du patient

L'ostéopathie était régulièrement citée comme faisant partie intégrante de la **prise en charge globale du patient**, à travers une **pluridisciplinarité** et une **complémentarité** avec le médecin généraliste et le kinésithérapeute.

M1 : « pour moi la kiné c'est bien, euh il manque quand même la possibilité de faire euh comment dire de la kiné sportive, de la rééducation intensive [...] qui est plus une rééducation, une réadaptation »

M3 : « elle [une ostéopathe du secteur] fait un bilan complet au final, elle se focalise pas sur une seule partie du corps »

M4 : « y'a des ostéopathes qui vont des fois au bout du truc et qui vont chercher des fois à approfondir »

M7 : « l'ostéopathe lui va aller un peu plus loin »

M8 : « j'ai toujours intégré ça de toute manière dans une prise en charge globale »

Un médecin insistait même sur la **nécessité** d'une approche globale du patient pour que l'ostéopathie ait une quelconque efficacité.

M8 : « mais dans les ostéo-articulaires, si y'a pas de musculature ça sert à rien parce que ça va revenir, donc il faut vraiment faire ça en soin préparé, que le patient soit préparé et soit de toute manière physiquement pouvoir être capable d'en profiter [...] si on a pas d'approche physique du corps j'crois qu'on peut, qu'on peut pas avoir de résultats »

B. Du soulagement à la prévention

Le rôle de l'ostéopathie dans la **prévention de la récurrence et de la chronicisation** des pathologies ostéo-articulaires, notamment rachidiennes, était plusieurs fois relevé.

Elle permettrait aux patients, par l'**éducation aux postures** et la **promotion de l'autorééducation**, de retrouver une autonomie en étant **acteur de sa santé**.

M3 : « donc c'est vrai qu'en plus les ostéos ils font aussi de la prévention [...] j'sais que l'ostéo là elle leur explique un peu la façon de se tenir [...] et puis des exercices qu'ils peuvent faire chez eux »

M5 : « pour éviter dans certaines pathologies [...] l'apparition de positions vicieuses [...], l'idée c'est vraiment ça, c'est euh servir de co-traitement [...] et effectivement la prévention pour éviter d'autres problèmes [...] dans le cadre plutôt de la posturologie, de la posturo-thérapie (sic) »

M7 : « le fait d'aller chez un ostéopathe aussi ça permet de prendre conscience de son corps aussi et de le euh, de voir qu'il y a des contraintes et puis d'essayer d'avoir, de s'entretenir quoi »

M9 : « oui bah de toute façon moi je trouve que en prévention c'est très bien à la limite l'ostéopathie [...], donc tout ce qui est prise en charge non médicamenteuse où il faut faire un effort [...] fin l'ostéopathie on fait pas d'effort mais quand même l'effort d'y aller »

IV. Le patient au centre de la prise en charge

Au coeur de ces questionnements sur l'ostéopathie, les médecins restent à **l'écoute du patient** et de sa plainte dans la but de rendre service, de le soulager.

M1 : « alors après hors articulaire [...] c'est rarement moi qui envoie c'est les gens qui font la démarche [...] bon je leur dis pas qu'il faut pas y aller, je sais pas si ça sert à grand chose »

M3 : « et j'ai pas mal de patients qui sont revenus en me disant ah vraiment l'ostéo elle est top, elle prend bien le temps »

M10 : « il arrive que certains patients arrivent en disant bah voilà moi j'ai déjà vu l'ostéopathe pour tel trouble ça s'était bien passé »

Ils prennent en compte sa **spécificité** et **respectent ses choix** en vue d'une **décision partagée**.

M3 : « là on sait que le patient il va payer, [...] c'est des consultations qui sont quand même chères [...] euh les patients qui sont en CMU ou des trucs comme ça c'est un peu délicat »

M9 : « parfois ils ont leur propre ostéopathe »

M10 : « une jeune personne [...] qui se plaint toujours un petit peu de son dos, qui est pas très confortable, qui arrive pas bien à se positionner, qui arrive pas à faire les exercices de kiné parce que pas le temps, pas l'envie etc, je vais tout de suite leur proposer l'ostéopathe »

V. Une implication personnelle pour le médecin

A. La confiance : une nécessité

Pour tous les médecins qui intégraient l'ostéopathie à leur pratique, la **confiance** était indispensable. Le médecin généraliste, souvent médecin traitant du patient, se sent investi d'une **responsabilité** vis-à-vis du praticien que son patient va rencontrer. On remarque un souhait de rester **maitre de la prise en charge**. Ceci implique notamment de **connaître des praticiens** ; et se manifeste par un **recours préférentiel** aux médecins-ostéopathes ou aux kinésithérapeutes-ostéopathes plutôt qu'aux ostéopathes diplômés en ostéopathie (ostéopathes D.O.).

M1 : « le problème c'est de savoir avec qui on travaille [...] ça m'embête d'envoyer chez quelqu'un que je connais pas »

M5 : « quand t'as un kiné qui fait de l'ostéopathie, je trouve ça plutôt pas mal parce qu'il a eu une, un cursus très scientifique qui a été validé et tout ça »

M6 : « je n'ai pas une, un, une grande population d'ostéopathes dans, en qui j'ai confiance autour de moi [...] j'ai quelqu'un avec qui j'aime bien travailler [...] je préfère que ce soit des médecins qui aient une spécialité euh d'ostéopathe derrière »

M7 : « bah j'oriente les gens vers cette jeune femme là qui bosse très bien »

B. L'expérience personnelle : un moteur non négligeable

L'**expérience personnelle** du médecin, positive ou négative, jouait un rôle décisif dans sa proposition d'ostéopathie. Un médecin **ayant lui-même bénéficié** d'ostéopathie pour se soigner était plus enclin à proposer cette thérapeutique à ses patients.

M1 : « et puis bon y'a aussi par expérience personnelle parce que moi une paire d'ostéos m'ont bien rendu service quoi »

M4 : « à titre personnel [...] j'ai déjà été voir des ostéopathes parce que c'est vrai que ça rend service [...] je dirai que je, que j'y vais une à trois fois par an »

M9 : « 'fin moi j'y suis allée [...] j'trouvais que bon au bout de 24-48h [...] ça marchait très bien quoi, mieux que les anti-inflammatoires »

A l'inverse, une **expérience malheureuse** dans son entourage proche devenait un frein majeur.

M6 : « et bah je vous réponds hyper honnêtement, j'avais ma meilleure amie [...] elle a fait une erreur de manipulation avec quelqu'un qui est euh paraplégique [...] c'était il y a vingt ans et ça m'est resté »

Connaitre personnellement des ostéopathes, parmi sa famille ou ses amis, orientait vers une considération favorable de l'ostéopathie.

M4 : « après moi c'est peut-être un peu biaisé parce que euh je réfléchis mais j'ai dans mes connaissances et mes amis j'ai trois ostéos »

M10 : « sur le plan personnel bah j'ai mon cousin qui est ostéopathe et je connais d'autres ostéopathes personnellement »

Enfin, des évènements de vie pouvaient amener un **changement d'opinion**.

M5 : « je pense que sur certains, sur certaines choses j'suis vraiment revenu sur euh c'est de la merde (sic) ça sert à rien euh non je pense pas, je pense qu'il y a une réelle place [...] [investigateur : « comment vous en êtes venu finalement à l'intégrer à votre pratique ? »] euh en devenant papa [...] et en ayant eu euh moi-même un, un AVP »

M8 : « je me souviens toujours de l'histoire de mon patient [...] il s'en est sorti grâce à un étiopathe (sic) [...] donc y'a des souvenirs comme ça qui sont, qu'on, donc voilà faut pas fermer les portes »

VI. Rester prudent

Favorables ou non, les médecins **restaient vigilants** quant aux éventuelles contre-indications de l'ostéopathie, et pesaient l'indication d'un **bilan paraclinique antérieur**.

M1 : « y'a quand même un certain nombre d'ostéopathes, je parle en rachidien notamment et surtout en cervical qui acceptent de prendre des gens en charge sans euh radio préalable [...] enfin ça m'est arrivé deux fois des gens qui avaient des malformations sous-jacentes totalement imprévisibles »

M6 : « je ne les envoie pas sans m'assurer que il y ait pas de, une pathologie autre [...] j'ai besoin d'un bilan radio, j'ai besoin de m'assurer qu'il y ait rien d'autre en-dessous avant de manipuler quoi »

M7 : « faire quand même une radio si pour les gens qui ont des douleurs un petit peu bizarres au niveau cervical surtout, voir s'il y a pas quand même une tumeur qui se balade hein ou alors une hernie discale »

M9 : « bah il faut toujours faire attention de pas avoir de lésion osseuse forcément hein »

M10 : « je fais toujours attention à ne pas avoir de contre-indication particulière aux manipulations justement [...] c'est vrai que dans la majorité des cas euh j'aime bien avoir une imagerie »

Ils **gardaient un oeil critique** sur certaines pratiques de l'ostéopathie et sur les **formations** que les praticiens avaient reçu.

M1 : « le gros problème pour moi c'est la formation qui est pas standardisée »

M3 : « y'a ostéo et ostéo quoi [...] y'en a qui se disent ostéo au final ils ont pas la formation »

M5 : « y'a plusieurs écoles et y'en a où clairement c'est très limite fin scientifiquement c'est pas contrôlé »

M9 : « après faut qu'il soit formé parce que je crois que le diplôme y'a pas de diplôme reconnu en France »

VII. Avoir des restrictions

A. Une contrainte financière

La quasi-totalité des médecins considéraient le **coût comme un facteur limitant** leur recommandation d'ostéopathie. En effet, la non prise en charge des frais d'ostéopathie par l'assurance maladie était **pourvoyeur d'inégalités** et impliquait de **sélectionner les patients** à qui cette thérapeutique pouvait être proposée.

M3 : « bah déjà c'est quelque chose qui est pas remboursé [...] donc euh du coup c'est vrai que euh c'est pas non plus quelque chose que je vais proposer assez facilement au patient »

M4 : « bah y'a peut-être un frein financier pour les patients [...] je crois que c'est 50, 60, 70 euros la séance [...] et c'est pas remboursé »

M6 : « parfois la première consultation d'ostéopathie elle est prise en charge par les mutuelles mais enfin bon rien que de faire l'avance de frais ça peut être un frein pour la patientèle »

M7 : « bah ouais ils ont pas trop de blé (sic) alors il vont pas forcément chez l'ostéopathe, ça bloque hein »

B. Se sentir limité par ses connaissances

Pour les médecins interrogés, recommander l'ostéopathie impliquait également de **connaître ses limites** en termes de connaissances sur cette thérapeutique.

M3 : « après je sais qu'il y a énormément d'autres indications pour l'ostéopathie mais moi c'est principalement là-dessus »

M5 : « euh après les techniques de je, je connais pas »

M10 : « pour nous qui connaissons pas trop les, le rationnel voilà fin sur quoi ils se basent [...] et puis en plus on en parle pas trop dans nos études donc on connaît pas trop leurs pratiques »

Certains regrettaient un **manque de formation** sur les pathologies ostéo-articulaires en général et leur prise en charge.

M3 : « mais c'est vrai qu'on a pas du tout de formation là-dessus [...] et en plus c'est un motif qu'on a moi tous les jours [...] c'est vrai que tout ce qui est soins de support et autre euh ça on a pas »

M4 : « bah formation on en a aucune [...] à aucun moment donné dans notre cursus on a de formation voilà quand savoir orienter vers un ostéopathe »

VIII. Une crédibilité discutée

A. Fiabilité contestable

L'ostéopathie étaient **intégrée aux médecines dites « parallèles »** par la majorité des médecins interrogés. Le **manque de scientificité** lié aux discordances de la littérature et à l'absence de recommandations claires était souvent reproché.

M2 : « c'est une médecine plus énergétique je veux dire avec une philosophie euh ésotérique »

M3 : « après voilà je pense qu'il faut, l'ostéo faut y croire aussi c'est un peu comme l'homéopathie, y'a pas de preuve médicale vraiment »

M10 : « l'ostéopathie euh c'est une pratique qui est pas vraiment paramédicale, qui est plus dans les médecines considérées comme parallèles en tout cas dans ma tête c'est comme ça »

Certains médecins avaient **constaté des dérives**, parfois dangereuses, de l'ostéopathie décrédibilisant cette pratique à leurs yeux.

M1 : « le défaut c'est que lui bah euh y'a de l'ostéo mais ça se termine très très rapidement sur le yin le yang [...] les huiles essentielles et puis un régime spécialisé [...] j'suis beaucoup plus euh comment dire euh suspicieux »

M2 : « je pense que ça s'est un petit peu gourouisé (sic) je veux dire hein ces pratiques d'ostéopathie »

M5 : « alors y'a toujours des mecs qui sortent des clous [...] j'en ai rencontré certains moi qui étaient étudiant à l'hôpital à l'époque où j'y travaillais je me disais mais putain (sic) on est où quoi »

B. L'aspect « business »

Dans le contexte d'augmentation du nombre de praticiens en ostéopathie ces dernières années, certains médecins notaient que l'ostéopathie bénéficiait d'un **effet de marché** diminuant encore le crédit qui pouvait être accordé à cette thérapeutique. Ils reprochaient également à certains ostéopathes de **privilégier le côté lucratif** plutôt que l'intérêt du patient.

M2 : « je crois que c'est une histoire de mode aussi hein parce que y'a beaucoup d'ostéos hein qui sortent [...] c'est surtout des jeunes avec des petites pathologies je veux dire ostéo-articulaires je veux dire toutes banales qui passent sans rien faire et qui fréquentent ces, ces cabinets-là hein »

M3 : « y'a [...] certains ostéos qui vont abuser comme je te disais euh qui vont faire revenir les patients plusieurs fois alors qu'en fait ils ont aucune amélioration voire des fois c'est pire en fait »

IX. Une thérapeutique attractive pour les patients

Nombre de médecins rapportaient que leurs patients consultaient l'ostéopathe **de leur propre chef** et sans avis médical préalable, la consultation d'ostéopathie n'étant pas soumise à prescription.

M1 : « y'a des gens [...] qui me disent 'je suis allé voir l'ostéo' »

M3 : « j'ai souvent des patients qui par eux-mêmes vont voir des ostéopathes »

M5 : « ils arrivent en disant 'de toute façon je vais voir un ostéo' »

M10 : « certains patients arrivent en disant 'bah voilà moi j'ai déjà vu l'ostéopathe' »

Les médecins suspectaient qu'une **exposition régulière** à l'offre d'ostéopathie et une **facilité d'accès** aux consultations renforçaient l'attrait de cette thérapeutique pour les patients.

M3 : « on a des rendez-vous hyper rapidement, souvent je regarde sur doctolib dans la semaine y'a un rendez-vous »

M4 : « après si c'était pas lui ce serait un autre ici sur Le Quesnoy y'en a d'autres »

M5 : « l'ostéopathie oui je pense qu'effectivement c'est rentré un petit peu dans les moeurs »

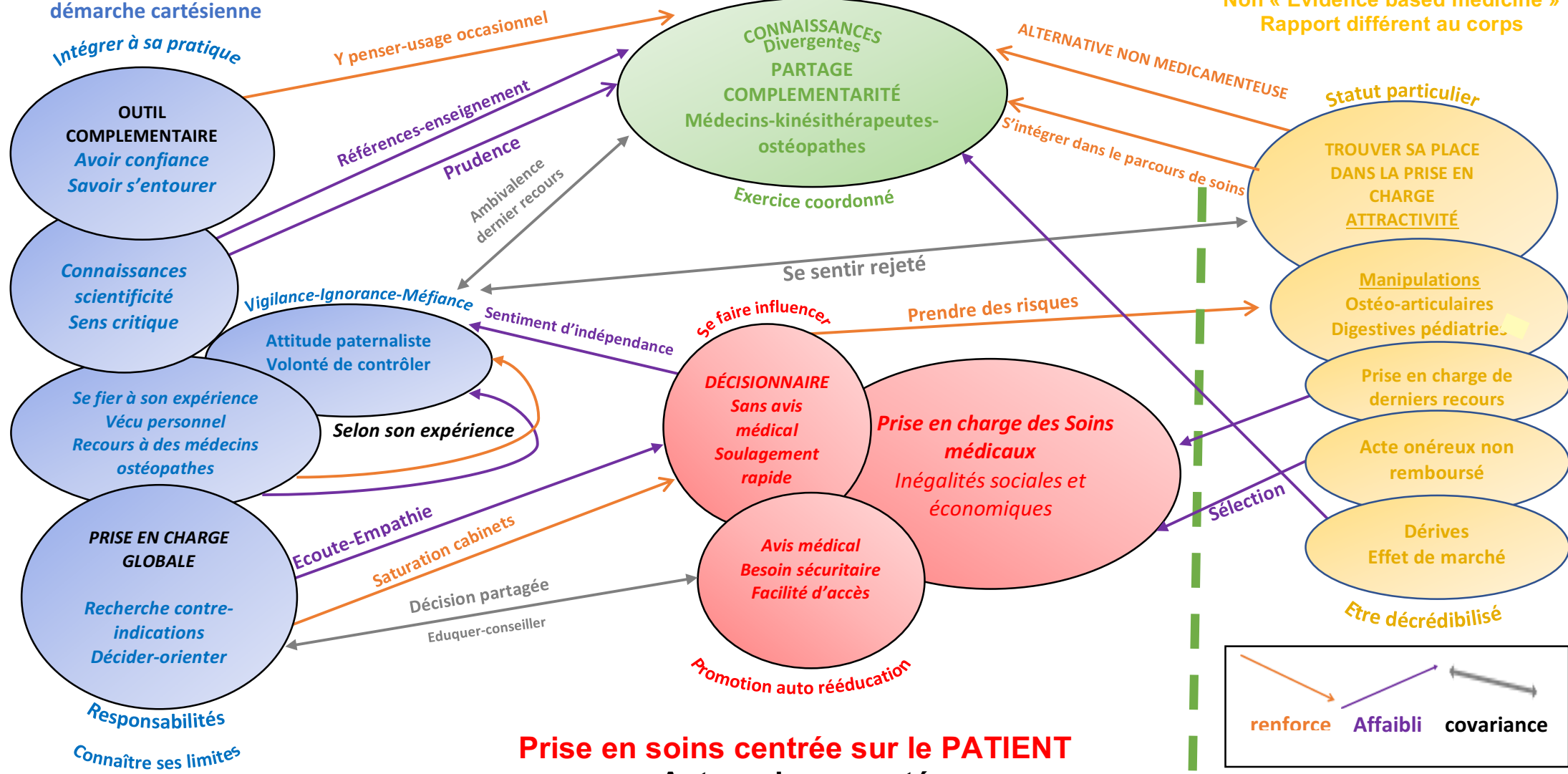
Un médecin évoquait l'intérêt de certains patients pour une thérapeutique alternative présentant un **rapport différent au corps**.

M1 : « c'est aussi une manière de proposer une autre prise en charge où les gens vont être écoutés, [...] qu'on s'occupe d'eux, qu'on les touche, qu'on les palpe, bon et voilà ça leur fait du bien »

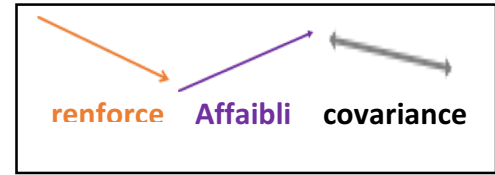
MEDECINS DE SOINS PRIMAIRES
démarche cartésienne

S'impliquer personnellement afin de renforcer la coordination interprofessionnelle

OSTÉOPATHIE
Non « Evidence based medicine »
Rapport différent au corps



Prise en soins centrée sur le PATIENT
Acteur de sa santé



Légende pour le codage axial.

DISCUSSION

I. Résultats principaux

L'ostéopathie s'intègre dans une relation triangulaire entre le médecin, le patient, et l'ostéopathe. Elle est caractérisée par une ambivalence vis-à-vis de la thérapeutique et de ses praticiens.

Le patient se tourne vers l'ostéopathie qui répond à une demande de prise en charge du corps centrée sur le toucher, différente de la médecine conventionnelle. L'ostéopathe, par la facilité d'accès à ses consultations, répond à cette demande. Il n'est pas exclu que cette accessibilité participe à créer la demande elle-même.

Le médecin généraliste, dans une volonté de soulager, inclue l'ostéopathie dans la prise en charge globale du patient. Celui-ci bénéficiera de l'activité de prévention de l'ostéopathe afin de se réapproprier son corps et devenir acteur de sa santé.

Pour le médecin, l'intégration de l'ostéopathie à sa pratique s'inscrit dans une dualité marquée par une volonté de contrôle de la prise en charge, et des réserves liées à une scientificité débattue et une sélection économique des patients. La confiance envers l'ostéopathe impose l'ouverture d'un dialogue entre praticiens dans le but commun d'apporter une aide au patient. Le vécu personnel du médecin influence son recours à l'ostéopathie et ses praticiens, à l'égard de laquelle la prudence reste essentielle.

II. Forces et limites de l'étude

A. Limites

1. Durée des entretiens

La durée moyenne des entretiens était courte : environ quatorze minutes. Une durée de trente minutes à deux heures est jugée optimale d'après le livre « Initiation à la recherche qualitative en santé » de Jean-Pierre Lebeau [17]. Ceci s'explique en partie par le manque de temps des participants avec des créneaux d'entretiens souvent placés entre deux consultations ou sur la pause méridienne.

2. Mode de réalisation des entretiens

Trois entretiens ont été réalisés en visioconférence selon le souhait des participants, occasionnant une perte du langage non verbal et des difficultés d'interaction par écrans interposés. Pour l'un de ces médecins, l'entretien a été interrompu par une coupure de réseau internet.

3. Manque d'expérience du chercheur

Le manque d'expérience du chercheur en recherche qualitative a affecté sa capacité de relance lors des entretiens. Il a pu être difficile pour l'investigateur en temps qu'interne en médecine de se mettre dans une posture de chercheur face à des médecins généralistes expérimentés. Aucun entretien test n'a été réalisé au préalable.

4. Répartition géographique des participants

Aucun des médecins généralistes interviewés n'exerçait en zone rurale. Le secteur de la Côte d'Opale n'était pas représenté.

B. Forces

1. Originalité de l'étude

Il s'agit à notre connaissance de la première étude réalisée auprès des médecins généralistes de la circonscription de Lille à explorer leurs représentations de l'ostéopathie.

Des études similaires ont été menées dans d'autres circonscriptions notamment Amiens [18] et Montpellier [19]. Dans d'autres régions encore, le versant quantitatif avait été étudié [9], [20].

2. Représentativité de l'échantillon

Le recrutement par échantillonnage raisonné théorique a permis de refléter une diversité d'expériences. La parité est respectée et les différentes tranches d'âges représentées. Des médecins généralistes exerçant au contact de praticiens de l'ostéopathie dans leur structure de soin ont été inclus.

3. Recueil des données

La méthode de recueil des données inspirée de la théorisation ancrée a permis une suffisance des données. Les entretiens semi-dirigés compréhensifs ont permis une libre place à l'expression des interlocuteurs. Le guide d'entretien a été évolutif et enrichi au fur et à mesure à la lumière de chaque entretien retranscrit.

4. Triangulation des données

L'ensemble des données a été triangulée avec une autre interne de médecine générale.

5. Grille SRQR

Cette étude a validé 19 critères de la grille SRQR.

III. Discussion autour des résultats principaux

A. Un recours marqué par une volonté de contrôler la prise en charge

Les médecins interrogés au cours de cette étude étaient globalement favorables à l'intégration de l'ostéopathie dans leur pratique quotidienne, sous réserve de contrôler les indications. Ce constat rejoint les résultats de travaux de recherche antérieurs réalisés dans les régions Picardie [18] et Midi-Pyrénées [20].

La confiance est un substratum indispensable dans le choix des professionnels vers qui le médecin traitant oriente ses patients [21]. Cette notion de confiance envers le praticien était récurrente au cours des entretiens, évoquée comme une nécessité pour envisager l'ostéopathie. P. Lecointre notifiait le même besoin en 2019 [22]. Dans cette optique, le médecin généraliste oriente préférentiellement vers un professionnel de santé pratiquant l'ostéopathie (médecin-ostéopathe ou kinésithérapeute-ostéopathe) [9], [22], [23].

Pour la majorité des médecins, l'ostéopathie restait une thérapeutique de dernier recours ; point de vue retrouvé dans la littérature [23]. Ceci peut en partie s'expliquer par l'absence de recommandations claires et franches sur la place de l'ostéopathie dans l'arsenal thérapeutique [15].

B. Ostéopathie et EBM : incompatibles ?

Sont souvent reprochés à l'ostéopathie son manque de scientificité découlant de l'absence de recommandations établies, et son obscurantisme occasionnant certaines dérives [19]. Des formations non standardisées, voire douteuses, sont également mises en jeu [24]. Ces freins étaient également les plus fréquemment évoqués par les médecins au cours de cette étude. Le manque de recommandations était cependant moins souvent cité que dans les travaux de recherche antérieurs.

Les données de la littérature sont contradictoires. En 2021 Nguyen et al. mettaient en évidence une amélioration significative du handicap fonctionnel [11]. En 2016 Licciardone et al. constataient une amélioration significative de la douleur mais pas du handicap fonctionnel [25]. Certaines études ne trouvent quant à elles aucun bénéfice ajouté [12], [26]. Une récente méta-analyse d'essais randomisés concluait à la preuve scientifique d'une efficacité modérée dans les lombalgies sur la diminution des douleurs et sur l'amélioration de la capacité fonctionnelle, mais non suffisante pour conclure à des recommandations formelles [27]. La réalisation d'essais randomisés de qualité reste, par

la nature de la thérapeutique elle-même, limitée par la difficulté à mettre en place un double aveugle et un contrôle par placebo.

C. Le médecin comme juge

Les recommandations sur les indications de l'ostéopathie laissent une large place à l'appréciation du médecin [15]. Les connaissances du médecin sur l'ostéopathie sont souvent limitées [2]. Le manque de formation au cours du cursus universitaire est souvent mis en cause [28]. Dans ces limites, également évoquées au cours de cette étude, le médecin doit juger de l'indication ou non d'ostéopathie pour son patient. Dans cet arbitrage, l'expérience personnelle du médecin vis-à-vis de l'ostéopathie joue un rôle déterminant [29]. Ce facteur était aussi constaté dans ce travail.

La crainte de l'effet indésirable pesait également dans la balance. Certains médecins ignoraient si celle-ci était fondée. Selon le rapport de l'INSERM de 2012, les effets indésirables bénins sont fréquents (exacerbation de la douleur, sensation de raideur), et les effets indésirables graves sont rares mais réels (dissection carotidienne, compression médullaire) [30].

Le contexte socio-économique du patient était pris en compte, l'ostéopathie étant une thérapeutique non prise en charge par l'assurance maladie [31]. L'aspect financier est souvent cité comme frein principal à la recommandation d'ostéopathie aux patients [18], [32].

Le médecin place donc le patient au centre de sa réflexion, dans l'objectif avant tout de le soulager. Il prend en compte ses particularités physiques, psychologiques et sociales ; le tout s'inscrivant dans une prise en charge globale où l'indication de l'ostéopathie s'adapte à chaque patient.

D. Un patient en demande

La majorité des médecins interrogés au cours de cette étude proposaient de l'ostéopathie spontanément. Certains au contraire n'y avaient recours que sur demande du patient. En 2020, F. Wengrow concluait à l'issue de son travail de recherche que le patient était le principal vecteur de recours à l'ostéopathie [2].

Les médecines alternatives sont attractives pour les patients. Au cours d'une étude menée en 2022, 54% des répondants y avaient eu recours au cours des douze mois précédents, dont 44.7% pour de l'ostéopathie [33]. Le patient consulte l'ostéopathe en première intention car il y bénéficie d'une prise en charge centrée sur le toucher et une approche globale du corps, qui lui semble mieux traiter la cause que les médicaments antalgiques [34].

L'ostéopathe accorde un temps de consultation plus important que le médecin [35] au cours duquel le patient se sent écouté. Cette prise en charge de la composante émotionnelle de la douleur amenait N. Thierry et A. Leclercq à constater, à l'issue de leur travail de thèse réalisé auprès de patients lombalgiques chroniques, que les patients étaient satisfaits de la prise en charge de l'ostéopathe même en l'absence de disparition des douleurs [36]. Ceci rejoint la théorie exprimée par certains médecins au cours de ce travail sur l'ostéopathie et son approche du corps comme réponse aux besoins de certains patients pour lesquels la plainte dépasse le champ du physique. Selon le Registre des Ostéopathes de France et l'OMS, il s'agit de la définition même de l'ostéopathie : « une compréhension globale du patient prenant en compte les relations entre le corps, l'esprit, la raison, la santé et la maladie » [37],[38].

Depuis 2010, le nombre de praticiens utilisant le titre d'ostéopathe est en constante augmentation selon un rapport de la Compagnie des Experts Judiciaires Ostéopathes Exclusifs (CEJOE) de 2018 [3]. Il est possible que l'exposition du patient à cette offre croissante entraîne une demande.

E. Une place dans le parcours de soin

La majorité des patients considère l'ostéopathie et la médecine comme complémentaires [34]. Les médecins interrogés par A. Bal-Fontaine en 2021 évoquaient également cette complémentarité [18]. Il s'agit d'une notion évoquée par la majorité des participants de cette étude.

Ce constat sous-entend une réelle place pour l'ostéopathie dans le parcours de soin du patient, sous réserve d'une sélection des indications. L'ostéopathe propose une approche différente du patient et de sa pathologie. Le médecin se sent limité par ses compétences dans la prise en charge des pathologies ostéo-articulaires [39], et tend à se reposer sur d'autres praticiens. Pour certains cadres nosologiques, le patient se sent soulagé plus rapidement et plus durablement par l'ostéopathie que par la kinésithérapie qui demande plusieurs séances [34]. Cette croyance était partagée par certains médecins interrogés au cours de ce travail.

Le temps accordé à la consultation est central. Certains estiment qu'il permet à l'ostéopathe de proposer une prise en charge plus globale du patient [18], idée soutenue par plusieurs des participants.

IV. Perspectives

A. Vers un encadrement des pratiques

L'ostéopathie dispose en France d'interlocuteurs aux formations différentes : les ostéopathes D.O. dits « exclusifs », les kinésithérapeutes-ostéopathes, les médecins-ostéopathes, et plus accessoirement les infirmiers-ostéopathes et les sages-femmes-ostéopathes [40]. L'exercice des professionnels de santé titulaires d'un DU ou DIU de médecine manuelle ostéopathie (MMO) est la seule pratique d'ostéopathie reconnue par le Conseil de l'Ordre des Médecins [41].

Cette diversité de formations entretient une certaine appréhension des médecins vis-à-vis de l'ostéopathie, dans un contexte où les recommandations restent floues.

L'ostéopathe peut cependant se révéler être une aide déterminante dans la prise en charge du patient, principalement pour les pathologies ostéo-articulaires. Le patient lui-même a recours à l'ostéopathie souvent sans consultation médicale préalable.

Il pourrait être intéressant d'envisager un encadrement des pratiques de l'ostéopathie au même titre que les professions paramédicales (kinésithérapeute, psychologue...). Cependant, conditionner l'ostéopathie par une prescription médicale placerait le médecin en unique censeur d'une pratique qu'il maîtrise peu [2],[23]. Il est à attendre que les praticiens de l'ostéopathie y seraient opposés. Une telle réglementation pourrait aussi occasionner un travail supplémentaire pour les médecins généralistes dans le contexte d'une médecine de ville déjà surchargée [42].

Une uniformisation des formations à l'ostéopathie, et un contrôle des conditions d'accès au diplôme d'ostéopathe apporteraient également une certaine réassurance.

B. Vers une formation des médecins généralistes

Plusieurs médecins interviewés au cours de ce travail déploraient d'avoir appris le recours à l'ostéopathie au contact direct du patient. Etait évoqué un manque de formation aux soins de support d'utilité courante en médecine de ville.

Une étude menée auprès de médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais en 2019 révélait que 48.2% des répondants estimaient utile une formation minimale sur les indications courantes. 57.5% d'entre eux pensaient que cette formation devait avoir lieu pendant le DES de Médecine Générale [28]. Une étude similaire menée dans le Gard en 2022 retrouvait des résultats similaires [23].

L'ostéopathie est une thérapeutique plébiscitée par les patients dont l'essor est croissant. Le médecin généraliste est le premier interlocuteur du patient. Fournir une formation aux

futurs médecins généralistes sur les indications, risques potentiels et limites de l'ostéopathie pourrait être profitable.

Il serait pertinent d'élargir cette formation à l'ensemble des pratiques complémentaires (sophrologie, chiropraxie, acupuncture...). Un travail de recherche de 2020 mené auprès de médecins généralistes français dévoilait que 85% des répondants avaient recommandé une thérapie alternative à leur patientèle au cours de l'année écoulée [43]. L'objectif serait de fournir aux internes de médecine générale les outils de réflexion suffisants pour répondre aux interrogations du patient.

C. Vers une revalorisation de la consultation de médecine générale

Le facteur temps joue un rôle essentiel dans l'attrait de l'ostéopathie pour les patients. La séance d'ostéopathie dure en moyenne quarante-cinq minutes [35]. La consultation de médecine générale dure en moyenne seize minutes [44]. Sur ce temps de consultation, le médecin doit écouter la plainte du patient, l'examiner, expliquer la prise en charge proposée, préparer les documents requis (ordonnances, certificats...). Le médecin généraliste, souvent travailleur indépendant, gestionnaire de son entreprise, fait face à une nécessité de rentabilité liée à l'activité. Une revalorisation de la consultation de médecine générale, sujet majeur d'actualité [45],[46], en incitant à allonger le temps de consultation, permettrait d'apporter satisfaction et soulagement au patient.

Une étude qualitative de 2020 montrait que l'interaction médecin-patient, au travers de son écoute et de sa disponibilité, jouait un rôle plus important dans la satisfaction du patient que le temps de consultation [47]. C'est alors qu'un travail sur l'utilisation du temps de consultation, en réduisant la charge administrative pour accorder plus d'attention à la personne, semble intéressant.

CONCLUSION

L'ostéopathie est une thérapeutique controversée source d'ambivalence chez les médecins généralistes, entre volonté d'intégration contrôlée et prudence nécessaire.

Les médecins sont dans l'ensemble favorables à l'usage de l'ostéopathie dans leur pratique courante, sous réserve de disposer de praticiens de confiance. Dans la limite de ses connaissances, le médecin sélectionne les indications. Elles sont principalement ostéo-articulaires, l'ostéopathie intervenant sur le versant rééducatif de la pathologie à travers une attitude antalgique et préventive, souvent en dernier recours.

Pour le médecin, l'ostéopathie s'intègre dans une prise en charge globale du patient. La proposition d'ostéopathie est le fruit d'une réflexion où les spécificités de chaque patient et le vécu personnel du médecin vis-à-vis de la thérapeutique sont déterminants.

Dans un raisonnement fondé sur l'EBM, la scientificité de l'ostéopathie interroge. L'ostéopathie reste intégrée aux médecines dites « parallèles, alternatives ».

Le médecin fait face à un patient en demande. Un rapport au corps différent et une thérapeutique centrée sur le toucher sont en cause. Le temps accordé au patient est essentiel. Ne peut être exclu cependant le rôle de l'offre croissante.

Un encadrement des pratiques ostéopathiques, notamment via une standardisation des formations, rassurerait les médecins. Une formation minimale des médecins aux thérapeutiques alternatives serait intéressante dans une optique de dialogue avec les patients. Se pose la question de la revalorisation de la consultation de médecine générale qui en permettant un allongement du temps consacré au patient ouvrirait le médecin à plus de disponibilité.

Des études quantitatives seraient intéressantes pour explorer sur une population plus large de médecins généralistes les axes motivationnels et restrictifs exposés par ce travail.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Académie Nationale de Médecine. Thérapeutiques manuelles : manipulations vertébrales et leurs dérivés : chiropraxie, étio-pathie. Bull. Acad. Natle. Méd. 1987;171 (7):945-951. [En ligne]. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6264212g/f157.item> Consulté le 29 juillet 2022
- [2] Wengrow F. Evaluation des perceptions concernant l'orientation vers l'ostéopathie chez les patients souffrant de lombalgie chronique commune. Enquête qualitative auprès de médecins généralistes du Val-de-Marne. Thèse de médecine. Université Paris-Est Créteil; 2020, 66p. Disponible sur: https://athena.u-pec.fr/view/delivery/33BUCRET_INST/12129459920004611
- [3] URCO, Union pour la Recherche Clinique en Ostéopathie. Etude statistique du métier d'ostéopathe en 2018 - (EMOst 2018) [En ligne]. Disponible sur: <http://www.lejournal.osteopathie-recherche.fr/index.php/statistiques-sondages/emost-2018-etude-du-metier-d-osteopathe-en-2018>. Consulté le 13 février 2022.
- [4] Marchand O, Seigneurin A, Chermand D, Boussat B, François P. Développement et fonctionnement des maisons de santé pluri-professionnelles dans la région Rhône-Alpes. Santé Publique. 2015; 27(4):539-46
- [5] Casiez J. Création d'une fiche d'informations destinée aux médecins généralistes sur l'ostéopathie chez l'adulte en France. Thèse de médecine. Université Lille 2 Droit et Santé; 2016, 43p. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/RESTREINT/Th_Medecine/2016/2016LIL2M404.pdf
- [6] Gaillard G. Prescription de l'ostéopathie : création d'un outil d'information par la méthode Delphi. Thèse de médecine. Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2021, 77p.
- [7] Mortelecque B. Ressenti des médecins généralistes de France sur la nécessité d'acquérir des compétences diagnostiques ostéopathiques pour une bonne pratique de la

médecine générale. Thèse de médecine. Université Lille 2 Droit et Santé; 2017, 27p.
Disponible sur: https://pepите.univ-lille.fr/ori-oai-search/advanced-search.html?search=true&userChoices%5Bsimple_all%5D.simpleValueRequestType=default&submenuKey=advanced&menuKey=all&userChoices%5Bsimple_all%5D.simpleValue=ost%C3%A9opathie

[8] Genuyt B. Apport de la médecine manuelle ostéopathique dans la prise en charge des pathologies ostéo-articulaires en médecine générale. Thèse de médecine. Université de Bretagne occidentale; 2017, 106p. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01584087/document>

[9] Loiselet P. Étude de la perception des patients et des médecins libéraux concernant l'ostéopathie en Basse Normandie. Thèse de médecine. Université de Caen Normandie; 2019, 65p. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02500797/document>

[10] Rotter G, Binting S, Tissen-Diabaté T, Ortiz M, Brinkhaus B. Osteopathic Medicine in Four Chronic Musculoskeletal Pain Diseases: An Observational Trial with Follow-Up. *Complement Med Res.* 19 août 2021; 1–14

[11] Nguyen C, Boutron I, Zegarra-Parodi R, Baron G, Alami S, Sanchez K, et al. Effect of Osteopathic Manipulative Treatment vs Sham Treatment on Activity Limitations in Patients With Nonspecific Subacute and Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine.* 1 mai 2021; 181(5):620–30

[12] Thomas JS, Clark BC, Russ DW, France CR, Ploutz-Snyder R, Corcos DM, et al. Effect of Spinal Manipulative and Mobilization Therapies in Young Adults With Mild to Moderate Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open.* 5 août 2020; 3(8):1-12

[13] Raginel T, Lebailly F. Indications de l'ostéopathie en soins primaires. *Exercer.* 2014; 25(115):44–5

- [14] Franke H, Franke JD, Fryer G. Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskelet Disord. 30 août 2014; 15:286
- [15] Haute Autorité de Santé. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune 2019. [En ligne] Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/reco315_rapport_lombalgie_2019_04_02.pdf. Consulté le 20 juin 2022.
- [16] Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve : deboeck supérieur; 2014, 149p.
- [17] Lebeau JP. Initiation à la recherche qualitative en santé. Saint-Cloud : Global Média Santé & CNGE; 2021, 192p.
- [18] Bal-Fontaine A. Le ressenti des médecins généralistes de l'Aisne, l'Oise et la Somme face au développement de l'ostéopathie. Thèse de médecine. Université de Picardie Jules Verne; 2021, 76p. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03352358>
- [19] Voltz C. Représentations du médecin généraliste sur l'ostéopathie: enquête qualitative. Thèse de médecine. Université de Montpellier; 2015, 61p. Disponible sur: <http://www.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/nomem.jsp?NOMEM=2015MONT1040>
- [20] Babled C. Le médecin généraliste et l'ostéopathie : évaluation du recours aux manipulations vertébrales par les médecins généralistes dans la lombalgie aiguë commune en Midi-Pyrénées. Thèse de médecine. Université de Toulouse III - Paul Sabatier; 2014, 52p. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/576/>
- [21] Sejourne E, Pare F, Moulévrier P, Tanguy M, Serge F. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes. Pratiques et Organisation des Soins. 01 janvier 2010; 41(4):331-40
- [22] Lecointre P. Prise en charge de la lombalgie commune et intérêt de l'ostéopathie : analyse de la pratique des médecins généralistes en Seine-Maritime. Thèse de médecine.

Université de Rouen Normandie; 2019, 93p. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/view/index/docid/2073789>

[23] Lagièrre M. Evaluation auprès des médecins généralistes de leurs connaissances et attentes en matière de formation concernant la médecine manuelle ostéopathique. Thèse de médecine. Université de Montpellier; 2022, 139p. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03765726>

[24] Binson R. Les freins à la prescription de l'ostéopathie en médecine générale. Etat des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes libéraux et internes en médecine générale. Université de Poitiers; 2014, 63p. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/cd863951-f30b-4871-97ca-7ffbfb2e3c15>

[25] Licciardone JC, Gatchel, Robert J., Subhash Aryal. Recovery From Chronic Low Back Pain After Osteopathic Manipulative Treatment: A Randomized Controlled Trial. J Am Osteopath Assoc. mars 2016;116(3):144-55

[26] Rubinstein SM, Zoete A de, Middelkoop M van, Assendelft WJJ, Boer MR de, Tulder MW van. Benefits and harms of spinal manipulative therapy for the treatment of chronic low back pain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 13 mars 2019;364:l689.

[27] Bodoule Sosso Z. Revue systématique de la littérature: évaluation de l'efficacité de l'ostéopathie dans les lombalgies communes. Thèse de médecine. Université de Picardie Jules Verne; 2022, 57p.

[28] Haddadi D. Formation des médecins généralistes à l'ostéopathie : réelle demande des médecins ou gadget inutile. Thèse de médecine. Université de Lille; 2019, 46p. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-11939>

[29] Paule F. L'ostéopathie: thérapie complémentaire dans la prise en charge des lombalgies aiguës, connaissances et intérêt des médecins généralistes des Bouches-du-

Rhône. Thèse de médecine. Université d'Aix-Marseille; 2019, 67p. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02273121>

[30] Barry C, Falissard B. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie – 2012. Inserm, La science pour la santé. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/rapport/evaluation-de-lefficacite-de-la-pratique-de-losteopathie-2012/>. Consulté le 01 janvier 2023.

[31] Assurance Maladie. Ce qui est remboursé. ameli.fr | Assuré [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/remboursements/rembourse>. Consulté le 04 janvier 2023.

[32] Celorico EP. Place de l'ostéopathie dans la prise en charge des lombalgies aiguës communes en médecine générale : étude qualitative auprès de médecins seinomarins. Thèse de médecine. Université de Rouen Normandie; 2018, 132p. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01902446>

[33] Daragon F. Le recours aux thérapeutes alternatifs en France : quels thérapeutes alternatifs sont consultés et dans quelles proportions. Thèse de médecine. Université de Grenoble; 2022, 66p. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03698142/document>

[34] Jacquemart C, Schroeder E. Déterminants du recours à l'ostéopathie en première intention : enquête auprès de la patientèle d'ostéopathes exclusifs en Haute-Garonne et Hautes-Pyrénées. Thèse de médecine. Université de Toulouse Paul Sabatier; 2017, 52p. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1722/>

[35] Syndicat Français Des Ostéopathes (SFDO). Combien de temps dure une consultation. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.osteopathe-syndicat.fr/consultation-osteopathe>. Consulté le 05 janvier 2023.

[36] Thierry N, Leclercq A. Exploration du soulagement ressenti par des patients lombalgiques chroniques pris en charge par des ostéopathes: quelle place pour les

facteurs psychosociaux. Thèse de médecine. Université d'Angers; 2014, 70p. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20031643/2014MCEM3147/fichier/3147F.pdf>

[37] Registre des Ostéopathes de France (ROF) - Association ostéopathie. Définition et concept. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.osteopathie.org/88-decouvrez-l-osteopathie-definition-et-concept.html>. Consulté le 01 janvier 2023.

[38] Syndicat Français Des Ostéopathes (SFDO). L'ostéopathie, définition selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). [En ligne]. Disponible sur: <https://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathie-definition-oms>. Consulté le 01 janvier 2023.

[39] Ferrarini J. Ostéopathie en Médecine Générale : connaissances et pratiques dans la prise en charge des pathologies ostéo-articulaires par les médecins généralistes dans la région PACA. Thèse de médecine. Université d'Aix-Marseille; 2021, 81p. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03475064>

[40] Registre des Ostéopathes de France (ROF) - Association ostéopathie. Qui est ostéopathe en France. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.osteopathie.org/qui-osteopathe.html>. Consulté le 06 janvier 2023.

[41] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Webzine n°3 : quelle place pour les médecines complémentaires. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/webzine/2015-07/www/index.html#/page-4>. Consulté le 06 janvier 2023.

[42] Jakoubovitch S et al. Les emplois du temps des médecins généralistes. 2012. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). [En ligne]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-emplois-dutemps-des-medecins-generalistes>

[43] Lebeugle A. État des lieux du recours personnel et professionnel aux médecines alternatives et complémentaires, chez les professionnels de santé: étude quantitative transversale auprès de médecins généralistes. Thèse de médecine. Université de

Grenoble; 2020, 96p. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03085499/document>

[44] Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. 2006
màj 2020. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
(DREES). [En ligne]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>. Consulté le 09
janvier 2023.

[45] Grève des médecins : surcharge de travail, pesanteurs administratives... les raisons
d'un ras-le-bol. Le Parisien. 26 déc 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.leparisien.fr/societe/sante/greve-des-medecins-surcharge-de-travail-pesanteurs-administratives-les-raisons-dun-ras-le-bol-26-12-2022-FHKI5UC63VEZPDJFWT7KWW3H3I.php>. Consulté le 06 janvier 2023.

[46] Grève des médecins libéraux : les raisons d'un « front commun historique ». Le
Monde. 1 déc 2022. [En ligne]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/12/01/greve-des-medecins-liberaux-les-raisons-d-un-front-commun-historique_6152456_3224.html. Consulté le 06 janvier 2023.

[47] Auge S, Gonsolin M. Durée de consultation et satisfaction en médecine générale :
point de vue du médecin et du patient. Thèse de médecine. Université d'Aix-Marseille;
2020, 80p. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02923503>

ANNEXES

Annexe n°1 : Lettre d'information aux médecins

BECQUES Eleona
eleona.becques.etu@univ-lille.fr
06.70.56.37.03

Bonjour,

Je suis Eleona Becques, interne en médecine générale.
Dans le cadre de ma thèse, je réalise des entretiens semi-dirigés sur l'ostéopathie en médecine générale. Il s'agit d'une recherche scientifique qualitative ayant pour but d'étudier les pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de l'ostéopathie.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être médecin généraliste (installé ou remplaçant), exerçant en ambulatoire dans le Nord-Pas-de-Calais, et ne pas exercer vous-même l'ostéopathie ou la mésothérapie.

Les entretiens seront anonymisés et enregistrés par dictaphone afin de permettre leur analyse.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment. Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant. Aussi, pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2022-177 au registre des traitements de l'Université de Lille. Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr . Sans réponse de leur part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Je vous remercie vivement de votre participation.
Pour accéder aux résultats de l'étude, vous pouvez me contacter à l'adresse mail suivante : eleona.becques.etu@univ-lille.fr .

Bien cordialement,

Eleona Becques

GUIDE D'ENTRETIEN

Question brise-glace :

Que vous évoque l'ostéopathie dans votre pratique quotidienne ?

Si réponse se tarit rapidement : Quand avez-vous pour la dernière fois orienté un patient vers un ostéopathe ?

Si n'élabore pas spontanément : Dans quel contexte ?

SI OUI, ORIENTE :

Quelle sont vos motivations à l'orientation des patients vers l'ostéopathie ?

Vers qui orientez-vous vos patients dans ce cas ? **Pas de nom demandé, objectif savoir si oriente vers qqn qu'il connaît (ostéo dans la MSP...) ou simplement recommandation de voir un ostéo**

Dans quelles indications orientez vous vers un ostéopathe ?

Si lombalgie chronique non évoquée : Qu'en est-il de la lombalgie chronique ?

Quelles sont vos réserves vis-à-vis de l'ostéopathie ?

Réorientation vers « questionnaire n'oriente pas »

SI NON, N'ORIENTE PAS :

Quels sont vos freins à l'orientation vers un ostéopathe ?

Laisser l'interlocuteur parler

Quelles sont vos alternatives en général (*pas de contexte clinique précis avancé, laisser parler l'interlocuteur*) ? (Kiné ? Traitement purement antalgique, pas de traitement fonctionnel ?)

Plus spécifiquement, que proposez-vous généralement aux patients lombalgiques chroniques ?

Ouverture :

Aimeriez-vous partager / ajouter autre chose sur le sujet ?

Questions d'ordre personnel (caractéristiques de la population interrogée) :

- Age
- Genre
- Année d'installation
- Lieu d'exercice (urbain, rural, semi-rural) + (seul, MSP, cabinet de groupe)
- Qualifications complémentaires (DU / capacités...) *Sachant toute qualification impliquant la MMO ou la mésothérapie sera d'emblée exclue pour un entretien (donc sera demandé lors du premier contact).*
- Y a-t-il des ostéopathes installés dans le secteur ?

Clôture :

Souhaitez-vous être tenu informé des résultats de ma thèse ?

Connaissez-vous d'autres médecins généralistes susceptibles d'accepter cet entretien semi-dirigé ?

GUIDE D'ENTRETIEN

Question brise-glace :

Que vous évoque l'ostéopathie dans votre pratique quotidienne ?

Si réponse se fait rapidement : Quand avez-vous pour la dernière fois orienté un patient vers un ostéopathe ?

Si n'élabore pas spontanément : Dans quel contexte ?

SI OUI, ORIENTE :

Motivations ?

Professionnel connu ?

Pas de nom demandé, objectif savoir si oriente vers qqn qu'il connaît (ostéo dans la MSP...) ou simplement recommandation de voir un ostéo

Indications ?

Si lombalgie chronique non évoquée : Lombalgie chronique ?

Place dans le parcours de soin [en rééducation] ?

Réserves ?

Réorientation vers « questionnaire n'oriente pas »

SI NON, N'ORIENTE PAS :

Freins ?

Laisser l'interlocuteur parler

Alternatives ?

*(pas de contexte clinique précis avancé, laisser parler l'interlocuteur)
(Kiné ? Traitement purement antalgique, pas de traitement fonctionnel ?)*

Plus spécifiquement, que proposez-vous généralement aux patients

lombalgiques chroniques ?

Ouverture :

Aimeriez-vous partager / ajouter autre chose sur le sujet ?

Questions d'ordre personnel (caractéristiques de la population interrogée):

- Age
- Genre
- Année d'installation
- Type de secteur (urbain, rural, semi-rural)
- Mode d'exercice (seul, MSP AVEC OU SANS ostéo, cabinet de groupe)
- Qualifications complémentaires (DU / capacités...)
- Démographie ostéo du secteur ? (Riche/pauvre/moyen ?)
- Niveau socio-économique de la patientèle

Clôture :

Souhaitez-vous être tenu informé des résultats de ma thèse ?

Connaissez-vous d'autres médecins généralistes susceptibles d'accepter cet entretien semi-dirigé ?

GUIDE D'ENTRETIEN

Question brise-glace :

Que vous évoque l'ostéopathie dans votre pratique quotidienne ?

Si réponse se tarit rapidement : Quand avez-vous pour la dernière fois orienté un patient vers un ostéopathe ?

Si n'élabore pas spontanément : Dans quel contexte ?

SI OUI, ORIENTE :

Motivations ?

Professionnel connu ?

Pas de nom demandé, objectif savoir si oriente vers qqn qu'il connaît (ostéo dans la MSP...) ou simplement recommandation de voir un ostéo

Indications ?

Si lombalgie chronique non évoquée : Lombalgie chronique ?

Place dans le parcours rééducatif du patient ?

Réserves ?

Ostéopathie et enseignement à la fac ? Indications, place dans les soins de support, intérêt...

SI NON, N'ORIENTE PAS :

Freins ?

Laisser l'interlocuteur parler

Alternatives ?

(Evoquer les travaux de recherche précédents pour justifier cette question)

Plus spécifiquement, que proposez-vous généralement aux patients **lombalgiques chroniques ?**

Ouverture :

Aimeriez-vous partager / ajouter autre chose sur le sujet ?

Questions d'ordre personnel (caractéristiques de la population interrogée) :

- Age
- Genre
- Année d'installation
- Type de secteur (urbain, rural, semi-rural)
- Mode d'exercice (seul, MSP AVEC OU SANS ostéo, cabinet de groupe)
- Qualifications complémentaires (DU / capacités...)
- Démographie ostéo du secteur ? (Riche/pauvre/moyen ?)
- Niveau socio-économique de la patientèle

Clôture :

Souhaitez-vous être tenu informé des résultats de ma thèse ?

Connaissez-vous d'autres médecins généralistes susceptibles d'accepter cet entretien semi-dirigé ?

GUIDE D'ENTRETIEN

Question brise-glace :

Que vous évoque l'ostéopathie dans votre pratique quotidienne ?

Si réponse se tarit rapidement : Quand avez-vous pour la dernière fois orienté un patient vers un ostéopathe ?

Si n'élabore pas spontanément : Dans quel contexte ?

SI OUI, ORIENTE :

Motivations ?

Professionnel connu ? Insister sur l'importance de la confiance si non évoqué

Indications ?

Place dans le parcours rééducatif du patient ?

**En quoi votre expérience personnelle influence-t-elle votre prescription/
recommandation d'ostéopathie aux patients ?**

Réserves ?

SI NON, N'ORIENTE PAS :

Freins ?

Laisser l'interlocuteur parler (**Mauvaise expérience perso ? Problème
d'uniformité des recos ? Crainte pour sa réputation ?**)

Alternatives ?

(**Evoquer les travaux de recherche précédents pour justifier cette
question**)

**Plus spécifiquement, que proposez-vous généralement aux patients
dans le cadre des pathologies ostéo-articulaires ?**

Ouverture :

Aimeriez-vous partager / ajouter autre chose sur le sujet ?

Questions d'ordre personnel (caractéristiques de la population interrogée) :

- Age
- Genre
- Année d'installation
- Type de secteur (urbain, rural, semi-rural)
- Mode d'exercice (seul, MSP AVEC OU SANS ostéo, cabinet de groupe)
- Qualifications complémentaires (DU / capacités...)
- Démographie ostéo du secteur ? (Riche/pauvre/moyen ?)
- Niveau socio-économique de la patientèle

Clôture :

Souhaitez-vous être tenu informé des résultats de ma thèse ?

Connaissez-vous d'autres médecins généralistes susceptibles d'accepter cet entretien semi-dirigé ?

GUIDE D'ENTRETIEN

Question brise-glace :

Que vous évoque l'ostéopathie dans votre pratique quotidienne ?

Si réponse se tarit rapidement : Quand avez-vous pour la dernière fois orienté un patient vers un ostéopathe ?

Si n'élabore pas spontanément : Dans quel contexte ?

SI OUI, ORIENTE :

Motivations ?

Professionnel connu ? Insister sur l'importance de la confiance si non évoqué

Indications ?

Place dans le parcours rééducatif du patient ?

**En quoi votre expérience personnelle influence-t-elle votre prescription/
recommandation d'ostéopathie aux patients ?**

Réserves ?

Importance des **examens complémentaires** pré-consultation ostéo ?

SI NON, N'ORIENTE PAS :

Freins ?

Laisser l'interlocuteur parler (**Mauvaise expérience perso ? Problème
d'uniformité des recos ? Crainte pour sa réputation ?**)

Alternatives ?

(**Evoquer les travaux de recherche précédents pour justifier cette
question**)

**Plus spécifiquement, que proposez-vous généralement aux patients
dans le cadre des pathologies ostéo-articulaires ?**

Ouverture :

Aimeriez-vous partager / ajouter autre chose sur le sujet ?

Questions d'ordre personnel (caractéristiques de la population interrogée) :

- Age
- Genre
- Année d'installation
- Type de secteur (urbain, rural, semi-rural)
- Mode d'exercice (seul, MSP AVEC OU SANS ostéo, cabinet de groupe)
- Qualifications complémentaires (DU / capacités...)
- Démographie ostéo du secteur ? (Riche/pauvre/moyen ?)
- Niveau socio-économique de la patientèle

Clôture :

Souhaitez-vous être tenu informé des résultats de ma thèse ?

Connaissez-vous d'autres médecins généralistes susceptibles d'accepter cet entretien semi-dirigé ?

Annexe n°4 : Journal de bord

Le choix du sujet :

17/11/2021 - *rétrospective sur le choix du sujet : mon dir de thèse m'a dit lors de notre premier entretien de consigner mes pensées...* :

J'ai commencé à réfléchir au sujet de thèse pendant mon N1 au premier semestre, il s'agissait pour moi d'une source de stress car j'avais initialement compris sur le calendrier perpétuel du DMG qu'il fallait rendre la fiche de thèse fin août soit milieu du deuxième semestre... Et avec l'adaptation à l'internat, la découverte des RSCA... Je me sentais pressée.

J'ai réfléchi à plusieurs sujets : l'ostéopathie en medg, le ressenti des medg à l'institutionnalisation de leurs patients âgés, la rémunération en medg...

Finalement du fait de mon vécu personnel, le sujet de l'ostéopathie m'intéressait plus, et je le trouvais plus pertinent.

En effet, depuis mon plus jeune âge, mes parents m'ont emmenée consulter un ostéopathe de façon régulière. Je faisais en effet beaucoup de sport et d'activité d'extérieur, et je connaissais cette thérapeutique comme une façon « de remettre les choses en place » ; une visée plutôt ostéo-articulaire donc.

Lorsque j'ai débuté les études de médecine, j'ai senti une certaine hostilité vis-à-vis de l'ostéopathie chez les praticiens qui m'entouraient. Je me souviens avoir posé la question du « pourquoi » à un interne d'orthopédie lorsque j'assistais à des consultations avec lui en tant qu'externe. Il m'a rapporté des interférences avec leurs propres prises en charge, des immobilisations qui n'étaient pas respectées... Un peu plus tard, ce furent les urgentistes qui me parlèrent de dissections carotidiennes, de fractures pathologiques post-manipulation. Et toujours ce mot : charlatanisme.

Ayant moi-même eu une bonne expérience avec l'ostéopathe qui me suivait depuis l'enfance, et ce même après être entrée en faculté de médecine et avoir acquis un « regard médical », cette hostilité m'a interpellée.

Journal de Bord

J'ai abordé le sujet avec mes praticiens de stage N1 et là encore, une grande disparité d'opinions et d'expériences.

Cette réflexion sur le sujet et la façon dont je voulais y répondre m'a pris presque un an : j'ai commencé à réfléchir à la thèse au début du N1 au premier semestre, j'y ai consacré de la réflexion tout au long du semestre, puis au cours du deuxième semestre. Le sujet se précisait de plus en plus. Je me suis alors mise en quête d'un directeur de thèse pour me guider.

La recherche du directeur de thèse :

17/11/2021 - *rétrospective sur la recherche du directeur de thèse : mon dir de thèse m'a dit lors de notre premier entretien de consigner mes pensées...*

Je ne savais pas comment chercher un directeur de thèse... Je connais un seul medg dans mon entourage à qui j'ai proposé le sujet mais il est déjà débordé et ne se sentait pas capable de m'encadrer car non formé (ce que je comprends)... J'étais dans le flou. Où chercher ? À qui demander ? J'ai pensé à mes praticiens N1 mais parmi eux, aucun n'était à même d'assumer cette responsabilité (manque d'intérêt, retraite proche...). Mon contact avec la médecine générale était d'ores et déjà fortement réduit puisque je m'apprêtais à passer 3 semestres consécutifs en milieu hospitalier...

Je remets la main début octobre 2021 sur la liste du CNGE des médecins généralistes acceptant des thésards. J'envoie une dizaine de mails et, après 3 semaines d'attente, je reçois 3 réponses de médecins me signifiant qu'ils sont retraités et ne peuvent donc pas assumer cette responsabilité. Je commence à désespérer. Je suis bloquée sur mon sujet, je ne sais pas quelle direction prendre ni pas où commencer. Et à quoi bon commencer si personne ne peut soutenir mon sujet avec moi ?

Grosse colère. On nous laisse vraiment nous débrouiller pour les seuls trucs qui importent vraiment. Il n'y a vraiment qu'en médecine G qu'on nous laisse galérer comme ça. Mes co internes de spé ne sont clairement pas dans ce cas-là. Ça m'agace.

Je refais une nouvelle tentative avec une série de dix nouveaux mails toujours tirés du vieil Excel non à jour du CNGE. Et là miracle ! Une réponse dans la journée pour s'appeler le soir-même.

Lors de l'appel, Dr Cauet se dit très intéressé. Je suis très contente et surtout soulagée. Première impression positive : il m'a bien expliqué les choses, m'a donné un guide de travail avec les premières étapes de la recherche sans me donner toutes les réponses. C'est carré, comme j'aime. Merci. Au travail.

De la bibliographie à la question de recherche :

20/11/2022 : Je commence la biblio. Je suis sur Pepite à la recherche des thèses sur l'ostéopathie déjà produites à Lille. J'en trouve trois, intéressantes mais anciennes (2016) et pas sur celui que je souhaite aborder. Ouf, mon sujet reste pertinent. Je prends des notes.

27/11/2022 : Je suis à présent sur SUDOC. Beaucoup plus de documentation. C'est intéressant. Beaucoup de quanti. Très peu de quali. Encore une fenêtre pour moi. Je continue mes petites notes.

Je ne peux pas lire plus de 3 thèses ou articles sur la journée, ça me fatigue et au bout d'un moment je mélange tout, mon attention décroît. Ok faisons plus souvent mais moins histoire d'y comprendre quelque chose.

29/01/2022 : Je réécris un peu dans ce journal de bord, on m'a dit que c'était important. J'ai terminé le tour de Sudoc en remontant jusqu'à 2014 en décembre, puis j'ai été prise dans les gardes et je n'ai pas réussi à me remettre dans la thèse avant mes congés.

Après du repos à la montagne, on s'y remet. Objectif fiche de thèse avant la fin du semestre.

C'est parti pour Google Scholar et Pubmed à la recherche des recos et d'épidémiologie.

03/02/2022 : Je commence à tourner en rond dans les articles, l'impression de toujours relire la même

Journal de Bord

chose... Il faut que je pose ma question de recherche mais comment la formuler ? J'y réfléchis sur mes sorties running. La course est propice à la réflexion. Je retourne les mots dans ma tête.

13/02/2022 : Sortie longue aujourd'hui, plus de 2h propice à la réflexion, la question prend forme je saisis quelque chose là. Ma préparation au semi-marathon a décidément de multiples bénéfices. Je vais formuler dans ce journal en m'aidant de la check-list du livre « Initiation à la recherche qualitative ».

Quel est le but ? Le but de ma question de recherche est de comprendre les disparités de pratiques concernant l'orientation vers l'ostéopathie par les médecins généralistes dans le cadre des patients souffrant de lombalgies chroniques. Ça me semble pas mal.

Pourquoi ce but ? Je me focalise sur les lombalgies chroniques. Pourquoi ? D'abord, ne pas préciser de cadre pathologique et laisser le soin aux médecins de décrire leurs indications à l'ostéopathie manque de précision et est la voie ouverte à un catalogue imprécis. J'ai déjà vu ça dans des thèses précédentes, les résultats de la thèse finissent par être décrits comme des pourcentages de chaque pathologie motivant de l'ostéopathie... Pas très intéressant.

La lombalgie aiguë ou lumbago étant le résultat d'une contracture des muscles paravertébraux et étant généralement résolutive en quelques jours avec un traitement antalgique simple, ce cadre pathologique ne relève pas tellement d'un traitement ostéopathique. Les patients s'en sortent en général tout seuls avec du repos.

En revanche, la lombalgie chronique est l'un des premiers motifs de consultation en médecine générale. Je me souviens m'être dit au N1 que sans les lombalgies et les dépressifs nous n'aurions plus de travail... Malheureusement c'est souvent source d'impasse thérapeutique avec des patients en demande d'être soulagés, mais ne relevant pas d'une chirurgie du rachis. Je me suis souvent sentie limitée au cabinet quand je consultais seule sur ces sujets...

A part adapter les antalgiques et proposer de la kiné, +/- des infiltrations, je n'avais pas grand chose à proposer.

Qu'est-ce que j'espère obtenir ? J'espère lors des entretiens semi-dirigés obtenir l'avis d'un échantillon de médecins généralistes de la région sur le sujet de l'ostéopathie dans le cadre des lombalgies chroniques, leurs habitudes de pratique et leurs motivations.

Et si je devais moi-même répondre à ma question ? Je dirai qu'il faut savoir garder une ouverture d'esprit. En effet, il n'existe pas d'étude prouvant formellement l'efficacité scientifique de l'ostéopathie ; néanmoins, il s'agit d'une pratique permettant de soulager et d'améliorer la qualité de vie de certains patients, ce qui reste l'objectif principal en médecine générale. Je me suis moi-même sentie parfois démunie chez des patients que je n'arrivais pas à soulager. Peut être que j'aurais dû le leur proposer. Après je n'ai pas d'expérience personnelle à partager puisque je n'ai pas encore ma propre patientèle, je n'ai que mon vécu personnel qui n'est pas tellement en jeu ici. Il faut néanmoins savoir poser les limites de l'ostéopathie, à savoir la contre indiquer chez des patients au rachis pathologique à risque de complications des manipulations vertébrales. Comme tout en médecine, il s'agit là encore d'une analyse de la balance bénéfico-risques.

La fiche de thèse :

20/03/2022 : La galère la fiche de thèse ! Tous ces cadres avec nombres de caractères limités... Je ne peux pas m'épancher autant que je le voudrais pour expliquer mon sujet... L'impression de proposer quelque chose au rabais. Surtout le titre et la question... Comment être précis avec si peu de mots ? Je verrai avec mon dir de thèse.

25/03/2022 : Mon dir de thèse m'a donné son retour ! Et plutôt positif, ça me fait très plaisir ! Résultat de 5 mois de travail, enfin. Objectif fiche de thèse avant la fin du 3e semestre : validé. Je revois quelques détails de formulation et je la soumetts au DMG.

31/03/2022 : Fiche de thèse validée !!! Trop contente ! Fiche validée avant la fin du semestre, c'est génial. Nouvelle positive qui arrive à un moment de coup de mou à cause du stage, c'est encore mieux.

J'annonce la nouvelle à mon dir. J'avais posé mes questions sur la marche à suivre après la fiche de thèse lors de notre dernier appel. Il faut que je fasse les démarches éthiques pour ne pas être bloquée lorsque je voudrai commencer les entretiens et que je commence mon guide d'entretien.

Mais pour l'instant c'est le festival des gardes et bientôt les vacances. Je m'y mettrai après, je suis fatiguée, j'en peux plus de ce stage.

La rédaction du guide d'entretien :

04/05/2022 : je me mets sur mon guide d'entretien aujourd'hui. Je relis la partie consacrée dans le livre d'initiation à la recherche qualitative et la question brise-glace me vient assez facilement. Le reste suit. Je l'envoie à mon dir pour avoir son avis.

J'en profite, maintenant que mon premier jet de guide est établi, pour entreprendre les démarches éthiques auprès du DPO de l'université de Lille.

J'attends à présent le retour du DPO et de mon directeur de thèse sur le guide d'entretien.

01/06/2022 : j'ai reçu une réponse favorable du DPO ! Super contente, je vais pouvoir avancer et peut être commencer à démarcher des medg pour les entretiens. J'attends un retour sur le guide de mon dir.

14/06/2022 : Dr Cauet a revu mon guide d'entretien. Je dois commencer à chercher des participants. Un peu la flemme. Il fait beau dehors, je suis fatiguée, marre de ce stage inintéressant. Pas envie de travailler. Je ne sais pas s'il vaut mieux commencer à faire les entretiens avant les vacances alors que je pars bientôt ou plutôt commencer après... J'hésite. Je vais lui demander.

25/06/2022 : au sortir de notre appel téléphonique avec Dr Cauet, il me confirme qu'il est à son sens

Journal de Bord

faisable de boucler la thèse pour juillet 2023 au plus tard, je suis contente ! Je voudrais vraiment être tranquille ensuite pour l'été et avant la fin de l'internat. Au travail maintenant. Je vais laisser passer mes congés avant de commencer à chercher des candidats pour des entretiens semi-dirigés. En attendant il vaut mieux se concentrer sur la rédaction de l'introduction. Dr Cauet m'a dit de ne surtout pas commencer par des chiffres d'épidémiologie en santé publique ... et c'est exactement ce que j'avais écrit pour mes 2 premières phrases. Super. On recommence à zéro donc. Je n'ai pas osé lui dire je me sentais bien stupide.

La recherche des participants :

27/07/2022 : rentrée de vacances il y a 72h, je devrais me remettre sérieusement sur la thèse mais Netflix a plus d'attrait... J'ai le seum d'avoir quitté la montagne pour retourner à Roubaix et je laisserai bien mon esprit encore un peu là-bas plutôt que de redescendre sur Terre pour me remettre sérieusement au travail. Il faut dire que le calme plat des suites de couches me laisse bien le loisir de divaguer plutôt que de travailler.

J'ai obtenu ma licence de remplacement aujourd'hui et j'ai voulu en informer mes prats du N1, je préfère commencer dans un endroit connu. C'était l'occasion de proposer une participation à ma thèse à l'un d'eux, ce que j'ai fait. Il m'a appelée et ... c'est d'accord ! Premier entretien dans 15 jours ! Je ne pensais pas que ça irait si vite.

A présent je me sens d'une débilité sans nom car j'ai annoncé que la thèse portait sur la lombalgie chronique en médecine générale alors que j'avais décidé de l'orienter sous l'angle de « ostéopathie en médecine générale »... Va-t-en rattraper ça maintenant mais quelle idiote. J'aurai dû me replonger dans le sujet avant de décrocher le téléphone, maintenant je ne passe vraiment pas pour quelqu'un de sérieux. Enfin bref, heureusement que c'est quand même un médecin que je connais. J'ai intérêt à réviser avant d'aller réaliser l'entretien car il est plutôt

du genre pointilleux. Voilà qui va me motiver à retravailler un peu.

Les entretiens :

Entretien n°1 :

09/08/2022 : au sortir de mon premier entretien ! Bien passé ! J'étais un peu stressée, pas encore l'habitude. Heureusement je le connais et on s'entendait bien en stage, j'étais contente de le revoir lui et son épouse, trop gentils ! Entretien de 16 minutes, je trouve que c'est plutôt pas mal. Je l'ai beaucoup laissé parler et mes interventions étaient vraiment minimales j'espère que c'est bien comme ça qu'il fallait conduire les choses. Je vais m'attaquer au verbatim et j'en reparlerai avec Dr Cauet.

10/08/2022 : retranscription du verbatim de l'entretien d'hier. Hyper intéressant la façon de penser l'ostéopathie comme une continuité de prise en charge rééducation. Je ne m'y attendais pas.

11/08/2022 : je suis en train de coder l'entretien numéro 1. Au final je suis assez surprise de l'avis plutôt favorable du médecin vis à vis de l'ostéopathie. Le connaissant, très à cheval sur les recommandations qu'il est, je l'aurais pensé plutôt contre.

En codant, je me dis qu'il serait intéressant de **demandeur la catégorie socio-économique moyenne de la patientèle du médecin interrogé**. L'ostéopathie n'étant pas remboursée c'est forcément un biais dans l'orientation des patients vers l'ostéopathe. Je n'ai pas pensé à demander au Médecin 1 mais heureusement, ayant passé 6 mois de N1 avec lui, je connais déjà la réponse. Je pourrais toujours lui demander de me confirmer par message. Il faut absolument que je pense à revoir mon guide d'entretien après la fin du codage.

Je me suis mise au codage après avoir lu la méthode expliquée dans le livre d'initiation à la recherche qualitative. J'en suis à l'étiquetage mais je m'attendais à ce que ce soit plus compliqué. Finalement ça me vient relativement facilement. Enfin façon de parler.

J'espère que je ne fais pas mauvaise route quand même. C'est peut-être censé être plus dur.

Je reverrai ça avec Dr Cauet à son retour de vacances.

En tous cas j'ai envoyé le verbatim à ma co-interne pour trianguler. Je suis contente de m'être mise d'accord avec elle, surtout qu'elle se met également sérieusement sur sa thèse actuellement, ce qui m'évitera moi-même de devoir trianguler quand je n'aurai absolument plus la tête à ça.

Et j'ai eu une date pour mon deuxième entretien avec mon tuteur de la fac ! Youpi.

Le médecin 1 a évoqué une notion hyper intéressante comme un **parcours de soin rééducatif en ville intégrant kiné, ostéo, rééducation et hygiène de mouvements / place de l'ostéopathie dans un parcours rééducatif ?**. A voir si possibilité d'intégrer au guide d'entretien.

16/08/2022 : je m'attaque à la proposition de propriétés pour les étiquettes. Certaines tombent sous le sens, d'autres sont plus difficiles à trouver. J'ai dû mal à saisir à quel point il faut synthétiser : en trouver beaucoup ou essayer de réduire à quelques unes ? Je ne sais pas non plus s'il faut commencer à réfléchir à des catégories maintenant ou seulement après plusieurs entretiens. Et où je dois stopper Noémie qui triangule mes données ? J'ai pas mal de questions pour Dr Cauet mais je n'ose pas lui sauter dessus à peine rentré de vacances...

Questions à poser :

- **Obligation des étiquettes thématiques avant d'aborder les étiquettes expérientielles ? J'ai l'impression de perdre mon temps à trouver les premières alors que les deuxièmes me viennent plus facilement**
- **Rôle de Noémie qui triangule : seulement les étiquettes dans un premier temps, ou directement jusqu'aux propriétés et aux catégories ?**
- **Faut-il que je me dépêche de me bouger pour un jury ? Zéro piste pour l'instant**

Journal de Bord

- Chercher les catégories conceptuelles tout de suite ou seulement après plusieurs entretiens ?
- Mon entretien a été orienté vers la lombalgie chronique mais mes propriétés et les catégories conceptuelles ne la mentionnent pas du tout : KESAKO ?

J'ai déjà les dates des deux prochains entretiens qui vont se succéder rapidement, il faut que j'ai bien avancé sur l'analyse du premier pour en tirer quelque chose.

Je ne suis pas très satisfaite de la **formulation de ma catégorie « Avoir une conscience professionnelle »**, je vais laisser comme ça pour l'instant et revoir plus tard. Pour l'instant je sature des concepts fumeux.

19/08/2022 : je revois mon guide d'entretien aujourd'hui. Noémie a bien avancé sur le contre-codage et ça nous fait rire en stage. C'est vraiment fumeux la recherche quali des fois... Dr Cauet a repris depuis 1 semaine je pense que je peux lui envoyer un mail sans donner l'impression de le harceler.

Il faudrait que je continue la rédaction de mon introduction mais avec le VD de garde ce WE ça me semble un peu juste...

Entretien n°2 :

24/08/2022 : contact étrange +++++ avec ce médecin. Plus que fermé vis-à-vis de l'ostéopathie avec des propos très incisifs lors de l'entretien. Je pense avoir parfois été maladroite dans mes tentatives de relance car j'ai eu l'impression qu'il s'est senti agressé un peu... J'aurai peut être dû présenter ça comme « j'ai lu dans d'autres travaux que beaucoup de médecins orientaient vers l'ostéopathie pour ça, du coup vous le faites pas quelle est votre pratique personnelle? », je ne sais pas. Beaucoup de gêne de ma part donc, je ne m'attendais pas à un barrage pareil.

Et puis, juste après la coupure du dictaphone que j'ai eu l'impression qu'il attendait depuis le début, il se remet à parler +++++ en revoyant une bonne part de

l'opinion qu'il m'a livrée lors de l'enregistrement. Je l'ai senti effrayé et craintif du qu'en pensera-t-on et notamment la fac avec sa position de MSU etc... Très bizarre. Je ne sais pas si la fac exerce des pressions de ce type mais bon le médecin précédent avait une parole beaucoup plus libérée quand même. J'en sors mitigée.

Entretien n°3 :

26/08/2022 : entretien avec une jeune médecin installée depuis peu, je la connaissais un peu, beaucoup plus à l'aise +++ que celui de mercredi Plus ouverte dans ses réponses et honnête. Propos riche et intéressant.

J'ai tapé le verbatim mais je dois d'abord me concentrer sur le codage de celui de mercredi avant celui-ci.

Flemme pour ce soir, je vais m'étirer je suis raide après la course et me reposer avant la garde de demain, avec un peu de chance elle sera calme et je pourrai coder un peu pendant.

Entretien n°4 :

01/09/2022 : entretien avec un jeune médecin que je connais un peu, je suis à l'aise. Il est assez speed et les réponses ne s'éternisent pas, assez intéressant néanmoins. Il m'a donné plein de contacts pour interviewer d'autres médecins et ça c'est cool !

Je n'aurai pas le temps de faire le verbatim ni de coder celui-là avant de partir... trop de choses à faire. J'ai trouvé un PU pour présider le jury de ma thèse, je ne pensais pas obtenir une réponse si rapide !! Pareil pour Allison qui accepte d'être assesseur. L'impression d'avoir stagné pendant plusieurs mois et que tout s'enclenche en même temps. J'ai le cerveau en ébullition, ce sera peut être pas si mal de le débrancher un peu une semaine.

11/09/2022 : rentrée de vacances aujourd'hui, je tape le verbatim de Médecin 4 que j'ai pas eu le temps de faire avant de partir, malgré ma flemme. Je pense qu'il faut que je revoies ma façon de **formuler la question sur la formation dans le domaine des soins de**

supports en ostéo articulaires et donc de l'ostéopathie voire que je l'enlève... ce n'est pas inintéressant mais en soi la réponse je la connais c'est forcément « bah on en a pas », ou alors il faudrait voir ça d'un angle différent... Je vais réfléchir avant l'entretien de mercredi.

J'attends avec impatience l'appel avec Dr Cauet pour recadrer un peu tout ça, beaucoup de choses se sont passées...

Le médecin de mercredi souhaite être interviewé en Visio plutôt qu'en présentiel pour des raisons d'organisation personnelle, je vais essayer de me dépatouiller avec zoom...

Entretien n°5 :

14/09/2022 : premier entretien en visio fait sur la pause déjeuner dans le service de pédiatrie à l'hôpital. Pas optimal comme organisation mais Visio souhaité par le médecin et j'essaie de m'adapter ++ au praticien pour avoir un max d'entretien. GROSSE GALERE de réseau qui a coupé l'entretien heureusement plutôt sur la fin des questions mais peut être aurait il ajouté + de choses s'il n'y avait pas eu le coupure... En plus je culpabilise quand c'est comme ça car impression de lui faire perdre son temps, impression de pas être à la hauteur...

Le médecin est jeune et me met à l'aise donc ça va, hyper intéressant par contre sur son rapport à l'ostéopathie car urgentiste de base donc pas profil hospitalier qui s'est vu revoir son approche grâce à ses propres expériences de vie. Une approche intéressante sur le plan rééducatif qui revient à nouveau.

Entretien n°6 :

20/09/2022 : nouvel entretien en Visio avec une médecin orientée vers moi par le médecin précédent. Je suis en repos de garde et vraiment fatiguée ce jour là, en plus j'ai un rdv au sortir de l'entretien et j'ai peur de ne pas finir avant... un comble puisque Dr Cauet a dit qu'il fallait que je rallonge mes durées d'entretiens mais vraiment difficile une fois que le tour du sujet est

Journal de Bord

fait et les médecins sont eux-mêmes pressés, je ne peux pas trop les retenir une heure...

Enfin toujours est il que j'ai senti cette médecin pressée, on a fait l'entretien sur la pause méridienne en Visio et j'ai senti que le sujet ne l'inspirait pas des masses et plutôt qu'elle acceptait l'entretien pour me rendre service mais sans forcément avoir grand chose à dire. J'ai eu un mal fou +++ à lui faire développer ses réponses, ce qui s'est d'ailleurs soldé par un échec puisque c'est l'entretien le plus court que j'ai réalisé jusqu'à présent... peut être aussi parce que j'avais pas beaucoup d'énergie...

24/09/2022 : j'ai pu trouver mon jury facilement je pensais que c'était suffisant et finalement il faut un titulaire en MG en plus, c'est le bureau des thèses qui m'annonce ça une fois que j'ai fait des demandes de pré-réservations pour des dates... franchement pénible je pensais avoir résolu ce problème. J'espère que Dr Ponchant va répondre rapidement histoire de pouvoir bloquer la date.

Entretien n°7 :

27/09/2022 : entretien fait en présentiel, c'est quand même mieux ! Le médecin m'a prise entre deux patients en consultation alors j'ai senti qu'il était pressé, il était SPEED. A peine rentrée dans le cabinet il a commencé à parler de l'ostéopathie j'avais même pas eu le temps de dire « bonjour » encore moins de sortir le Dictaphone. Il a beaucoup digressé et j'ai eu un peu de mal à le recadrer vers le sujet. Du coup j'ai eu l'impression de devoir me dépêcher et clairement on est toujours pas sur des entretiens longs comme voudrait Dr Cauet... j'essaie bien pourtant... C'est frustrant.

Dr Ponchant a répondu favorable pour le jury, une épine en moins dans le pied ! Maintenant il s'agit de trouver une date qui convienne à tout le monde et ce n'est pas une mince à faire ...

Entretien n°8 :

28/09/2022 : entretien fait en présentiel avec ma prof de GEP à la fac. Mes entretiens sont de plus en plus courts... décidément je ne sais pas trop ce qui m'arrive. Mais j'ai aussi l'impression de tourner en rond dans les réponses, peut être est ce pour ça que je n'arrive plus à pousser aussi loin qu'avant... C'est peut être ça la suffisance des données. Il faut vraiment que j'analyse tous mes entretiens en retard pour en être certaine et clôturer le recueil de données. Il serait intéressant pour les derniers entretiens à visée de confirmer la suffisance des données de poser la question plus précisément des examens complémentaires avant la consultation d'ostéopathie, et hop une dernière version du guide d'entretien.

Entretien n°9 :

17/10/2022 : les galères de jury sont enfin résolues et j'ai enfin une date fixée !! Super contente et à la fois stressée... je pense que c'est faisable largement mais il faut bucher.

20/10/2022 : neuvième entretien aujourd'hui avec une médecin que je ne connaissais pas, merci papa. Très sympa. Via zoom encore pour son organisation perso, et vu l'heure à laquelle elle était disponible ce n'était pas plus mal pour moi également... Je tourne en rond dans mes réponses et ça m'empêche de développer plus avant les entretiens je pense. J'anticipe les réponses à toutes les questions, et en général je ne suis plus surprise, je sais ce qui va être dit. Je pense que la suffisance des données est là. Dixième entretien prévu semaine prochaine pour définitivement confirmer et on verra si Dr Cauet est d'accord.

Entretien n°10 :

25/10/2022 : dixième et je pense dernier entretien aujourd'hui en repos de garde... j'étais un peu dans les vapes. Mais médecin jeune et vraiment sympa ! Elle avait des choses à dire avec encore une vision différente... comme quoi c'est vraiment propre à chaque médecin.

Je vais essayer de faire les verbatims aujourd'hui pour ensuite analyser au plus vite et que Dr Cauet me confirme la suffisance des données.

23/11/2022 :

Je me réattaque à la catégorisation aujourd'hui, je galère à trouver un nom de catégorie qui regrouperait les ressenti du praticien, son sens des responsabilités et du devoir vis-à-vis du patient, mais aussi son expérience personnelle en temps que personne vis-à-vis de l'ostéopathie... Je retourne le truc dans ma tête, je vais en profiter pour faire une séance de renfo en cogitant au moins j'utiliserai mes bras à quelque chose.

Trouvé la catégorie ! Je peux poursuivre les autres entretiens.

26/11/2022 :

Entretien avec Dr Cauet aujourd'hui pour l'avancement de la thèse : je me sens revigorée ! Je commençais à stresser d'être à la bourre, tout va arriver si vite et je me suis quand même permise de prendre des congés en janvier et pas pour travailler... Mais ça a l'air bien parti niveau timing.

Codage presque terminé aujourd'hui, ne me reste plus que la catégorisation pour le M10, j'attends le retour de la triangulation de Noémie pour cet entretien. Il faut que j'aille lui chercher un petit cadeau pour la remercier de son travail.

La rédaction :

29/11/2022 : codage terminé aujourd'hui... émotion ! Le travail commence vraiment à prendre forme, après tous ces mois, c'est vraiment satisfaisant.

Premier jet de l'intro et perfection de la méthode check également aujourd'hui ! Heureuse du travail fait. En attente des retours de Charles sur l'intro.

10/01/2023 : je viens de terminer la rédaction et je suis émue. Achèvement (ou presque) de tout le travail. Bientôt docteur après neuf ans de travail.

RÉCÉPISSÉ

ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 13 00 23583 00011
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré


Intitulé : Orientation des médecins généralistes des Hauts-de-France vers une prise en charge ostéopathique des patients lombalgiques chroniques.
Référence Registre DPO : 2022-177
Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : M ^{me} Eleona BECQUES

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 31 Mai 2022

Délégué à la Protection des Données

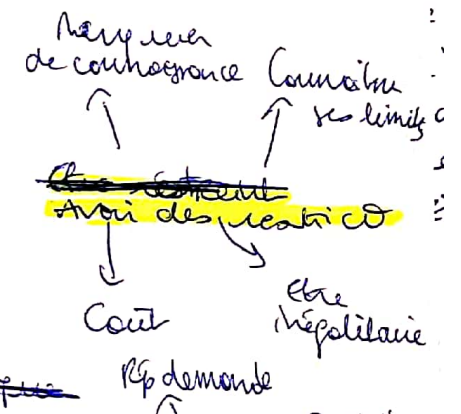
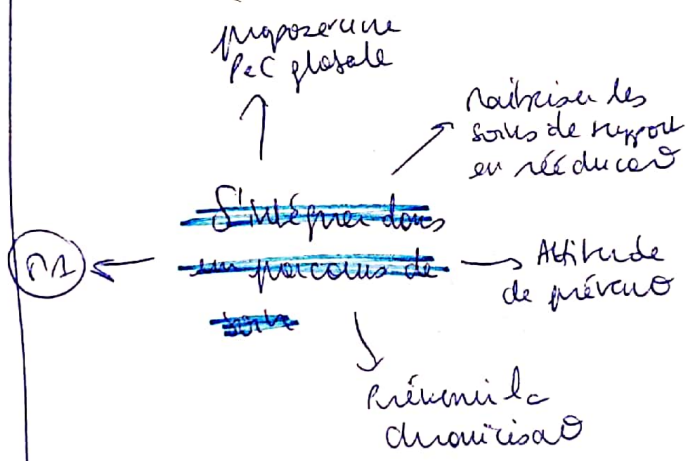
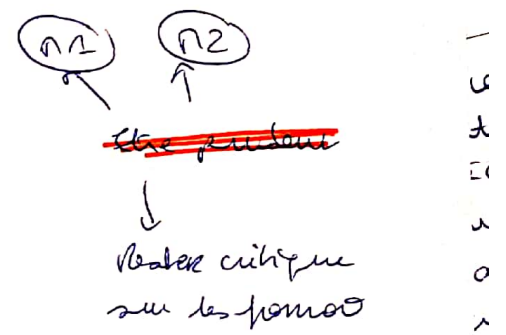
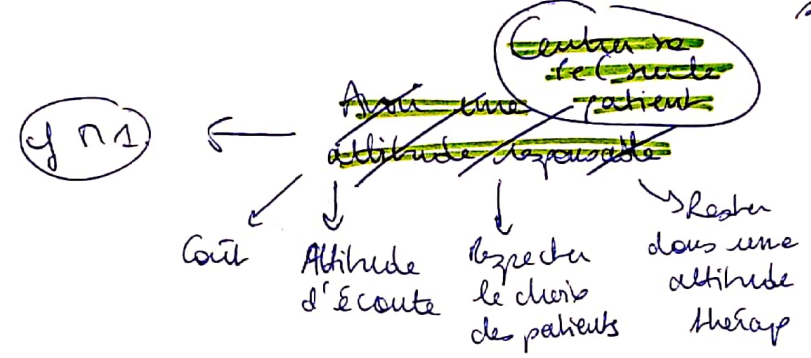
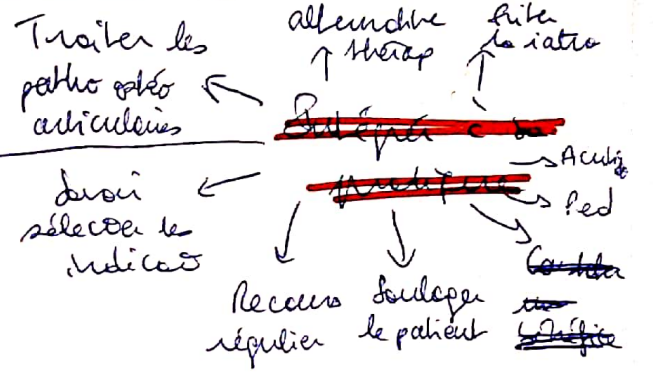


Annexe n°6 : Réflexion sur les catégories conceptuelles

Vouloir coût & limite
 Être méropolitaine
 Sélectionner les patients
~~Travailler~~ les patho ostéobati.
 Connaître ses limites
 Avoir une attitude d'écoute
~~deux~~ sélectionner les médecins
 Recours régulier
~~Soutenir~~ le patient
 Constaté un bénéfice
 Avoir des retours positifs
 Activer la prise en charge
 Avoir une relation de confiance
 Initiative du patient
~~Proposer~~ une PEC globale
 Rester dans une att. thérap.
 Être accessible
 Respecter le choix du patient
 Activer les soins de support en ~~réduisant~~
~~Travailler~~ des alternatives thérap
~~éviter~~ la iatrogénie
 Répondre au patient en demande
~~Avoir~~ une attitude de présence
~~éviter~~ la chronicité
~~être~~ critique sur les formos
 Privilégier le côté lucratif
 Manquer de scientificité

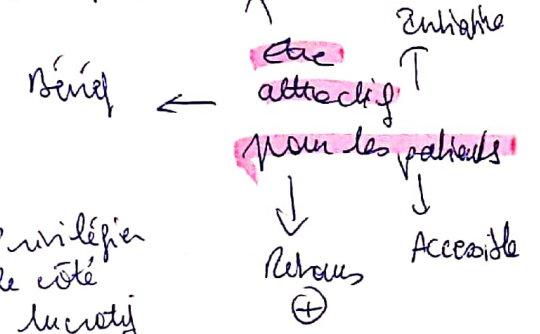
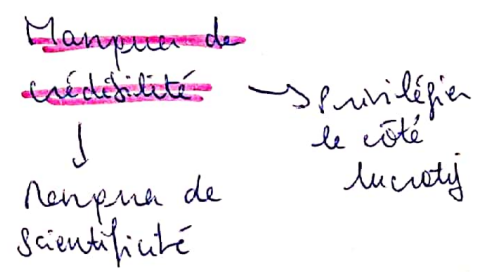
~~Soutenir~~ une action
~~éviter~~ des indicaon en ped
 Manquer de connaissance

3
 cf n1

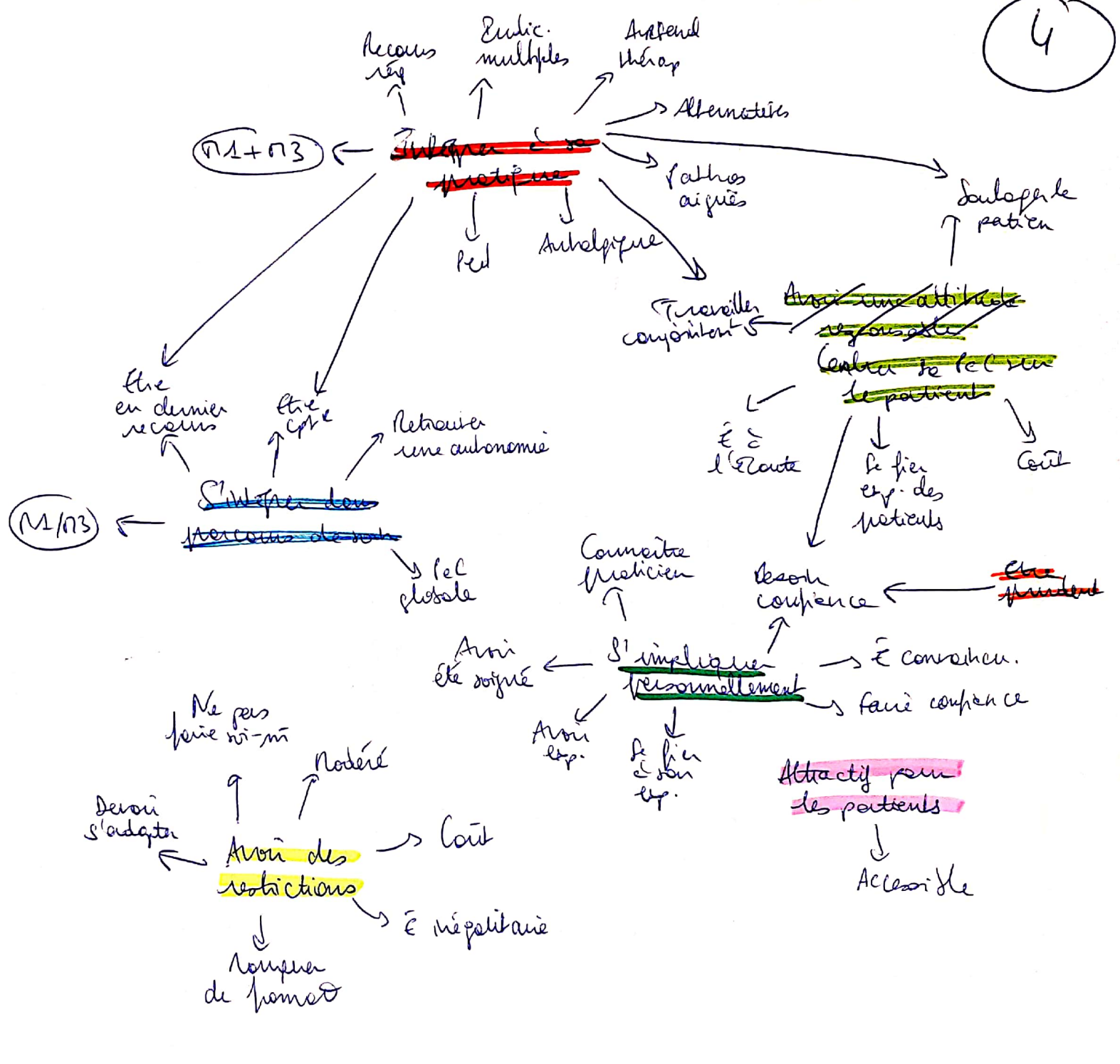


n1

cf n2

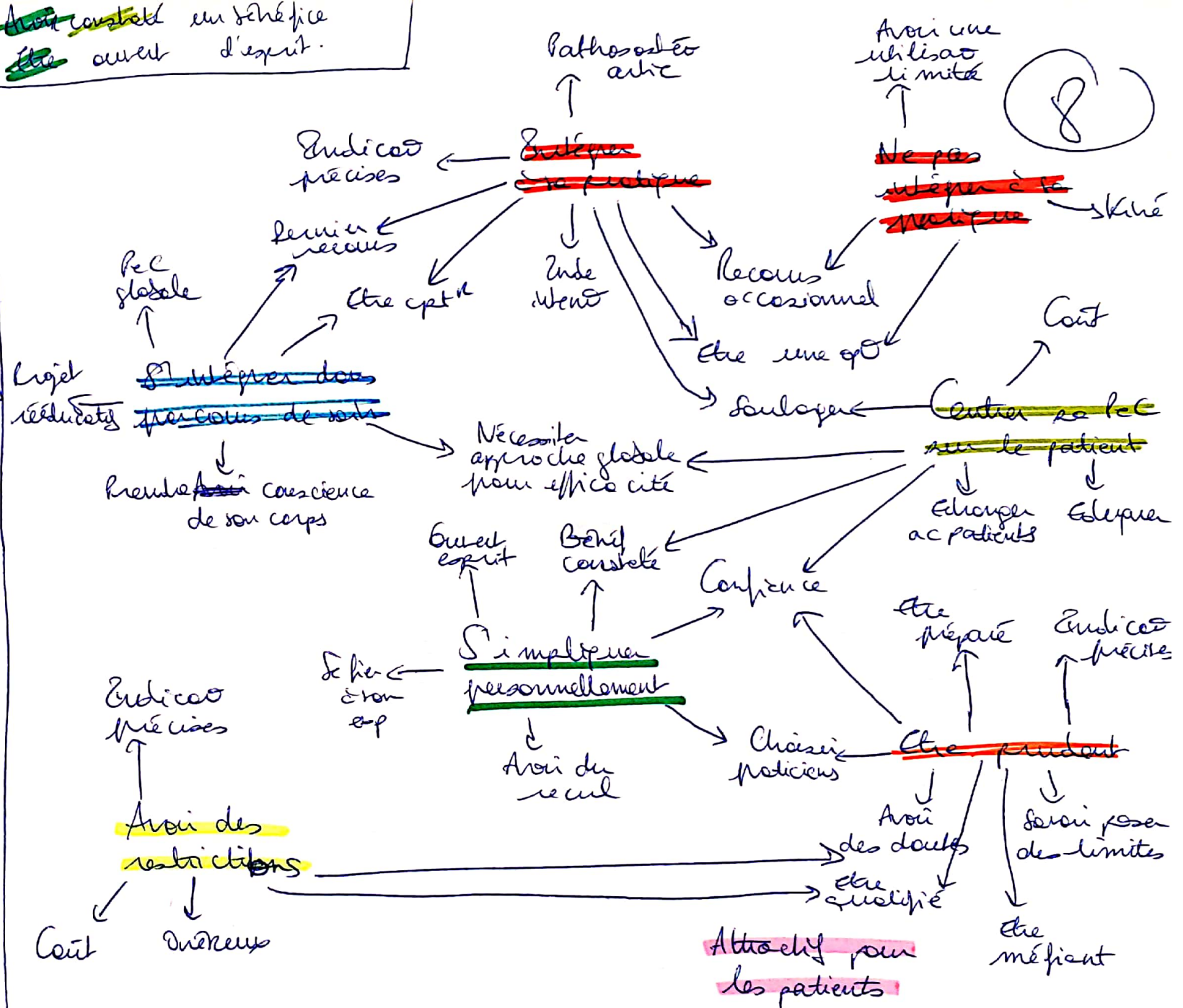


Ne pas pratiquer soi-même
 Ne pas donner son domaine
 Avoir expérimenté
 Avoir été soigné par ostéo
 Avoir été bénéficiaire
 Avoir ~~être~~ complémentaire
 Avoir refusé
 Avoir partie de l'ancien thérap
 Avoir des alternatives
 Avoir ~~être~~ dernier recours
 Avoir de multiples
 Avoir cod ~~diagnostic~~ multiple
 Avoir été diversifié
 Avoir ~~être~~ patient
 Avoir une autonomie
 Avoir ~~être~~ pluridisciplinaire
 Avoir ~~être~~ conjointement
 Avoir accessible
 Avoir confiance
 Avoir les pathos aigües
 Avoir ~~être~~ subhelpe
 Avoir une pcc globale
 Avoir confiance à l'actio
 Avoir ~~avoir~~ confiance
 Avoir ~~être~~ à l'écoute de patients
 Avoir ~~être~~ à l'exp. de patients
 Avoir modéré
 Avoir ~~être~~ limitant
 Avoir ~~être~~ négalitaire
 Avoir ~~avoir~~ adapter (aux dds de actio)
 Avoir ~~avoir~~ de format
 Avoir ~~avoir~~ à son exp. perso
 Avoir ~~avoir~~ des indices en ped
 Avoir ~~avoir~~ à une format
 Avoir ~~avoir~~ des praticiens
 Avoir ~~avoir~~ conseil en
 Avoir ~~avoir~~ pas ~~avoir~~ pratiquer
 Avoir ~~avoir~~ pas



être occasionnel
 être une option
 être complémentaire
 traiter les pathos ostéo
 avoir une utilisat limitée
 être préparé
 avoir conscience de son corps
 faire partie du projet
 réduire coût
 avoir une PCC globale
 échanger avec les patients
 être en seconde main
 expliquer aux patients
 éduquer
 avoir du recul
 être fier de son expérience
 savoir poser des limites
 avoir des doutes
 avoir confiance
 choisir les praticiens
 développer le patient
 être en dernier recours
 être qualifié
 être méfiant
 être onéreux
 voir le coût à long terme
 prendre en compte l'aspect ét
 évaluer la fiabilité

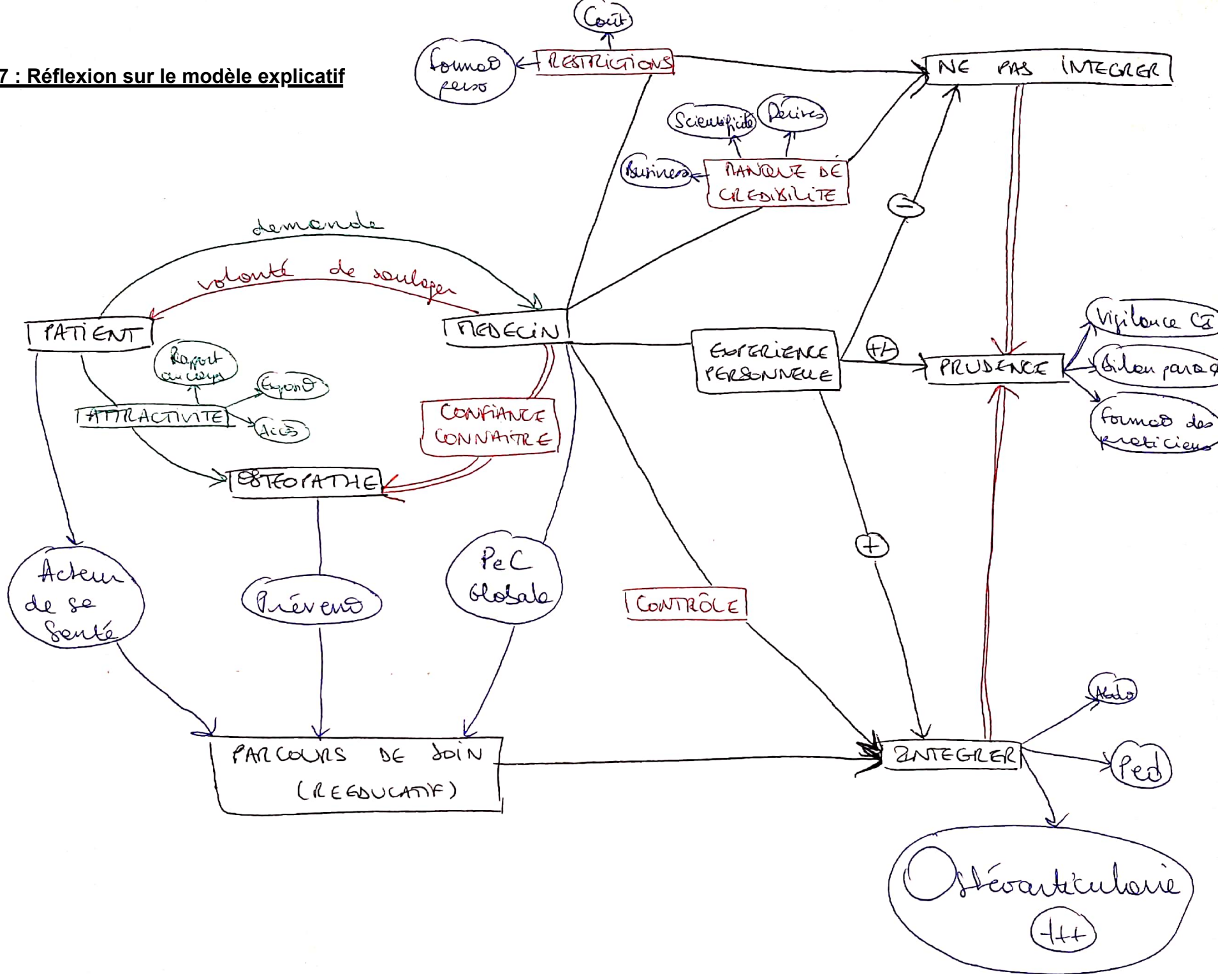
être constant en bénéfice
 être ouvert d'esprit



8

Attaché pour les patients

Annexe n°7 : Réflexion sur le modèle explicatif



MODELE EXPLICATIF V1.

AUTEURE : Nom : BECQUES

Prénom : Eleona

Date de soutenance : 22/03/2023

Titre de la thèse : Ostéopathie en médecine générale : vécu et représentations des médecins. Etude qualitative dans les Hauts-de-France.

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Médecine générale

DES : Médecine générale

Mots-clés : ostéopathie / osteopathic medicine, médecine générale / general practice

Résumé :

Contexte : L'ostéopathie est une thérapeutique controversée. Les recommandations laissent une large place à l'appréciation du médecin. Le recours des patients est croissant pour cette thérapeutique en plein essor. L'intérêt des médecins généralistes se développe. Le développement des structures pluridisciplinaires de santé amène médecins et ostéopathes à ouvrir le dialogue.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels compréhensifs auprès de médecins généralistes installés du Nord et du Pas-de-Calais n'exerçant pas eux-mêmes la Médecine Manuelle Ostéopathie ou la mésothérapie en 2022. La suffisance des données a été obtenue. Une analyse des verbatims par théorisation ancrée a été réalisée avec triangulation des données. L'analyse aboutit à la réalisation d'un modèle explicatif.

Résultats : L'ostéopathie est source d'ambivalence pour les médecins généralistes. La plupart y sont favorables, souvent en dernier recours. Les indications sont sélectionnées et la confiance envers l'ostéopathe est nécessaire. L'ostéopathie est intégrée à une prise en charge globale du patient. Le vécu personnel du médecin est déterminant. Des restrictions liées au coût pour le patient, à des connaissances limitées, et à une nécessité de prudence demeurent.

Conclusion : La proposition d'ostéopathie par le médecin est le fruit d'une réflexion dans laquelle le patient, dans sa globalité, est central. Dans un raisonnement fondé sur l'Evidence-Based Medicine, la scientificité de l'ostéopathie interroge. Le médecin fait face à un patient en demande d'une prise en charge de son corps à laquelle répond l'ostéopathie. L'encadrement des pratiques est une réflexion d'avenir. La formation des médecins et la revalorisation de la consultation de médecine générale seraient à envisager. Des études quantitatives complémentaires seraient intéressantes.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Monsieur le Docteur Charles CAUET

Madame le Docteur Allison DOWSE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Charles CAUET