

UNIVERSITÉ D'ANGERS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Ronan FAIVRE

Né le 23 juin 1985 au Chesnay

Présentée et soutenue publiquement le : 24 octobre 2013

***RECOURS AUX CONSULTATIONS D'OSTÉOPATHIE PAR LES SPORTIFS
ENQUÊTE AUPRÈS DES JOUEURS ET JOEUSES DE RUGBY EN PAYS
DE LOIRE***

Président : Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

Directeur : Monsieur le Docteur TEISSEIRE Norbert

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen
Vice doyen recherche
Vice doyen pédagogie

Pr. RICHARD
Pr. PROCACCIO
Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PENNEAU-FONTBONNE, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. VERRET, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

MM. ABRAHAM Pierre	Physiologie
ASFAR Pierre	Réanimation médicale
AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
AUDRAN Maurice	Rhumatologie
AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
Mmes BARON Céline	Médecine générale (professeur associé)
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
MM. BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BONNEAU Dominique	Génétique
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
COUTANT Régis	Pédiatrie
COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

	DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
	ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
	FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
	FURBER Alain	Cardiologie
	GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
	GARNIER François	Médecine générale (professeur associé)
MM.	GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
	GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
Mme	GOHIER Bénédicte	Psychiatrie
MM.	GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation
	GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion
	HAMY Antoine	Chirurgie générale
	HUEZ Jean-François	Médecine générale
Mme	HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
M.	IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
Mmes	JEANNIN Pascale	Immunologie
	JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
	LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation
	LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
	LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
	LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
	LEGRAND Erick	Rhumatologie
	LEROLLE Nicolas	Réanimation médicale
Mmes	LERMITE Emilie	Chirurgie générale
	LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie
	MENEI Philippe	Neurochirurgie
	MERCAT Alain	Réanimation médicale
	MERCIER Philippe	Anatomie
Mme	NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
MM.	PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
	PROCACCIO Vincent	Génétique
	PRUNIER Fabrice	Cardiologie
	REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation

MM. RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
Mmes ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM. ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
SUBRA Jean-François	Néphrologie
URBAN Thierry	Pneumologie
VERNY Christophe	Neurologie
MM. WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

MM. ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
ANNWEILER Cédric	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie
Mmes BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
BELIZNA Cristina	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
M. BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mme BOUTON Céline	Médecine générale (maître de conférences associé)
MM. CAILLIEZ Éric	Médecine générale (maître de conférences associé)
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
CASSEREAU Julien	Neurologie
CHEVAILLER Alain	Immunologie
Mme CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
MM. CONNAN Laurent	Médecine générale (maître de conférences associé)
CRONIER Patrick	Anatomie
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
Mmes de CASABIANCA Catherine	Médecine générale (maître de conférences associé)
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM. DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Mmes JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé

	KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MM.	LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire
	LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
Mmes	LOISEAU-MAINGOT Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
	MARCHAND-LIBOUBAN Hélène	Biologie cellulaire
	MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	MESLIER Nicole	Physiologie
MM.	MOUILLIE Jean-Marc	<i>Philosophie</i>
	PAPON Xavier	Anatomie
Mmes	PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
	PELLIER Isabelle	Pédiatrie
	PENCHAUD Anne-Laurence	<i>Sociologie</i>
M.	PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
Mme	PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
M.	PUISSANT Hugues	Génétique
Mme	SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M.	SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion
M.	TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

septembre 2013

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur TEISSEIRE Norbert

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Pierre ABRAHAM

Monsieur le Docteur Laurent CONNAN

Madame le Docteur Céline BOUTON

Monsieur le Docteur Norbert TEISSEIRE

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Remerciements

Merci à mon directeur de thèse, Dr TEISSEIRE, pour son aide et sa disponibilité.

Merci au Pr ABRAHAM, de m'avoir si bien orienté.

Merci aux différents membres du département de médecine générale pour leur implication, leurs conseils et leur disponibilité.

Merci à Marie-Andrée MILANI et Julie LOISON pour leur patience et leur présence.

Merci à mes amis de m'avoir porté et supporté dans cette aventure.

Merci à ma famille pour leur soutien.

Un grand merci à tous les relecteurs (ma femme, Claire L. pour son pdf comprenant plus de remarque que de phrases contenues dans ma thèse, mes parents, mon directeur de thèse et mon président du jury)

Merci à ma femme, Sidonie, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible.

Merci à mes enfants sans qui tout cela aurait été bien plus facile mais tellement moins intéressant.

SOMMAIRE

1. Préambule

2. Introduction

2.1. Naissance et histoire de l'ostéopathie

2.2. État des lieux de l'ostéopathie

2.2.1. Définitions

2.2.2. Formation initiale

2.2.3. Démographie

2.2.4. Médecine manuelle ostéopathique

2.2.5. Cas particuliers : Chiropraxie

2.3. Efficacité et complications

2.4. Cadre légal encadrant la formation et la pratique

2.4.1. Décrets et lois

2.4.1.1. Généralités

2.4.1.2. Décrets relatifs aux actes d'ostéopathie

2.4.1.3. Décrets relatifs aux conditions d'exercice de l'ostéopathie

2.4.1.4. Parcours de soin

2.4.2. Formation et agrément des établissements de formation

2.5. Objectif de l'étude et justification de la thèse

3. Matériel et méthode

3.1. Type d'étude

3.2. Population étudiée et recueil de données

3.3. Questionnaire

3.4. Analyse statistique

4. Résultats

4.1. Taux de consultation

4.2. Type de praticien consulté

4.3. Représentations

4.3.1. Représentation globale chez les sportifs

4.3.2. Représentation globale chez les sportifs ayant déjà consulté

4.3.3. Représentations analysées en fonction du type de praticien consulté.

4.4. Modalités de consultation

4.4.1. Motifs

4.4.2. Origines des symptômes ayant motivé la consultation

4.4.3. Type de traitement

4.4.4. Programme entretien

4.5. Parcours de soin

- 4.5.1. Consultation du médecin traitant avant
- 4.5.2. Initiative de la consultation
- 4.5.3. Fréquence de consultation
- 4.5.4. Compte rendu de séance
- 4.5.5. Information du médecin traitant
- 4.5.6. Autres avis
- 4.5.7. Consultation du médecin traitant après

4.6. Satisfaction

4.7. Attentes vis-à-vis de la consultation

4.8. Connaissances administratives

- 4.8.1. Croyances relatives aux remboursements de la sécurité sociale
- 4.8.2. Croyances relatives aux remboursements des complémentaires de santé

4.9. Conclusion

5. Discussion

5.1. À propos de l'étude

- 5.1.1. Biais de sélection
- 5.1.2. Biais liés à l'analyse statistique.

5.2. À propos des résultats

5.2.1. Taux de consultation

5.2.2. Types de praticiens consultés

5.2.3. Représentations

5.2.4. Modalités de consultation

5.2.4.1. Analyse des motifs de consultation

5.2.4.2. Origine des symptômes

5.2.4.3. Analyse des traitements par manipulations viscérales

5.2.4.4. Programme d'entretien

5.2.5. Parcours de soin

5.2.6. Attentes et satisfaction

5.2.7. Connaissances administratives

5.3. Ouverture

6. Conclusion

7. Annexes

8. Bibliographie

1. PRÉAMBULE

Le temps venu de définir un thème de recherche pour ma thèse, j'ai voulu orienter mon travail en fonction de la pratique que j'espère avoir par la suite.

Une fois thésé, mon projet est de passer une capacité de médecine du sport et de pouvoir aménager dans ma pratique de médecine générale une part de suivi du sportif et de médecine du sport.

Ces objectifs m'ont donc spontanément poussé à consulter les référents facultaires de médecine du sport et de médecine générale pour pouvoir leur demander conseil afin d'orienter mon travail de recherche pour qu'il soit à la fois innovant (dans la mesure du possible) et utile pour ma future pratique et pour celle de mes confrères.

Toutes ces démarches m'ont conduit à rencontrer mon directeur de thèse, rhumatologue ostéopathe, préoccupé par les évolutions récentes de la pratique de cette discipline.

L'ostéopathie... Vaste domaine bien méconnu en ce qui me concerne en tant que médecin ; néanmoins, à travers la pratique de différents sports (notamment sports collectifs), j'ai pu constater que la consultation d'un ostéopathe semble être une pratique courante et très répandue.

Mes recherches préliminaires ne m'ont pas permis de mettre en évidence d'études antérieures concernant les sportifs et la pratique de l'ostéopathie.

2. INTRODUCTION

2.1. Naissance et histoire de l'ostéopathie.

Nous devons la naissance de l'ostéopathie à Andrew Taylor STILL, citoyen américain (1828-1917), ingénieur de formation et passionné d'anatomie. Il débutera ses études médicales en 1848 ; elles le laisseront sceptique sur la capacité à soigner son prochain. Durant la guerre de Sécession, il sera médecin et chirurgien militaire, ce qui lui permettra de compléter ses connaissances en anatomie, acquises suite à de nombreuses dissections. L'année 1865 marque un tournant dans la vie de A.T. STILL. En effet, une épidémie de méningite va emporter trois de ses enfants.[1] Face à l'impuissance de la médecine de l'époque, il va arrêter ses études (et ne sera donc jamais docteur en médecine) et s'orienter vers une manière de traiter ses patients par des méthodes manuelles selon les principes qu'il va lui-même établir. La théorie est la suivante : les remèdes permettant de restaurer la santé se trouvent dans le corps même de chaque individu. « Les maladies ne sont que des effets négligeables et tout se tient dans l'impossibilité totale ou partielle des nerfs à diffuser le fluide vital ». Donc pour guérir, il faut ajuster les parties du corps qui se trouvent mal alignées afin de permettre une circulation harmonieuse des fluides.[2] En 1874, A.T. STILL décrit des cas de guérison de dysenterie par ostéopathie qui ne lui apportèrent qu'une attitude hostile de la part de ses pairs. Par la suite, les hostilités grandissant au même rythme que sa popularité, il tournera le dos aux instances officielles en créant sa propre école dans le Missouri, en 1892 nommée The American School of Osteopathy qui permettra alors de délivrer un diplôme de docteur en ostéopathie (DO).

Les quatre principes fondamentaux de sa formation sont :

- La structure gouverne la fonction. (l'idée est la suivante :la charpente osseuse est solidaire et garante de l'harmonie des systèmes nerveux, musculaires et circulatoires. Ainsi donc, toute dysfonction articulaire peut être à l'origine de symptômes sur les autres systèmes).
- La règle de l'artère est absolue (la circulation sanguine doit être correcte pour assurer la guérison).
- la fonction précède la lésion (les pathologies fonctionnelles surviennent avant les pathologies organiques).
- la nature agit pour restituer l'équilibre.

Que reste t-il donc des principes et de la théorie de STILL actuellement ?

L'ostéopathie fournit un large éventail d'approches permettant de préserver la santé et de gérer la maladie. L'ostéopathie actuelle se fonde sur les principes suivants pour traiter les patients et les prendre en charge : (OMS 2010)

- L'être humain est une unité fonctionnelle dynamique, dont l'état de santé est influencé par le corps, la pensée et l'esprit.
- Le corps possède des mécanismes d'autorégulation et est naturellement enclin à l'auto-guérison.
- Structure et fonction sont étroitement liées à tous les niveaux du corps humain.

2.2. État des lieux de l'ostéopathie

2.2.1. Définitions

Il est difficile à ce jour de trouver une définition unique et précise de ce qu'est l'ostéopathie.

Définitions actuelles :

FIMM (fédération internationale de médecine manuelle) 2005 : « manual medicine is the medical discipline of enhanced knowledge and skills in the diagnosis, therapy and prevention of functional reversible disorders of the locomotor system. »

(OMS 2007) : L'ostéopathie se définit **par une pratique exclusivement manuelle dont le but est de pallier aux dysfonctionnements** de mobilité des tissus du corps humain. Pour la réalisation de l'acte, l'ostéopathe recherche le dysfonctionnement de mobilité tissulaire par un diagnostic ostéopathique dit « spécifique » qui se définit comme une recherche de la lésion fonctionnelle tissulaire. La lésion fonctionnelle tissulaire ou « dysfonction ostéopathique » au sens large est caractérisée par une modification de mobilité des tissus où quelle soit, et réversible par une manipulation appropriée. Le diagnostic ostéopathique spécifique établit un lien entre l'anatomie de la structure à mobilité perturbée, la physiopathologie de la fonction perturbée et l'expression du trouble fonctionnel.

L'OMS décrit : [3]

Les praticiens ostéopathes actuels utilisent leur connaissance des relations entre la structure et la fonction pour optimiser les capacités d'autorégulation et d'auto-guérison du corps.

Cette approche holistique des soins et de la guérison des patients se fonde sur le concept que l'être humain est une unité fonctionnelle dynamique, au sein de laquelle toutes les parties sont intimement liées et qui possède ses propres mécanismes d'autorégulation et d'auto-guérison.

La méthode de traitement consiste en une thérapie manuelle ostéopathique, qu'on appelle généralement traitement manipulatif ostéopathique (TMO) ;
(OMS : principes directeurs de la formation en ostéopathie 2007)

3 branches se distinguent dans la pratique :

- ostéo-articulaire (ou structurelle)
- viscérale (ou des fascias) : dont la pratique reste sujette à polémique puisque les projections pariétales des pathologies viscérales sont admises mais l'inverse est loin d'être prouvé à l'heure actuelle.
- Crânienne qui a d'abord été délaissée par la recherche mais qui semble intéresser de plus en plus notamment en pédiatrie et néo-natologie.

La pratique de l'ostéopathie reste actuellement très hétérogène, qu'elle soit pratiquée par des médecins ostéopathes ou des ostéopathes non médecins. [6] [7]

2.2.2. Formation initiale

Il me semble important ici de mentionner les différences entre les formations des ostéopathes non professionnels de santé (appelés « ni-ni » ou encore ostéopathes ni médecin ni kinésithérapeute) et des professionnels de santé pratiquant l'ostéopathie.

Les formations et les écoles de formation ne sont pas les mêmes.

Pour les ostéopathes « ni-ni », il existait, en 2011, 27 écoles agréées dont 10 inscrites au RNCP (registre national des certifications professionnelles) au titre de niveau 1 (Bac+5) (environ 4500 heures de cours dont 1000 de pratique). En 2013, il existerait 29 écoles agréées.

Pour les médecins, 16 facultés proposaient un DIU de médecine manuelle ostéopathie. [8]. La formation est composée d'environ 250 h de cours sur deux ans, ainsi que des travaux pratiques auprès des élèves médecins et la participation à des consultations (en libéral ou à l'hôpital). La plupart des étudiants du DIU de médecine manuelle ostéopathique sont déjà titulaires de leur doctorat de médecine.

Pour les professionnels de santé non médecins, il existait, en 2011, 22 établissements (environ 1000 h de cours adaptés au niveau de formation initial). Ce nombre est actuellement porté à 23. Néanmoins, ces écoles peuvent être communes avec les écoles de formation des médecins ou des ostéopathes « ni-ni » (écoles privées ou structures publiques), mais ne s'intègrent pas dans le cursus universitaire (DIU).

2.2.3. Démographie

La démographie est en augmentation constante, et nous avons en France la plus grande densité d'ostéopathes en Europe : 1 ostéopathe pour 4312 habitants [7]

Fin 2009 : il y avait 11608 ostéopathes déclarés contre 15083 ostéopathes déclarés en juillet 2011 (chiffres issus de L'analyse des fichiers DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) effectuée par le Registre des Ostéopathes de France) [9] soit une augmentation de 30% des effectifs.

Le rapport de l'académie nationale de médecine en mars 2013 déclare qu'au début de l'année 2012, 17156 ostéopathes étaient en exercice. Ce qui impliquerait une augmentation de 48% des effectifs par rapport à fin 2009.

2.2.4. Médecine manuelle ostéopathique

Définition : (conseil national de l'ordre des médecins)

La médecine manuelle ostéopathique désigne la capacité sanctionnée par la délivrance d'un DIU (diplôme inter universitaire) créé en France en 1997 suite aux travaux du Dr Robert MAIGNE.

La pratique repose sur des notions rigoureuses et des définitions précises :

- Le concept de dérangement intervertébral mineur : dysfonction douloureuse bénigne auto-entretenu du segment vertébral de nature mécanique et réflexe généralement réversible sans traduction radiologique.

- Le syndrome cellulo-teno-périosto-myalgique : ensemble de modifications palpables de la texture et de la sensibilité des tissus cutanés (cellulalgie) musculaires (cordons myalgiques) et teno-périostés en rapport avec la souffrance d'un segment vertébral, ces manifestations siégeant dans un territoire constant pour un segment donné (le plus souvent un métamère)

- La loi de la non-douleur et du mouvement contraire : cela consiste à forcer le mouvement passif libre et indolore opposé au mouvement passif douloureux

L'enseignement est assuré par 16 facultés et est réservé aux détenteurs d'un doctorat en médecine.

C'était la seule branche de l'ostéopathie reconnue en France avant 2002.

On estime qu'environ 2500 médecins pratiquent la médecine manuelle ostéopathique.

2.2.5. Cas particuliers de la chiropraxie

La chiropraxie est une discipline proche mais fondamentalement différente de l'ostéopathie.

Née à la même époque que l'ostéopathie, elle a été créée par D. PALMER.

Le concept principal est qu'un déplacement vertébral (auparavant « subluxation », appelée actuellement lésion fonctionnelle vertébrale du fait de l'absence de mise en évidence objective des déplacements) peut entraîner une compression du nerf rachidien correspondant et empêcher ainsi la bonne conduction électrique des nerfs qui peut alors être à l'origine des symptômes.

Les indications sont limitées aux troubles de l'appareil locomoteur, aux pathologies du rachis et aux douleurs articulaires des membres.

Les traitements sont à la fois manuels et instrumentaux.

La formation est très encadrée (régulation internationale) et le diplôme n'est délivré en France que par une seule école (35 écoles au total dans le monde entier).

Il existerait 500 praticiens recensés en France selon le rapport de l'académie nationale de médecine dans son rapport de mars 2013

2.3. Efficacité de l'ostéopathie et complications

À la suite de l'œuvre immense du Pr Robert MAIGNE, les travaux réalisés par le Pr VAUTRAVERS et son équipe ont permis d'isoler certaines indications de l'ostéopathie [29] :

- cervicalgies
- dorsalgies
- lombalgies aiguës et chroniques
- céphalées d'origine cervicales

La revue de littérature réalisée par le laboratoire U669 de l'INSERM en Avril 2012 concernant l'efficacité du traitement ostéopathique conclut que la formation des ostéopathes reste très hétérogène et dépend des écoles de formation mais aussi de la formation initiale. Les indications de l'ostéopathie restant variables d'une école à l'autre, aucune indication formelle validée scientifiquement est retenue même si des tendances se détachent des études réalisées.

Ainsi, concernant les douleurs d'origine vertébrale, le nombre d'études comparatives et randomisées est limité. Elles présentent pour la plupart des limites méthodologiques mais certains résultats ont montré que la prise en charge ostéopathique pouvait être potentiellement efficace dans certaines indications mais sans supériorité prouvée par rapport aux prises en charge plus conventionnelles.

Pour les autres indications, le nombre d'études est trop limité pour pouvoir en tirer une conclusion fiable.

L'évaluation des pratiques de l'ostéopathie est relativement récente. De grandes études rigoureuses sont en cours de réalisation qui pourront peut-être permettre d'obtenir des résultats fiables.

Les complications liées aux manipulations sont rares mais graves (accidents vertébro-basillaires lors des manipulations cervicales notamment).

2.4. Cadre légal encadrant la formation et la pratique

2.4.1. Décret et lois

2.4.1.1. Généralités

La pratique de l'ostéopathie par des non professionnels de santé a été légalisée en France par la loi Kouchner de 2002.

La formation et la pratique de l'ostéopathie en France est encadrée respectivement par les décrets n° 2007-437 et 2007-435 du 25 mars 2007 relatifs aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.

2.4.1.2. Décret relatif aux Actes

Les actes autorisés officiellement sont des manipulations manuelles ayant pour seul but de prévenir ou remédier aux troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. Ces manipulations sont manuelles et externes.

Les touchers pelviens et les manipulations gynéco-obstétricales ne sont pas autorisés.

Les manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois, et les manipulations du rachis cervical nécessitent une évaluation médicale et une attestation d'absence de contre-indication.

Le décret mentionne aussi que ces mesures restrictives ne sont pas applicables aux médecins pratiquant l'ostéopathie ou à tout autre professionnel de santé lorsqu'ils sont habilités à réaliser ces actes dans le cadre de l'exercice de leur travail.

2.4.1.3 Décret relatif aux Conditions d'exercice de l'ostéopathie

L'usage professionnel est réservé

- aux médecins, sages femmes, kinésithérapeutes et infirmiers titulaires d'un DU ou DIU, délivré par une université reconnue par le conseil national de l'ordre des médecins.
- Aux titulaires d'un diplôme délivré par un établissement agréé
- aux titulaires d'une autorisation d'exercice de l'ostéopathie délivrée par l'autorité administrative pour les ressortissants d'un état membre de la communauté européenne. [10]

2.4.1.4. Parcours de soin

Il n'existe pas d'obligation de consultation du médecin généraliste excepté dans les cas de manipulations du rachis cervical pour tous les patients et de manipulation du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de 6 mois qui nécessitent un certificat de non contre-indication.

2.4.2. Formation et agréments des établissements de formation

Le diplôme d'ostéopathe est délivré aux personnes ayant suivi une formation d'au moins 2660 heures ou trois années comportant 1435 heures d'enseignement théorique des sciences fondamentales et de biologie et 1225 heures d'enseignement théorique et pratique de l'ostéopathie.

Pour les universités qui délivrent un DU ou un DIU d'ostéopathie aux titulaires de diplômes leur permettant d'exercer une profession médicale ou d'auxiliaires médicaux, les conditions de formation sont aménagées et sont définies par l'article 75 de la loi n° 2002-203 du 4 mars 2002 du code de santé publique. [11]

En pratique en 2011, 27 écoles sont agréées pour une formation initiale en ostéopathie dont 10 ayant une inscription au RNCP (registre national des certifications professionnelles) pour un titre de niveau 1, équivalent bac +5 (ce nombre est passé à 29 selon le rapport de l'académie nationale de médecine de mars 2013).

16 facultés de médecine sont habilitées à délivrer des DU et DIU

22 établissements agréés dispensent une formation aux professionnels de santé (23 selon le rapport de l'académie nationale de médecine de mars 2013). Ces écoles peuvent être communes avec celles des ostéopathes « ni-ni » ou des médecins.

2.5. Objectifs de l'étude et justification de la thèse

Devant la constatation d'une progression importante des recours aux médecines traditionnelles dans le monde au cours des dernières années, l'OMS a décidé depuis 2002 d'adopter une stratégie d'intégration de ces médecines dans les systèmes de santé conventionnels.

Dans cette optique, elle a publié, en 2010, sept textes relatant les principes directeurs de la formation en Ayurveda, naturopathie, Nuad Thi, ostéopathie, médecine chinoise traditionnelle et Tuina et médecine Unani permettant :

- d'aider les pays à établir des systèmes de qualification des praticiens de médecine conventionnelle
- de permettre aux praticiens de médecine traditionnelle de mettre à jour leurs connaissances et leurs compétences en collaboration avec les prestataires de médecine conventionnelle
- de permettre une meilleure communication entre les prestataires de soins conventionnels et traditionnels
- de promouvoir l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé.

En France, les mêmes raisons ont poussé les autorités sanitaires à demander en 2006 un rapport de l'Académie nationale de médecine sur la pratique de l'ostéopathie qui révélait alors trois problèmes :

- il existe une grande hétérogénéité dans le mode d'accès au diplôme et donc dans le type de praticien exerçant
- Il existe une grande hétérogénéité de formation
- La formation délivrée par les écoles privées est incontrôlable et s'oppose dans certains cas à la formation médicale délivrée par les universités de médecine.

En 2013, la formation et la pratique sont encadrées par les décrets de 2007 mais les problématiques restent néanmoins réelles.

Devant l'augmentation conséquente du nombre de consultations, et la place que prend l'ostéopathie dans le système de soin en France, les études relatives à cette discipline se multiplient.

Les thèses publiées à ce jour sur l'ostéopathie se sont attachées à étudier la connaissance des médecins sur la pratique de l'ostéopathie, les relations entre médecin et ostéopathe (MINGAM 2010), et le recours à l'ostéopathie des médecins généralistes (DUMOULIN 2012)

D'autres sont des études descriptives sur la pratique de l'ostéopathie. (Mayer 2010) (AIT HAMMED 2012) et (E THIRIAT 2006)

Il n'existe à l'heure actuelle aucune étude portant sur le recours en ostéopathie chez les sportifs (recherches effectuées sur le Cismef et dans les moteurs de recherche de documents scientifiques : google scholar ...)

Pour ma part, je propose d'étudier le recours aux consultations d'ostéopathie dans le domaine du sport et plus spécifiquement par les joueurs de rugby des Pays de Loire.

Par mon expérience personnelle, j'ai pu constater que l'évocation des consultations d'ostéopathie est fréquente dans les vestiaires. J'ai donc voulu vérifier cette impression pour pouvoir la comparer au taux de fréquentation des ostéopathes dans la population générale.

Je me suis intéressé ensuite au type de praticien consulté.

Puis, à travers le questionnaire que j'ai soumis aux joueurs, j'ai tenté d'étudier les représentations présentes dans l'esprit des joueurs concernant la pratique de cette discipline.

Enfin, j'ai voulu analyser plus précisément les motifs de consultation, le type de traitement et le parcours de soin correspondant à ces consultations.

L'étude de ces paramètres me semble importante pour les médecins du sport mais également pour les médecins généralistes et spécialistes en contact avec le domaine de sport. La connaissance des pratiques permet de mieux appréhender les besoins, de pouvoir essayer d'y répondre de manière plus appropriée et de tenter d'intégrer cette discipline dans le système de soin pour pouvoir proposer un parcours de soin cohérent.

L'objectif principal de cette thèse est donc de faire un état des lieux du recours à l'ostéopathie chez les joueurs et joueuses de rugby des Pays de Loire, puis dans un deuxième temps, d'évaluer s'il existe des différences de recours en fonction du type de praticien consulté.

3. MATÉRIEL ET MÉTHODE

3.1. Type d'étude

Étude quantitative descriptive multi-centrique du recours aux ostéopathes des Pays de Loire.

3.2. Population étudiée et recueil de données

L'étude portait sur les joueurs de rugby des Pays de Loire.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Jouer au rugby dans un des clubs des Pays de Loire à un niveau amateur (niveau inférieur à la division « fédéral 2 »).
- Les personnes interrogées devaient posséder une licence de joueurs valable pour l'année en cours.
- Les joueurs, mais aussi les joueuses correspondants aux critères d'inclusion ont été invités à répondre au questionnaire.

Les critères d'exclusion sont :

- Les personnes mineures
- Les dirigeants et autres personnes du club ne jouant pas au rugby (dirigeants, arbitres, etc.).

Le critère de sélection des clubs participants a été la distance par rapport à Angers. J'ai donc contacté tous les clubs que j'ai pu répertorier dans un rayon de 150 km. Afin d'obtenir un maximum de personnes à interroger, j'ai pris contact avec les dirigeants par mail le plus souvent et par téléphone, afin de pouvoir expliquer ma démarche et m'assurer de la présence des joueurs le jour du recueil des données.

Seul le département de la Mayenne n'est pas représenté car les clubs contactés dans ce département n'ont pas souhaité répondre à mes sollicitations.

Les clubs qui ont accepté de participer sont :

Cholet (49),
Angers (49),
Clisson , (49),
Pontlieu (72),
Les Herbiers (85),
Rezé (44).

Le recueil de données a été réalisé dans les vestiaires même des clubs. Un rendez-vous a été fixé pour chaque club. L'ensemble des joueurs alors présents a bien voulu répondre au questionnaire que je leur ai soumis. Néanmoins, la totalité des joueurs de l'équipe n'était bien évidemment pas présente.

À noter que le recueil des données s'est effectué entre le mois de mai et de juin, période

correspondant à la fin de saison pour les différents championnats de rugby.
Les questionnaires étaient bien entendu anonymes.

3.3. Questionnaire

Le questionnaire fourni aux joueurs et joueuses de rugby était composé de 18 questions à choix multiples. Plusieurs réponses pouvaient être cochées à la même question.

La première partie du questionnaire s'attachait à rechercher les représentations liées aux consultations d'ostéopathie. L'ensemble des personnes interrogées ont pu y répondre.

La deuxième question permettait de séparer les personnes interrogées en deux sous groupes : les personnes n'ayant jamais consulté un ostéopathe, pour qui le questionnaire s'arrêtait là, et les personnes ayant déjà consulté un ostéopathe qui étaient invitées à poursuivre le questionnaire.

La troisième question étudiait le type de praticien, permettant d'une part d'évaluer la proportion respective de consultations pour chaque type de praticien et d'autre part de séparer la population étudiée en sous groupes en fonction du type de praticien (kinésithérapeutes-ostéopathes, médecins ostéopathes et ostéopathes ni médecin ni kinésithérapeute)

Le reste du questionnaire était donc composé de 15 questions qui m'ont permis de tenter d'explorer successivement :

- les modalités de consultation (plaintes motivant le recours à l'ostéopathe, types de traitement, fréquence de consultation et suivi)

- le parcours de soin (consultation d'un médecin généraliste avant et/ou après, communication entre les différents praticiens)

- la satisfaction liée à la prise en charge et les espérances qui ont motivé la consultation

- la connaissance des patients en termes de financement et prise en charge de la part du régime obligatoire et des complémentaires de santé

Une question est revenue très souvent lors du recueil de données, dans l'étude du parcours de soins et plus précisément pour l'étude de la présence de comptes-rendus : « de quel type de compte-rendu parlez-vous ? »

A cette question, la réponse était : « tous types de compte-rendus : courrier, compte rendu oral, ou autres ».

3.4. Analyse statistique

Les données ont été extraites des questionnaires remplis pour pouvoir réaliser une analyse statistique descriptive des résultats.

Il s'est avéré au recueil des résultats, qu'une analyse en sous catégorie était possible en isolant les questionnaires en fonction du type de praticien consulté.

Les questionnaires ont donc été ré-exploités dans ce sens afin de pouvoir réaliser une analyse comparative des réponses obtenues et tenter de mettre en évidence des différences.

L'analyse statistique comparative des sous groupes est réalisée par des tableaux de contingence en espérant donner des orientations et des tendances. L'ensemble de l'analyse statistique s'attache à étudier le pourcentage de réponses X ou Y par rapport au nombre de sujets interrogés pour pouvoir ainsi déterminer par exemple le pourcentage de sujets ayant pu bénéficier du traitement X ou du traitement Y. Le nombre de réponses X ou de réponses Y est donc rapporté au nombre de sujets interrogés et non au nombre total de réponses.

Les questions étant souvent à choix multiples, le nombre de réponses à chaque question peut être supérieur à 1. En d'autres termes, le nombre total de réponses peut être supérieur au nombre de sujets interrogés, ce qui implique que la somme des pourcentages des réponses à une question pour un groupe analysé (par exemple pourcentage de traitement X + pourcentage de traitement Y) peut être supérieure à 100%.

Les pourcentages apparaissant dans les tableaux (et donc sur les graphes associés) représentent le pourcentage du paramètre étudié par rapport AU NOMBRE DE SUJETS du groupe analysé et non par rapport au nombre de réponses.

L'analyse statistique réalisée à partir des données présentes dans les tableaux de contingence a été réalisé en ligne sur le site suivant : <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>.

4. RÉSULTATS

159 questionnaires ont été remplis par des joueurs et joueuses de rugby des Pays de Loire pratiquant le rugby régulièrement en compétition au niveau amateur (départemental ou régional).

Sur les personnes interrogées, 143 étaient des hommes, 16 étaient des femmes.

Toutes les personnes interrogées étaient majeures.

L'âge moyen était de 27 ans et demi.

Le plus jeune joueur interrogé avait 18 ans.

Le plus âgé en avait 53 ans.

La médiane était de 26 ans et l'écart type de 6,75.

4.1. Taux de consultation

A la question « Avez-vous déjà consulté un ostéopathe ? », 115 personnes ont répondu positivement soit 72,33%.

44 personnes ont répondu « NON » soit 27,67%.

Il n'existait pas de limites temporelles à cette question. Le chiffre ainsi obtenu correspond au nombre de personnes ayant déjà consulté un ostéopathe dans leur vie.

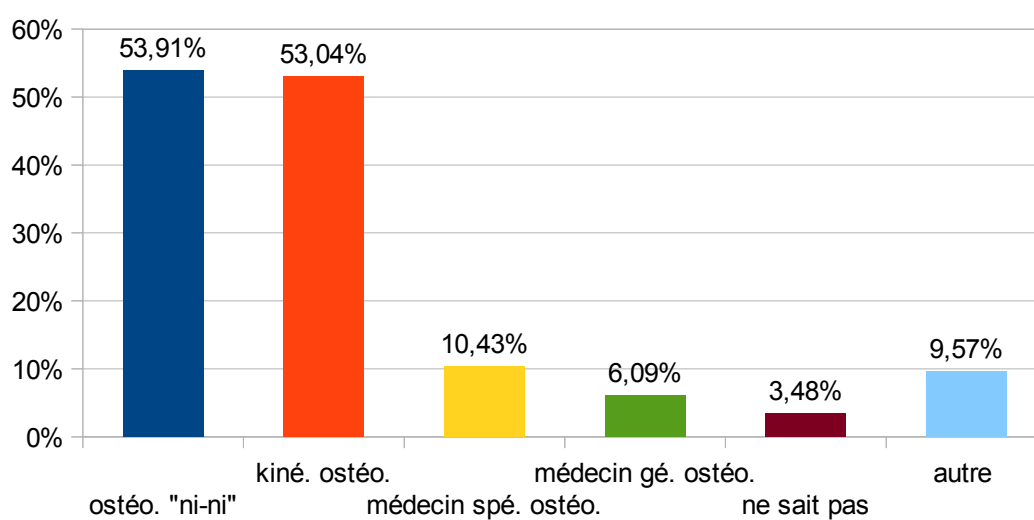
4.2. Type de praticien consulté

Parmi les 115 personnes ayant déjà consulté dans leur vie un ostéopathe, 62 déclaraient avoir consulté un ostéopathe « ni-ni », 61 disaient avoir consulté un kinésithérapeute ostéopathe, 12 déclaraient avoir consulté un médecin spécialiste ostéopathe, 9 déclaraient avoir consulté un médecin généraliste ostéopathe, 4 ne savaient pas et 11 disaient avoir vu un autre type de praticien dont un étio-pathe pour 8 d'entre eux, un chiropracteur et un « charlatan » (selon les dires de la personne interrogée).

Ces données sont résumées dans le tableau suivant :

ostéopathe ni médecin ni kiné	62	53,91%
kinésithérapeute ostéopathe	61	53,04%
médecin spécialiste ostéopathe	12	10,43%
médecin généraliste ostéopathe	7	6,09%
ne sait pas	4	3,48%
autre :	11	9,57%

types de praticiens consultés



Autres types de praticiens consultés :

étiopathe	8
charlatan	1
chiropracteur	1
non précisé	1

La somme des pourcentages obtenus est supérieure à 100% car les patients avaient pour la plupart consulté plusieurs types d'ostéopathe.

La suite de l'analyse des questionnaires à cette question a permis de mettre en évidence 3 sous groupes analysables

le groupe des personnes ayant consulté uniquement des médecins ostéopathes (spécialistes et généralistes confondus) (9 questionnaires),

le groupe des personnes ayant consulté des kinésithérapeutes-ostéopathes (32 questionnaires),

et le groupe des personnes ayant consulté des ostéopathes ni-ni (41 questionnaires).

Les 33 questionnaires restant n'étaient pas interprétables en sous groupes du fait du recours à au moins deux types de praticiens (ex : ostéopathe « ni-ni » et médecin ostéopathe)

ostéopathe ni kiné ni médecin	kinésithérapeute ostéopathe	médecin ostéopathe
41 fiches	32 fiches	9 fiches

Ces groupes individualisés ont été analysés tout au long de l'étude afin de tenter de mettre en évidence des différences de pratiques ou de profil des patients consultant tel ou tel praticien. Dans l'idéal, il aurait fallu utiliser le test de Fischer ou du Chi², mais le nombre de sujets étudiés dans les sous groupes étant trop faible, les résultats obtenus lors des tests sont restés non significatifs ($p > 0,5$).

4.3. représentations

4.3.1. représentation globale chez les joueurs de rugby

À la question « Pour vous qu'est ce que l'ostéopathie ? », sur les 159 personnes interrogées, 121 personnes ont répondu : le traitement des déplacements articulaires, soit 76% de la population étudiée.

24 ont répondu : le traitement des maladies par les mains, soit 15 %

24 disaient ne pas savoir, correspondant à 15 % des personnes interrogées

6 donnaient une autre définition :

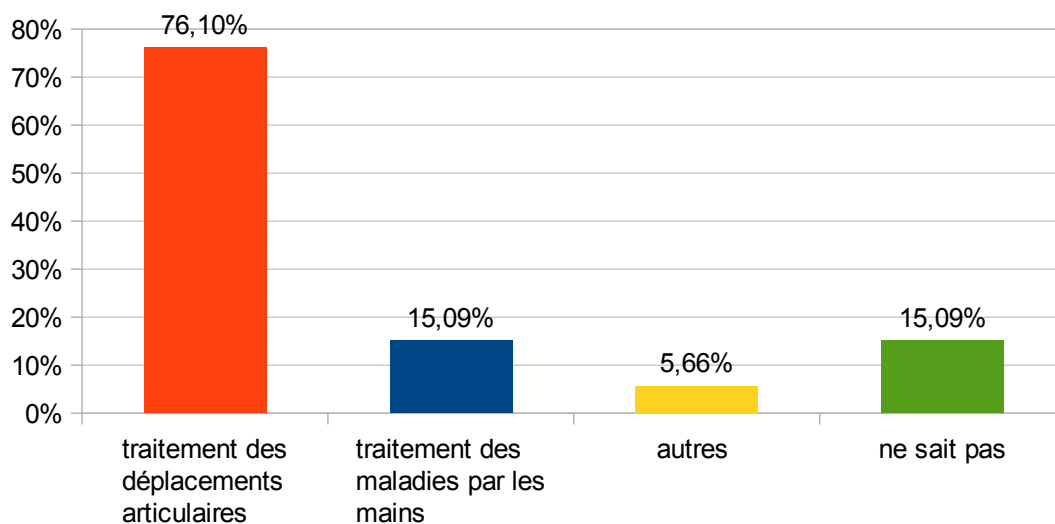
- diminution des douleurs par des manipulations
- traitement du dos
- traitement des déplacements internes (pour deux d'entre eux)
- médecine douce
- traitement des articulations, muscles et os

3 pensaient qu'il existait une autre définition mais n'ont pas précisé laquelle

L'ensemble des réponses s'élevait à 178 pour 159 fiches soit 112% environ qui se justifie par le fait que certains ont coché plusieurs cases.

traitement des déplacements articulaires	traitement des maladies par les mains	autres	ne sait pas
121	24	9	24
76,10%	15,09%	5,66%	15,09%

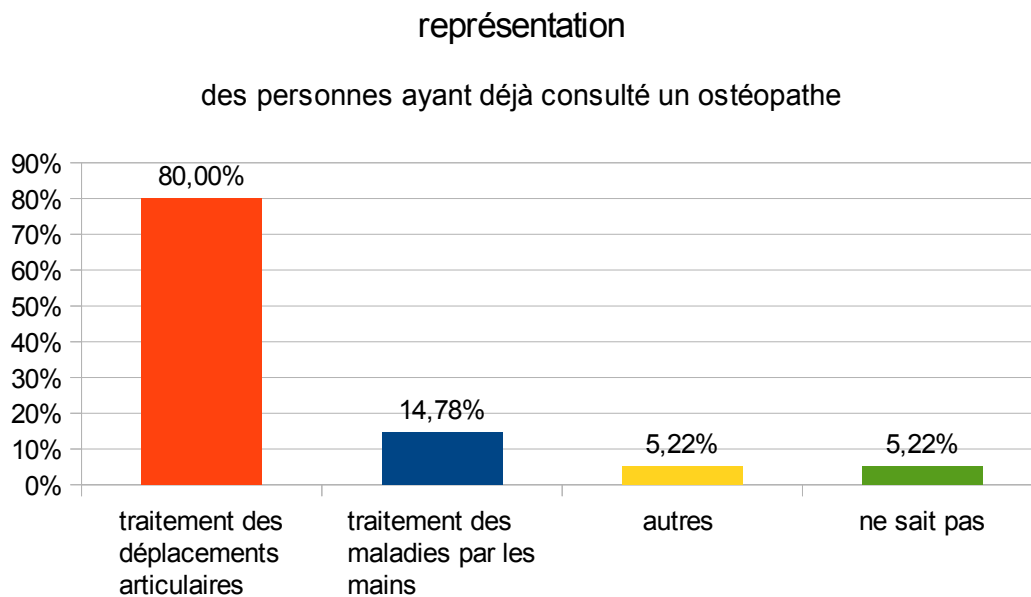
Représentation



4.3.2. Représentations chez les joueurs ayant déjà consulté un ostéopathe

L'analyse des questionnaires des personnes ayant déjà consulté un ostéopathe révélait les résultats suivants : 115 questionnaires ont été analysés, donnant 121 réponses.

	traitement des déplacements articulaires	traitement des maladies par les mains	autres	ne sait pas	total
valeur absolue	92	17	6	6	121
pourcentage	80,00%	14,78%	5,22%	5,22%	105,22%



Les résultats semblent globalement superposables avec ceux obtenus par l'analyse de tous les questionnaires sauf en ce qui concerne la réponse « ne sait pas ». Logiquement, les personnes ayant consulté semblent moins nombreuses à ne pas savoir donner de définition de la discipline avec seulement 5 % des personnes interrogées contre 15 % dans la population étudiée.

4.3.3. Représentations en fonction du type de praticien

L'analyse des représentations en fonction du praticien consulté montrait :

ostéopathes ni kinésithérapeute ni médecin

	traitement des déplacements articulaires	traitement des maladies par les mains	autres	ne sait pas	total
valeur absolue	29	7	3	3	39
pourcentage	70,73%	17,07%	7,32%	7,32%	95,12%

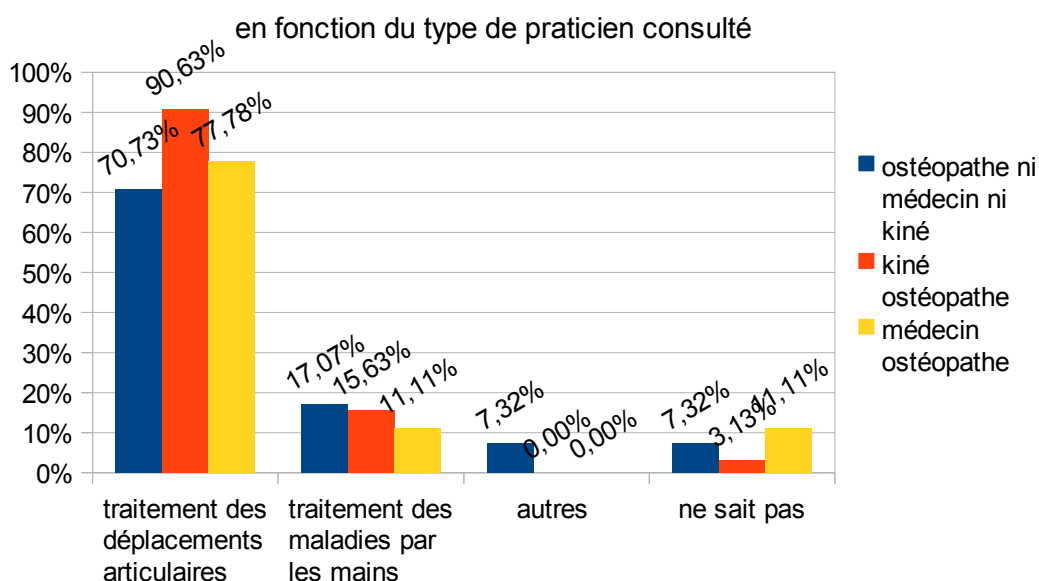
kinésithérapeutes ostéopathes

	traitement des déplacements articulaires	Traitement des maladies par les mains	autres	ne sait pas	total
valeur absolue	29	5	0	1	35
pourcentage	90,63%	15,63%	0,00%	3,13%	109,38%

médecins ostéopathes

	Traitement des déplacements articulaires	Traitement des maladies par les mains	autres	ne sait pas	total
valeur absolue	7	1	0	1	9
pourcentage	77,78%	11,11%	0,00%	11,11%	100,00%

représentation



Nous pouvons donc noter que les chiffres sont globalement superposables avec néanmoins de petites différences qui n'apparaissent pas significatives sur une analyse statistique du fait du nombre de sujets étudiés trop faible, mais qui peuvent néanmoins donner quelques tendances :

Le taux de réponse « traitement des déplacements articulaires » était de 90 % chez les personnes ayant consulté un kinésithérapeute ostéopathe contre 70% chez les personnes ayant consulté un ostéopathe « ni-ni » et 78% chez les personnes ayant consulté des médecins ostéopathes.

Le taux de réponse « soigner les maladies par les mains » était globalement le même dans les 3 groupes.

Les personnes ayant consulté un ostéopathe « ni-ni » étaient les seules à donner des définitions alternatives.

Médecine douce

Traitement des déplacements internes

Traitement des articulations, muscles et os

Le nombre de personnes ayant répondu « ne sait pas » était élevé dans le sous groupe des

médecins ostéopathes mais le nombre de sujets étudiés était trop restreint pour en tirer des conclusions formelles (1 seul patient).

Entre les deux autres sous groupes, le pourcentage de réponses « ne sait pas » variait du simple au double.

Au total, les représentations de ce qu'est l'ostéopathie sont globalement les mêmes chez les joueurs et joueuses de rugby de la population étudiée et chez les joueurs qui ont déjà consulté un ostéopathe.

L'analyse des sous groupes kinésithérapeutes-ostéopathes et ostéopathes ni médecin ni kinésithérapeute permet de mettre en évidence quelques différences :

Les patients étant allés voir un kinésithérapeute ostéopathe ne donnent pas de définition alternative, ont le plus fort taux de réponses « traitement des déplacements articulaires » (90%) et étaient environ 3% à ne pas savoir donner de définition de l'ostéopathie.

Les patients étant allés consulter un ostéopathe « ni-ni » étaient 7% à ne pas savoir définir cette discipline et étaient les seuls à proposer des définitions alternatives. Enfin, ils n'étaient que 70 % à donner comme définition « le traitement des déplacements articulaires ».

les patients ayant consulté un médecin ostéopathe étaient 78% à donner la définition « traitement des déplacements articulaires » et étaient 11% à ne pas savoir donner de définition ou donner comme définition « le traitement des maladies par les mains ».

Le type de praticien consulté n'influe pas ou peu sur les représentations de ce qu'est l'ostéopathie. Et inversement, les praticiens semblent donner une image globalement identique de leur discipline.

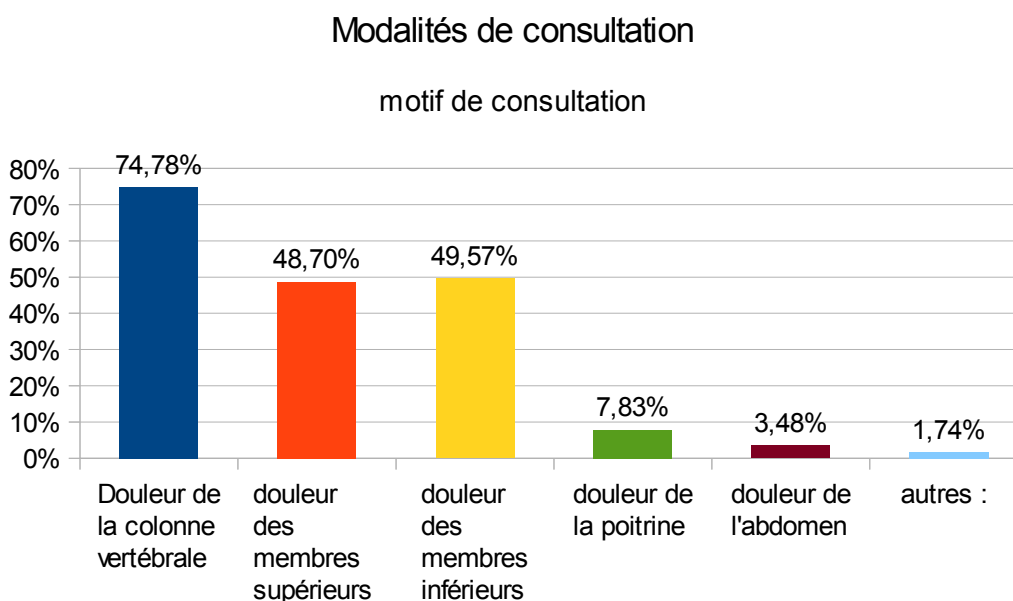
4.4. Modalités de consultation

Les modalités de consultation ont été étudiées à travers 4 paramètres : les motifs ayant poussé les joueurs à consulter, le contexte post-traumatique, le type de traitement mis en œuvre et la présence dans les suites de la consultation d'un programme d'entretien.

4.4.1. Motifs de consultation

L'analyse de l'ensemble des questionnaires des joueurs ayant consulté montre que les joueurs ont consulté dans 75% des cas pour des douleurs rachidiennes (cervicale, dorsale et lombaire) (86 réponses).

Les douleurs des membres supérieurs et inférieurs sont des causes moins fréquentes mais restent présentes dans quasiment une consultation sur deux (respectivement 56 et 57 réponses) Les autres motifs sont restés sous la barre des 10 % et semblent donc être une cause moins importante de consultation (9 réponses pour des douleurs dans la poitrine, 4 pour des douleurs de l'abdomen et deux « autres »). Il semble important de noter que les 115 questionnaires analysés ont permis de récupérer 214 réponses (186%). Il n'existe donc rarement qu'un seul motif de consultation.

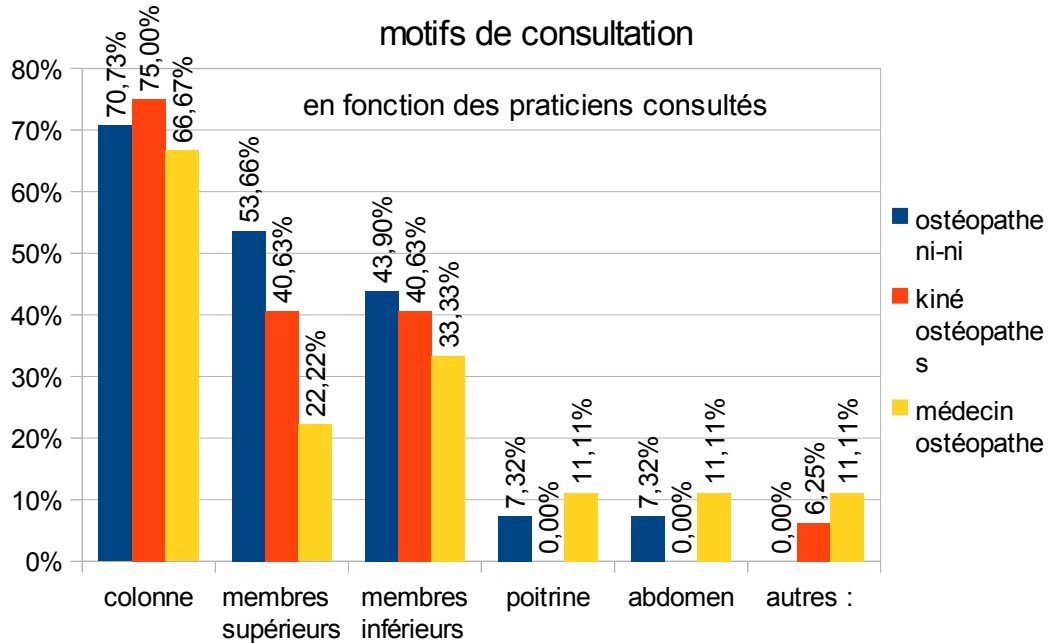


Les motifs de consultation « autres » sont résumés dans le tableau suivant :

douleur de la mâchoire	1
préparation à l'accouchement	1

L'analyse des sous groupes isolés précédemment montrait :

	ostéopathe ni-ni		kiné ostéopathe		médecin ostéopathe	
Douleur de la colonne vertébrale	29	70,73%	24	75,00%	6	66,67%
Douleur membres supérieurs	22	53,66%	13	40,63%	2	22,22%
Douleur des membres Inférieurs	18	43,90%	13	40,63%	3	33,33%
Douleur de la poitrine	3	7,32%	0	0,00%	1	11,11%
Douleur de l'abdomen	3	7,32%	0	0,00%	1	11,11%
autres :	0	0,00%	2	6,25%	1	11,11%



Il apparaît que le motif principal de recours aux ostéopathes reste les douleurs dorsales ou vertébrales.

Le nombre de consultations pour des pathologies des membres supérieurs semble moins important chez les kinésithérapeutes-ostéopathes que chez les ostéopathes ni médecin ni kinésithérapeute, et encore moins important chez les médecins. Cette tendance reste valable pour les douleurs des membres inférieurs mais avec des différences moins marquées.

Enfin, il apparaît que les motifs de consultation autres que membres et rachis étaient plus fréquents chez les médecins ostéopathes que chez les ostéopathes ni-ni mais restaient inexistantes chez les kinésithérapeute-ostéopathes.

4.4.2. Origine des symptômes ayant mené à la consultation

Le type de population étudié a engendré une question complémentaire relative au motif de consultation. En effet, compte tenu de la fréquence des traumatismes dans le rugby, il semble intéressant de pondérer les résultats précédents par la notion de consultation secondaire à une pathologie spontanée ou provoquée.

Total des réponses : 126 pour 115 fiches soit 109%

87 fiches mentionnaient uniquement des consultations dans un contexte post traumatique. (et donc une situation plutôt aiguë).

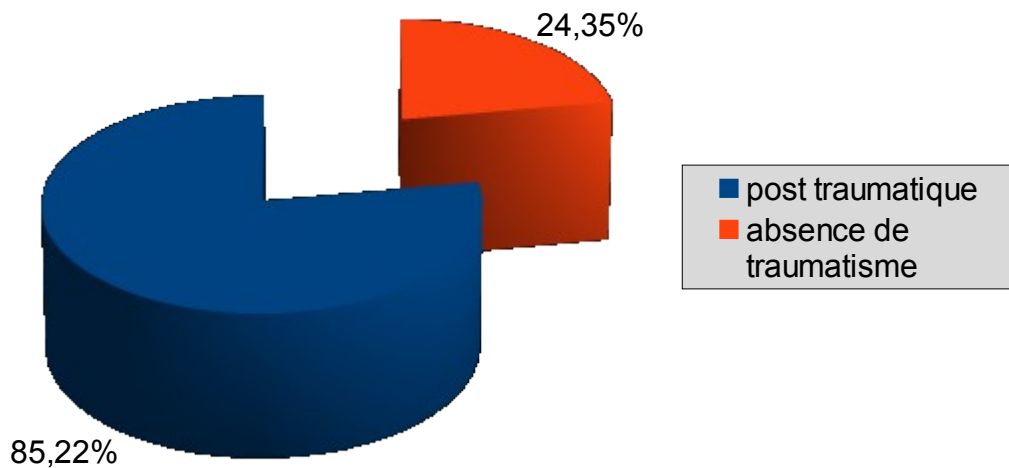
17 mentionnaient des consultations en dehors de tout traumatisme.

11 fiches mentionnaient un recours dans les deux situations.

Au total :

Post traumatique	98	85,22%
absence de traumatisme	28	24,35%

Origines des symptômes ayant motivé la consultation

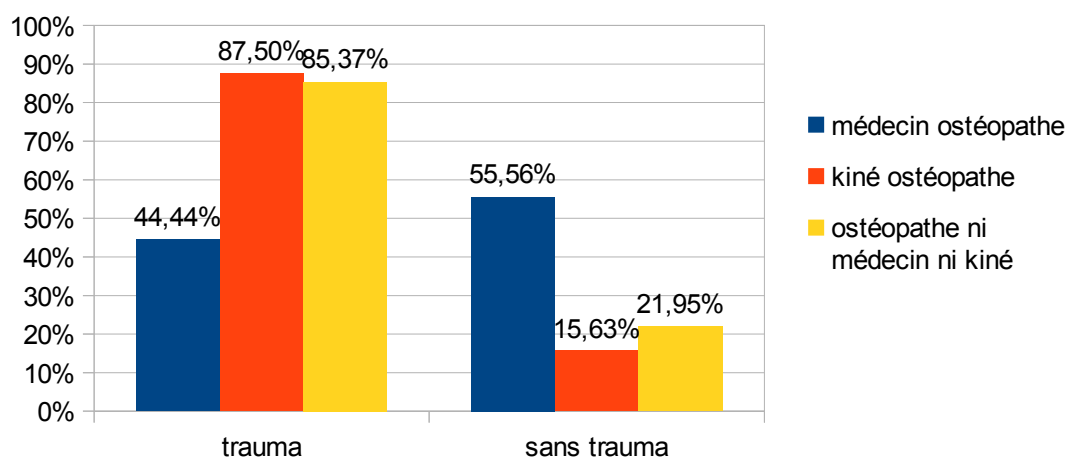


Il apparaît donc que la majorité des personnes (85%) ont consulté pour un symptôme créé par un traumatisme dans la population générale des joueurs et joueuses de rugby

Analyse en fonction des praticiens consultés.

origine des symptômes ayant motivé la consultation

analyse en fonction du type de praticien



Cette répartition est retrouvée dans les groupes ayant consulté un ostéopathe ni médecin ni kinésithérapeute et chez les kinésithérapeutes ostéopathes.

En revanche, cette répartition chez les médecins est complètement différente.

La consultation des médecins ostéopathes n'était qu'à 44% motivée par un traumatisme.

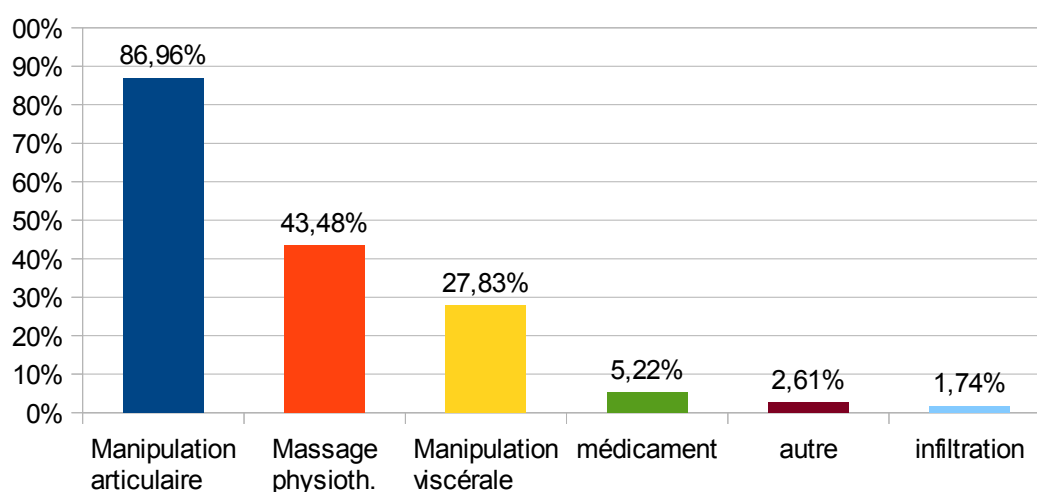
Les consultations se déroulent donc probablement moins dans un contexte d'urgence.

4.4.3. Types de traitements

Les joueurs interrogés déclaraient pour 87% d'entre eux avoir pu bénéficier de manipulations articulaires. Les manipulations viscérales étaient cités 32 fois soit chez 28% des joueurs. Les massages et la physiothérapie représentaient 43 % des prises en charges. Les médicaments et les infiltrations représentaient respectivement 5% et 2% des traitements.

Manipulations articulaires	100	86,96%
Manipulations viscérales	32	27,83%
infiltrations	2	1,74%
médicaments	6	5,22%
Massages / physiothérapie	50	43,48%
autres	3	2,61%

Type de traitement



Les manipulations articulaires et les massages semblent donc être les moyens de traitement privilégiés par les ostéopathes.

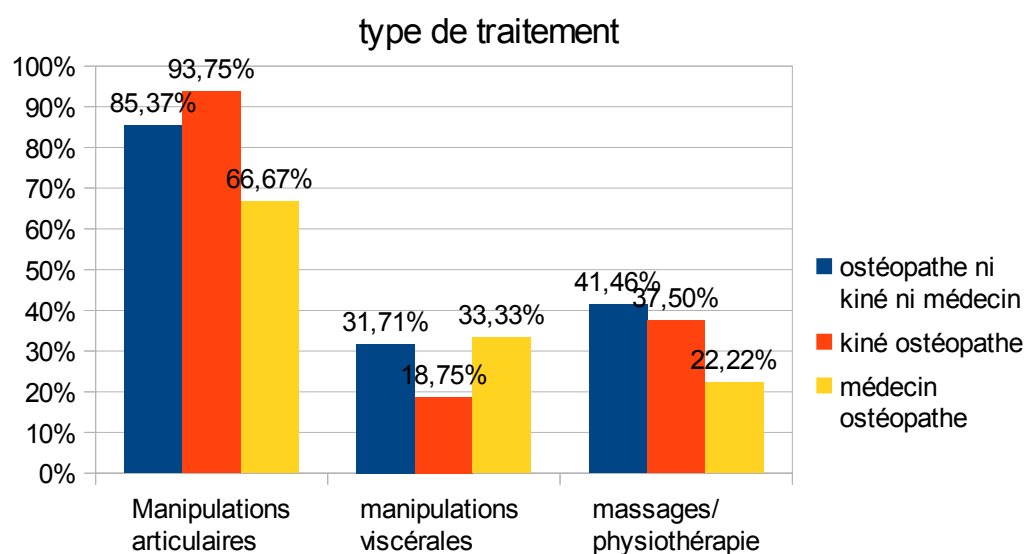
Néanmoins, les manipulations viscérales sont bien représentées et ont été réalisées sur quasiment un patient sur 3.

Les personnes ayant répondu « autres » étaient au nombre de 3 et donnaient comme type de traitement pratiqué :

- magnétisme
- exercices sur machine
- « juste toucher »

Analyse en fonction du type de praticien consulté

	ostéopathe ni kiné ni médecin		kiné ostéopathe		médecin ostéopathe	
Manipulations articulaires	35	85,37%	30	93,75%	6	66,67%
manipulations viscérales	13	31,71%	6	18,75%	3	33,33%
massages /physiologie	17	41,46%	12	37,50%	2	22,22%



Ce graphe montre les différences qu'il est possible de constater en termes de traitement pratiqué.

Les kinésithérapeutes semblent orienter leur pratique d'avantage vers les manipulations articulaires et les massages que les ostéopathes « ni-ni » et les médecins ostéopathes. Et *a contrario*, les manipulations viscérales semblent plus fréquentes chez les ostéopathes ni médecin ni kinésithérapeute et les médecins ostéopathes que chez les kinésithérapeutes.

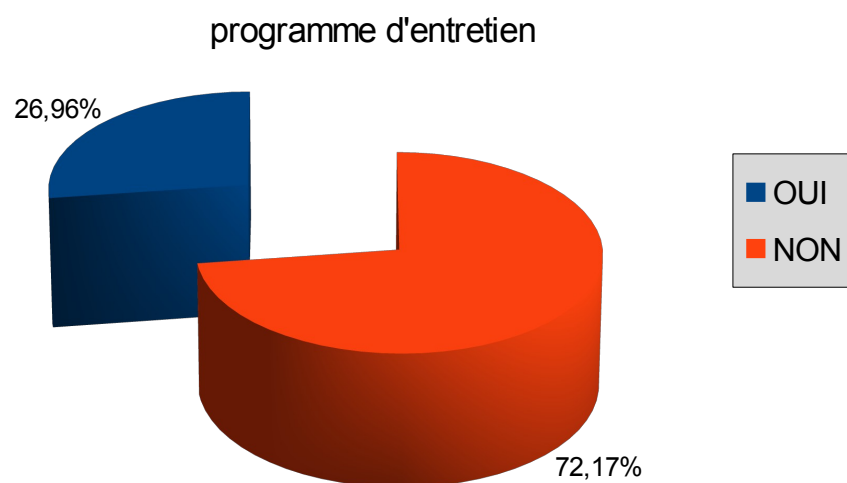
4.4.4. Programme d'entretien

Les réponses à cet item du questionnaire ont permis d'évaluer l'existence d'une suite à la consultation, comme il en existe souvent dans la prise en charge des kinésithérapeutes.

Sur les 115 fiches remplies, une seule personne interrogée n'a pas répondu.

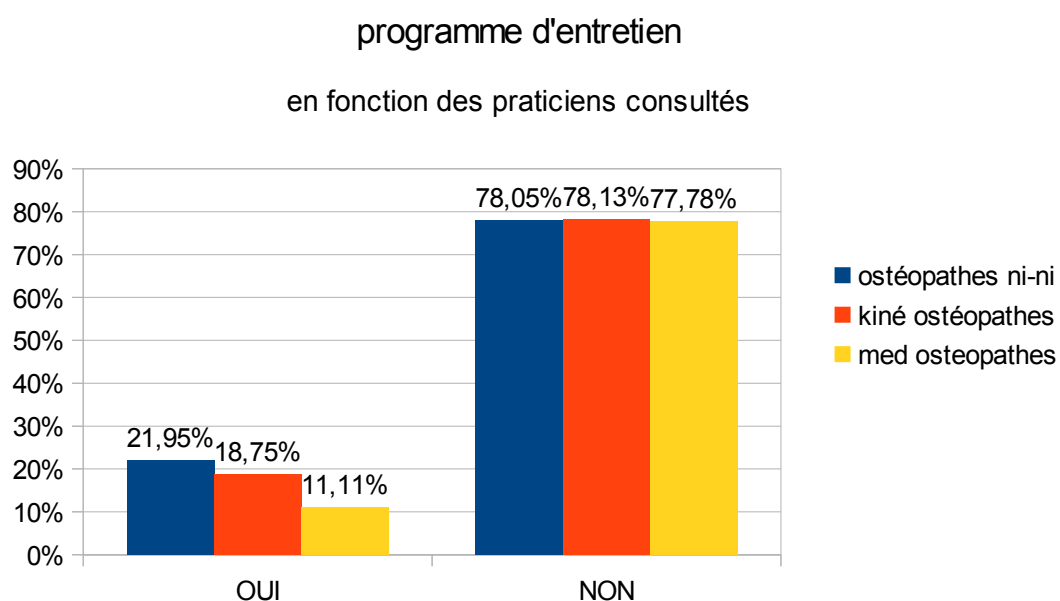
31 ont répondu qu'elles avaient bénéficié d'un programme d'entretien alors que 83 déclaraient ne pas avoir pu en bénéficier.

OUI	31	26,96%
NON	83	72,17%



Analyse en fonction du type de praticien consulté

	ostéopathes ni-ni		kiné ostéopathe		médecin ostéopathe	
OUI	9	21,95%	6	18,75%	1	11,11%
NON	32	78,05%	25	78,13%	7	77,78%



L'analyse en fonction du type de praticien consulté montre une répartition globalement identique des résultats avec une grande majorité d'absence de programme d'entretien.

Au total, Les analyses des modalités de consultation montrent que les motifs les plus fréquents sont les douleurs rachidiennes et les douleurs des membres pour tous les types d'ostéopathes. En revanche, la répartition de ces motifs de consultation n'est pas la même en fonction du type de praticien consulté.

L'origine traumatique des symptômes ayant poussé à la consultation est très majoritaire pour les ostéopathes ni médecin ni kinésithérapeute et pour les kinésithérapeutes ostéopathes. En revanche, en ce qui concerne les médecins ostéopathes, il existe autant de personnes ayant consulté dans un contexte post-traumatique que dans un contexte non traumatique.

Les types de traitement les plus représentés sont (dans l'ordre d'importance), les manipulations articulaires, les massages puis les manipulations viscérales.

Cette répartition reste valable quels que soient les praticiens consultés. Néanmoins, les médecins ostéopathes semblent réaliser moins de manipulations articulaires que les autres.

Enfin dans la très grande majorité des cas, les personnes interrogées ont déclaré ne pas avoir pu bénéficier d'un programme d'entretien.

Ce taux est identique pour tous les types de praticiens. Ce qui nous permet d'en conclure que la prise en charge ne s'inscrit pas dans la durée.

4.5. Parcours de soin

L'étude du parcours de soin est basée sur les 7 paramètres suivants :

- la consultation du médecin traitant avant
- l'initiative de la consultation
- la fréquence de consultation
- la présence d'un compte rendu
- l'information du médecin traitant
- les avis éventuels demandés
- la consultation du médecin traitant après

L'analyse a donc été effectuée sur les 115 questionnaires des personnes ayant consulté un ostéopathe.

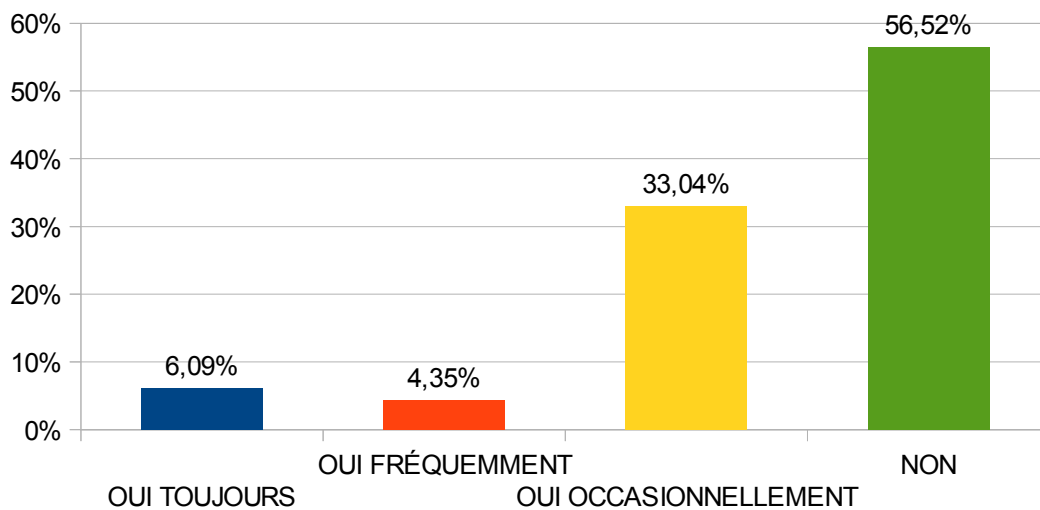
L'analyse en sous groupe reprend les 41 fiches des personnes ayant consulté un ostéopathe « ni-ni », les 32 fiches des personnes ayant consulté un kinésithérapeute ostéopathe et les 9 fiches des personnes ayant consulté un médecin ostéopathe.

4.5.1. Consultation du médecin traitant avant

Les réponses à la question « Avez-vous consulté votre médecin traitant avant ? » sont résumées dans le tableau suivant :

OUI TOUJOURS	7	6,09%
OUI FRÉQUEMMENT	5	4,35%
OUI OCCASIONNELLEMENT	38	33,04%
NON	65	56,52%

consultation du médecin traitant avant



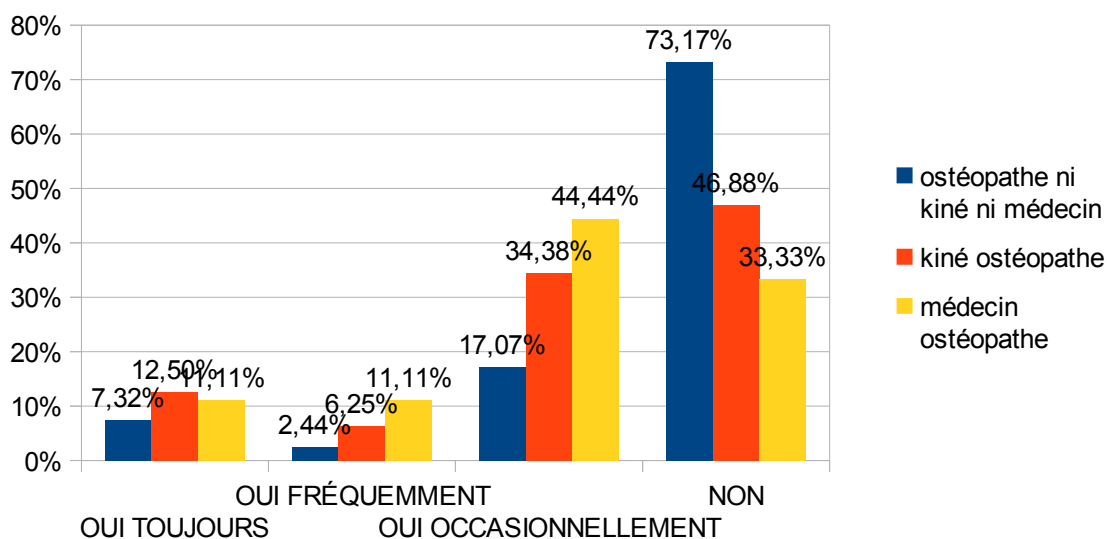
L'ensemble des personnes interrogées ont répondu à cette question (115 réponses). Dans 65 cas (56%), le médecin traitant n'a pas été consulté. Par conséquent, seulement 50 personnes (44%) ont répondu avoir consulté leur médecin traitant avant la consultation d'ostéopathie. Moins d'une personne sur deux a donc consulté son médecin référent avant de voir un ostéopathe.

Parmi ces 50 personnes, 7 personnes (soit 6% de la population étudiée) déclaraient voir leur médecin traitant systématiquement avant la consultation d'ostéopathie, 5 personnes (soit 4% de la population étudiée) déclaraient voir leur médecin traitant fréquemment avant de voir un ostéopathe et 38 personnes (soit 33% de la population étudiée) déclaraient le voir occasionnellement.

L'analyse réalisée en fonction du type de praticien consulté montrait les résultats suivants :

	ostéopathe ni kiné ni médecin		kiné ostéopathe		médecin ostéopathe	
OUI TOUJOURS	3	7,32%	4	12,50%	1	11,11%
OUI FRÉQUEMMENT	1	2,44%	2	6,25%	1	11,11%
OUI OCCASIONNELLEMENT	7	17,07%	11	34,38%	4	44,44%
NON	30	73,17%	15	46,88%	3	33,33%

consultation du médecin traitant avant en fonction du type d'ostéo consulté



Concernant les ostéopathes « ni-ni », les joueurs n'ont en majorité pas consulté leur médecin traitant : 73% des personnes interrogées contre respectivement 47% et 33% pour les kinésithérapeutes ostéopathes et les médecins ostéopathes.

Pour les 3 groupes, les patients consultant leur médecin traitant ne le faisaient en majorité qu'occasionnellement (y compris pour les médecins ostéopathes) puisque la somme des pourcentages de personnes ayant répondu « oui toujours » ou « oui fréquemment » correspondait environ à 20 % pour les médecins ostéopathes et les kinésithérapeutes ostéopathes (1 patient sur 5) et à moins de 10% pour les ostéopathes « ni-ni » (moins de 1 patient sur 10).

Les ostéopathes « ni-ni » semblent être les praticiens les plus en marge du parcours de soin classique.

Concernant les différences qui existent entre le taux de consultation du médecin traitant avant la consultation d'ostéopathie, l'expérience montre que les kinésithérapeutes lorsqu'ils sont consultés en première intention renvoient parfois le patient vers le médecin traitant pour pouvoir obtenir une prescription médicale d'actes de kinésithérapie. La pratique des actes d'ostéopathie s'effectuant alors au sein d'une prise en charge globale de kinésithérapie, la facture restant à la charge du patient s'en retrouve donc allégée.

4.5.2. Initiative de la consultation

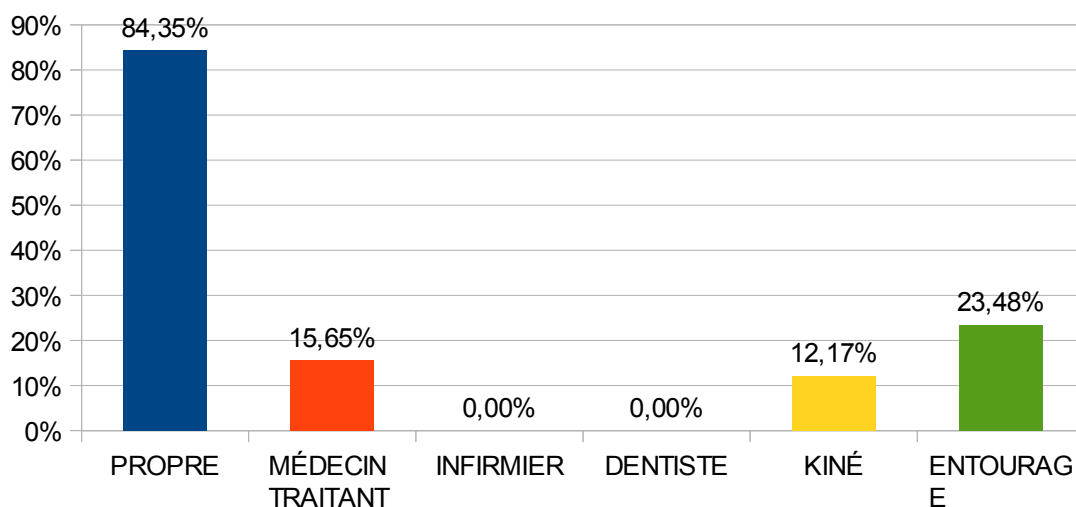
L'objectif de cette question était d'identifier les acteurs principaux influençant la décision de se confier à un ostéopathe.

Sur les 115 fiches analysées, 156 réponses ont été obtenues soit 135,65%.

la répartition était la suivante :

PROPRE	97	84,35%
MÉDECIN TRAITANT	18	15,65%
INFIRMIER	0	0,00%
DENTISTE	0	0,00%
KINÉSITHÉRAPEUTE	14	12,17%
ENTOURAGE	27	23,48%

Initiative de la consultation



Très majoritairement, dans plus de 8 cas sur 10 (84%), la consultation était à l'initiative de la personne qui consultait. L'entourage était un facteur influençant important puisqu'il est intervenu dans un cas sur 4 environ (23,5%).

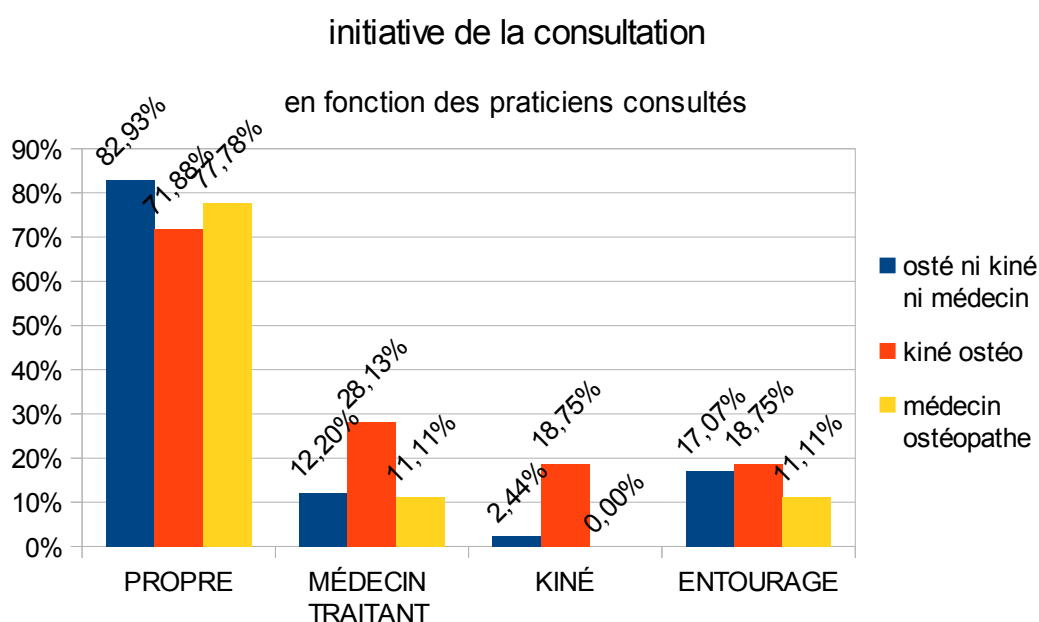
Les autres personnes influençant la décision de consultation sont les acteurs de santé susceptibles d'interférer le plus souvent avec les ostéopathes (médecin traitant et kinésithérapeutes) dans environ un cas sur huit (15% environ).

En conclusion, le secteur médical et paramédical est très rarement impliqué dans la décision de consultation d'un ostéopathe.

Analyse en fonction des praticiens consultés :

Volontairement, les dentistes et les infirmiers ne sont pas représentés car aucun questionnaire ne mentionnait leur influence concernant l'initiative de la consultation.

	ostéopathe ni kiné ni médecin		kiné ostéopathe		médecin ostéopathe	
PROPRE	34	82,93%	23	71,88%	7	77,78%
MÉDECIN TRAITANT	5	12,20%	9	28,13%	1	11,11%
KINÉSITHÉRAPEUTE	1	2,44%	6	18,75%	0	0,00%
ENTOURAGE	7	17,07%	6	18,75%	1	11,11%



Globalement la répartition des résultats reste la même pour tous les types de praticiens consultés.

Les médecins traitant et les kinésithérapeutes suivent une même tendance, en adressant leurs patients plutôt vers un kinésithérapeute ostéopathe (respectivement 28% et 19%) qu'un ostéopathe ni-ni (respectivement 12% et 2%) ou un médecin ostéopathe (respectivement 11% et 0%).

L'orientation vers un médecin ostéopathe est très peu liée aux conseils d'un professionnel de santé et reste essentiellement dépendante de l'initiative propre du patient.

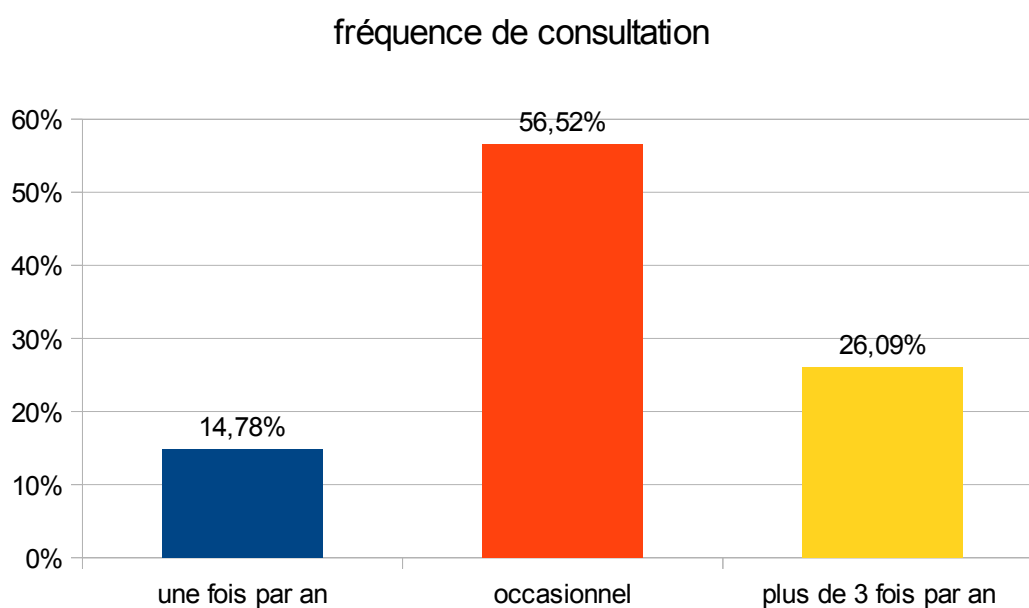
4.5.3. Fréquence de consultation

Sur les 115 fiches analysées, 112 réponses ont été recueillies.

2 personnes ont proposé une autre réponse : « 2 fois par an » pour l'un et « première consultation » pour l'autre.

1 personne n'a pas répondu à la question.

une fois par an	17	14,78%
occasionnel	65	56,52%
plus de 3 fois par an	30	26,09%



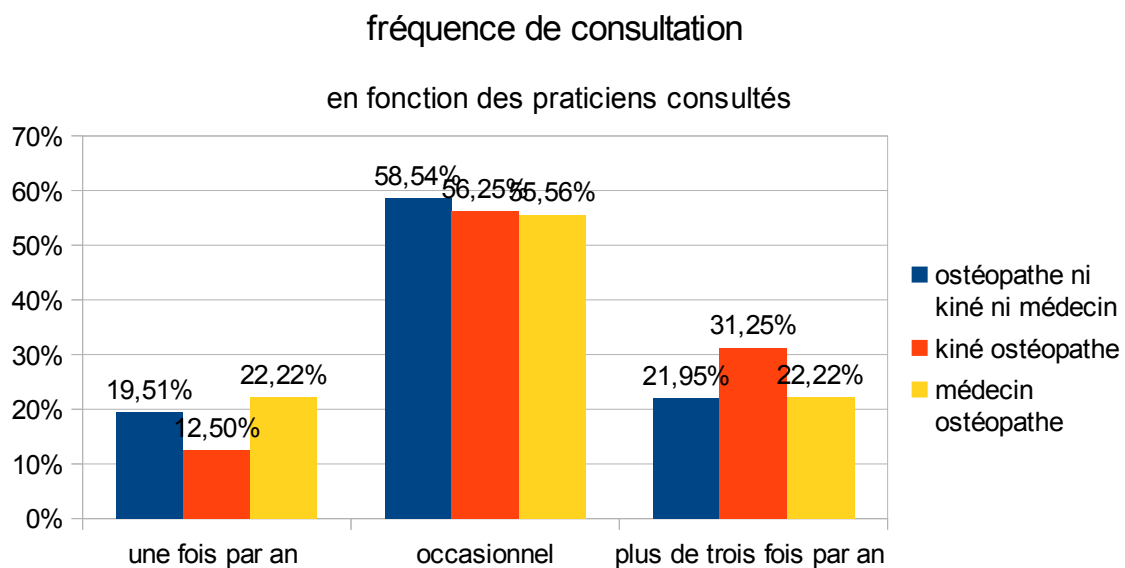
Les habitudes de consultation des joueurs et des joueuses semblent être plutôt sur un mode occasionnel (56%), en fonction des besoins.

26% des personnes interrogées ont consulté plus de 3 fois par an et 15% moins d'une fois par an.

Ce chiffre est à interpréter en prenant en compte la fréquence de l'origine traumatique des motifs de consultation (85%).

Analyse en fonction des praticiens consultés

	ostéopathe ni kiné ni médecin		kiné ostéopathe		médecin ostéopathe	
une fois par an	8	19,51%	4	12,50%	2	22,22%
occasionnel	24	58,54%	18	56,25%	5	55,56%
plus de trois fois par an	9	21,95%	10	31,25%	2	22,22%



L'analyse des sous groupes a permis de mettre en évidence le fait que la fréquence de consultation est globalement la même quel que soit le type de praticien consulté.

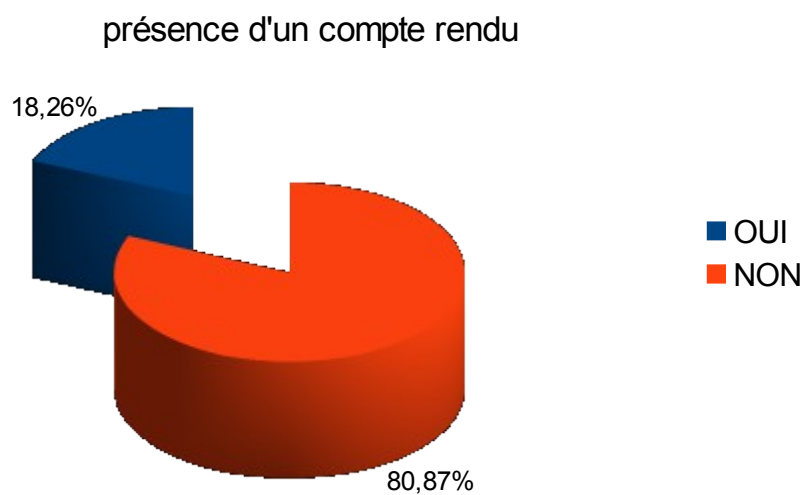
Il semble néanmoins exister une tendance pour les kinésithérapeutes ostéopathes à avoir plus de patients qui consultent trois fois (ou plus) par an que dans les deux autres sous groupes (31% contre environ 22% pour les médecins ostéopathes et les ostéopathes « ni-ni ») et par rapport à la moyenne globale (26%). Inversement, ils semblent avoir moins de patients qui ne consultent qu'une fois par an (12% contre 19% et 22% respectivement chez les ostéopathes « ni-ni » et les médecins ostéopathes ; et 15% sur la moyenne globale).

Pour les 3 types de praticiens consultés, le taux de consultations occasionnelles est resté sensiblement le même (55 à 58%), et correspond à la moyenne globale obtenue sur les 115 questionnaires.

4.5.4. Compte-rendu de séance

Sur les 115 questionnaires analysés, seuls 114 étaient interprétables. En effet, le questionnaire était imprimé sur deux feuilles. Une des personnes interrogées n'a pas rempli la deuxième feuille.

OUI	21	18,26%
NON	93	80,87%



On note que les personnes interrogées n'ont pu récupérer un compte rendu de la séance que dans 18,26 % des cas (21 fiches).

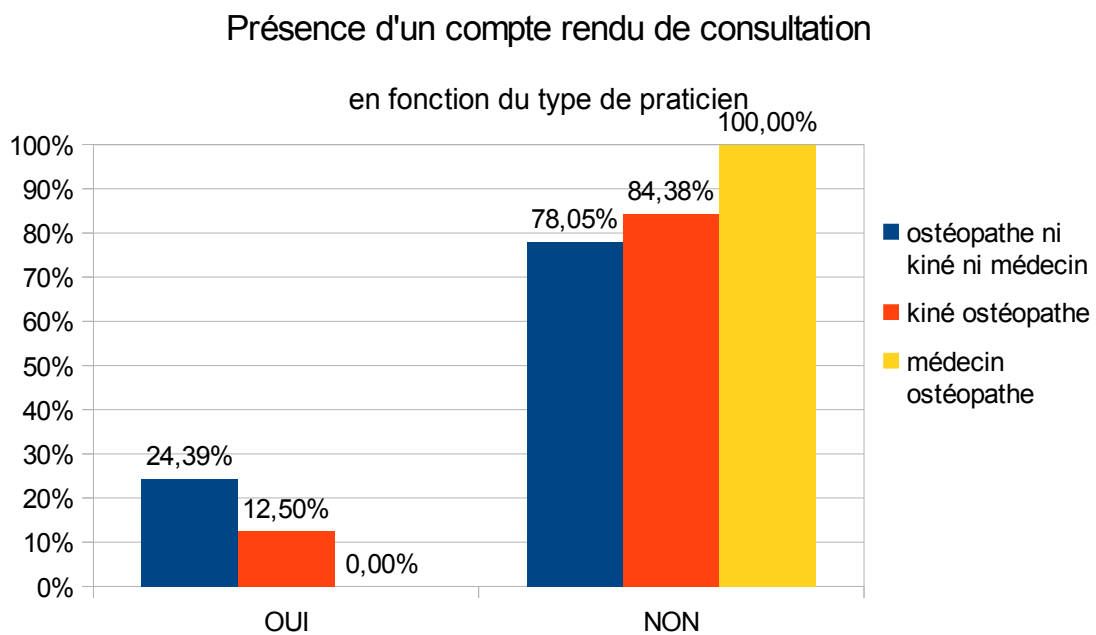
93 personnes ont répondu « NON » à cette question soit 80,87%.

Une seule fiche est restée sans réponse.

Les patients n'obtiennent donc que très rarement des comptes-rendus de ces consultations.

L'analyse réalisée en fonction du type de praticien consulté montre ;

	ostéopathe ni kiné ni médecin		kiné ostéopathe		médecin ostéopathe	
OUI	10	24,39%	4	12,50%	0	0,00%
NON	31	78,05%	27	84,38%	9	100,00%



Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, il semble exister donc plus de comptes-rendus réalisés par les ostéopathes « ni-ni » (25%) que les kinésithérapeutes ostéopathes (12,5%) et les médecins (0%) mais leur nombre reste néanmoins très faible.

4.5.5. Information du médecin traitant

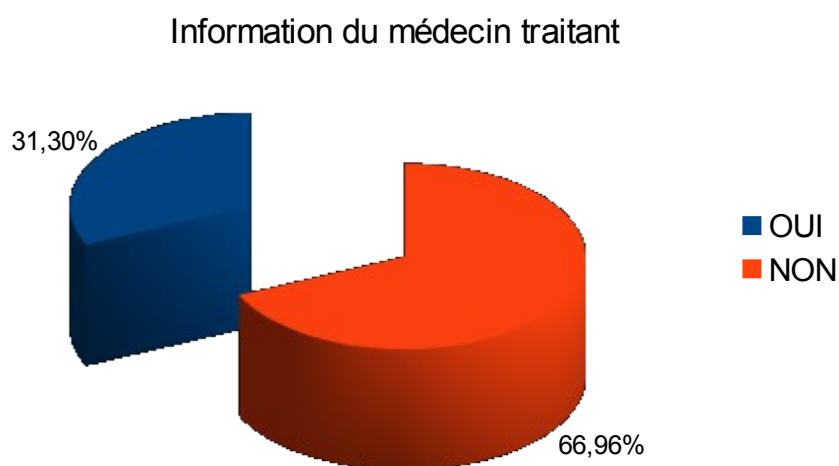
L'étude de cet item du questionnaire a permis d'évaluer le taux de médecins généralistes informés de la consultation d'ostéopathie, que ce soit par le patient ou par l'ostéopathe lui-même.

36 personnes ont confirmé que leur médecin traitant avait été informé de la consultation par un moyen quelconque soit 31,30%.

77 personnes mentionnaient en revanche l'absence de communication à ce sujet avec leur médecin traitant (66,96%).

2 personnes n'ont pas répondu à cette question.

OUI	36	31,30%
NON	77	66,96%



Les chiffres ont révélé un déficit de communication et d'information des médecins généralistes qui ont été mis au courant de la consultation d'ostéopathie dans à peine un cas sur trois.

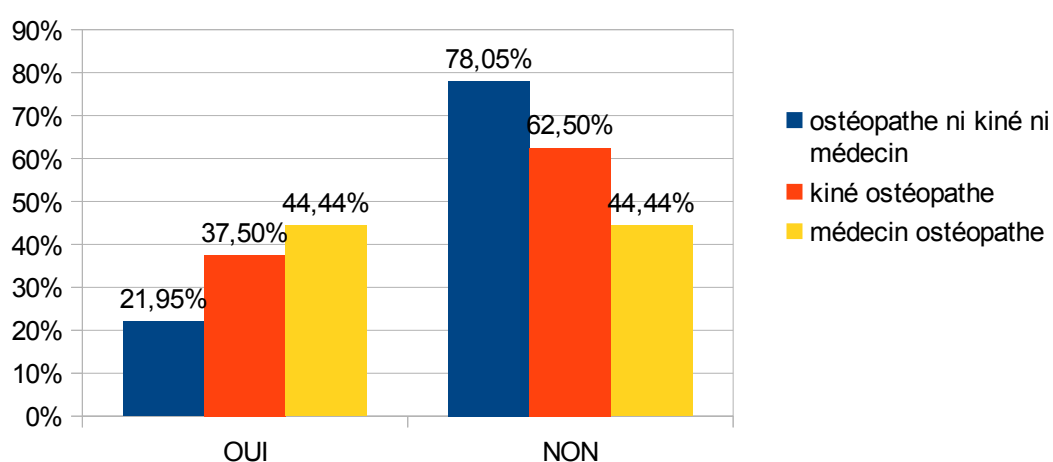
Rapporté au taux de comptes-rendus obtenus, l'information du médecin traitant semble dépendante pour moitié du patient lui-même... En effet, 36 personnes (31%) ont mentionné une information du médecin traitant, alors que 21 seulement ont mentionné la présence d'un compte-rendu. Il existe donc 15 cas (13% de la population étudiée mais un peu moins de 50% des personnes mentionnant une information du médecin traitant) où l'information n'est pas passée par le compte-rendu de la consultation et dépendait donc soit du patient lui-même, soit d'une communication directe entre les deux parties impliquées (qui semble très rare).

L'analyse en fonction du type d'ostéopathe consulté montrait des disparités de résultats entre les trois groupes :

	ostéopathe ni kiné ni médecin		kiné ostéopathe		médecin ostéopathe	
OUI	9	21,95%	12	37,50%	4	44,44%
NON	32	78,05%	20	62,50%	4	44,44%

information du médecin traitant

en fonction du type d'ostéopathe consulté



Les médecins traitants sont donc tenus informés de la consultation d'ostéopathie (probablement par le patient) dans un cas sur deux environ lorsque le praticien est un médecin (spécialiste ou généraliste), dans un cas sur trois lorsque le praticien est un kinésithérapeute et dans un cas sur cinq lorsque l'ostéopathe n'est ni kinésithérapeute ni médecin.

Cette tendance est inverse à la tendance de production des comptes-rendus. Il est logique de supposer que l'attitude des patients vis-à-vis du médecin traitant est différente en fonction du praticien consulté. Pour les ostéopathes « ni-ni », nous pouvons extrapoler que le médecin traitant a été informé lorsqu'il existait un compte-rendu (taux semblable entre compte rendu et information). En revanche, pour les kinésithérapeutes ostéopathes et les médecins ostéopathes, l'information semble plutôt provenir du patient lui-même ou d'une communication entre l'ostéopathe et le médecin traitant (le taux de compte rendu était beaucoup plus faible que le taux d'information.).

Par conséquent, les patients semblent moins réticents à parler avec leur médecin traitant de la consultation d'ostéopathie lorsqu'elle a été réalisée par un médecin ostéopathe ou par un kinésithérapeute ostéopathe.

4.5.6. Avis demandés

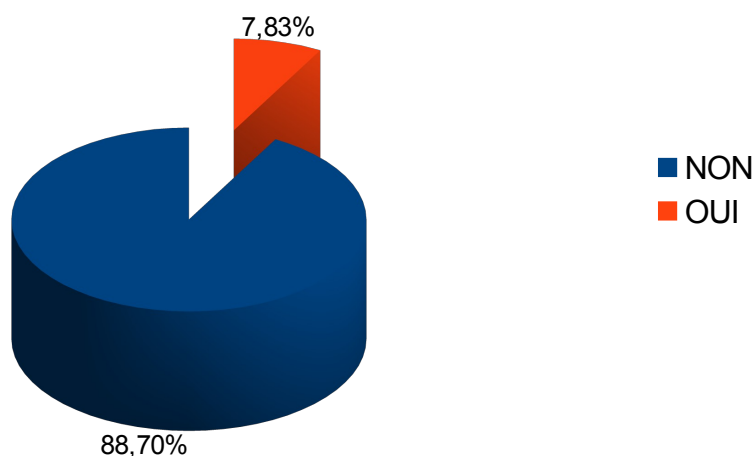
Cette question a permis d'explorer les avis et recours aux autres professionnels de santé (à savoir aux médecins généralistes et spécialistes, aux kinésithérapeutes et aux podologues).

Sur les 115 questionnaires analysés, il n'y avait que 111 fiches remplies soit 96,5%.

Les résultats sont résumés dans le tableau suivant :

NON	102	88,70%
OUI	9	7,83%

avis demandé auprès des autres professionnels de santé.



Parmi les 9 personnes ayant répondu « oui », 3 avaient été adressées à un médecin généraliste, 3 à des médecins spécialistes, 3 à des chirurgiens, 2 à des kinésithérapeutes, 1 à un podologue et 1 à un confrère ostéopathe.

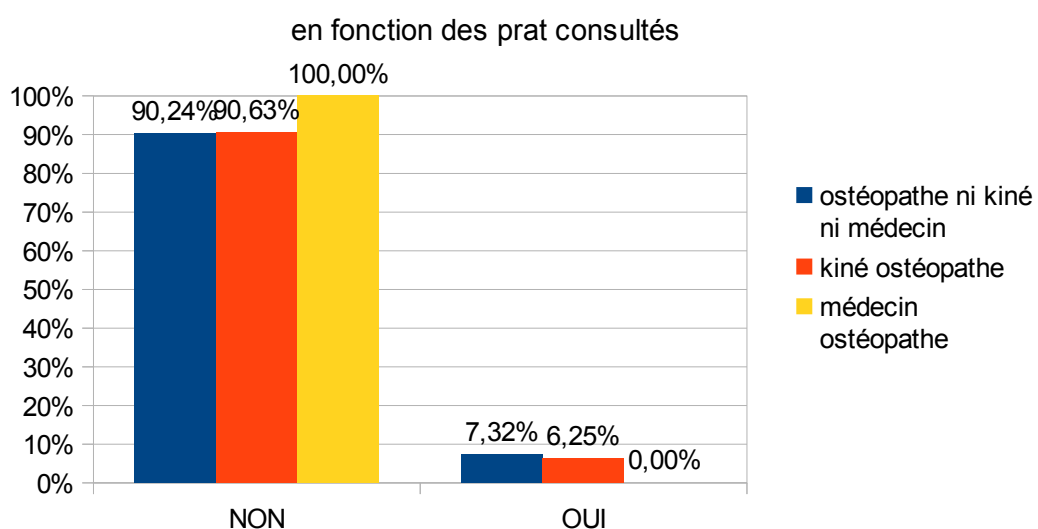
médecin généraliste	3
médecin spécialiste	3
chirurgien	3
kiné	2
podologue	1
confrère ostéopathe	1

Dans la grande majorité des cas, aucun avis n'est demandé notamment aux médecins généralistes et spécialistes pour lesquels la logique ferait imaginer la nécessité du recours pour poser un diagnostic médical et délivrer des certificats de non contre-indication.

Analyse en fonction des praticiens consultés.

	ostéopathe ni kiné ni médecin		kiné ostéopathe		médecin ostéopathe	
NON	37	90,24%	29	90,63%	9	100,00%
OUI	3	7,32%	2	6,25%	0	0,00%

avis demandés



La répartition des avis est globalement identique dans les deux groupes ostéopathes ni médecin ni kinésithérapeute et kinésithérapeutes ostéopathes (7% et 6%). Ils étaient inexistantes dans le groupe des médecins ostéopathes.

L'explication de ces chiffres pourrait être la nécessité parfois de poser un diagnostic médical précis, impliquant le recours à un avis médical de la part des ostéopathes ni-ni et des kinésithérapeutes ostéopathes. En revanche dans ce contexte, les médecins ostéopathes sont théoriquement autosuffisants.

Dans le groupe des ostéopathes « ni-ni », 3 personnes mentionnaient un avis auprès d'autres professionnels de santé.

Le tableau résume les avis demandés par les ostéopathes « ni-ni ». Les 3 fiches en question révélaient 5 avis requis, 2 auprès de médecins généralistes, 2 auprès de kinésithérapeutes et un auprès d'un chirurgien.

médecin généraliste	2
chirurgien	1
kiné	2

Dans le groupe des kinésithérapeutes ostéopathes, sur les deux fiches analysées, 3 avis étaient notés : 2 auprès de chirurgien et un auprès de médecins spécialistes.

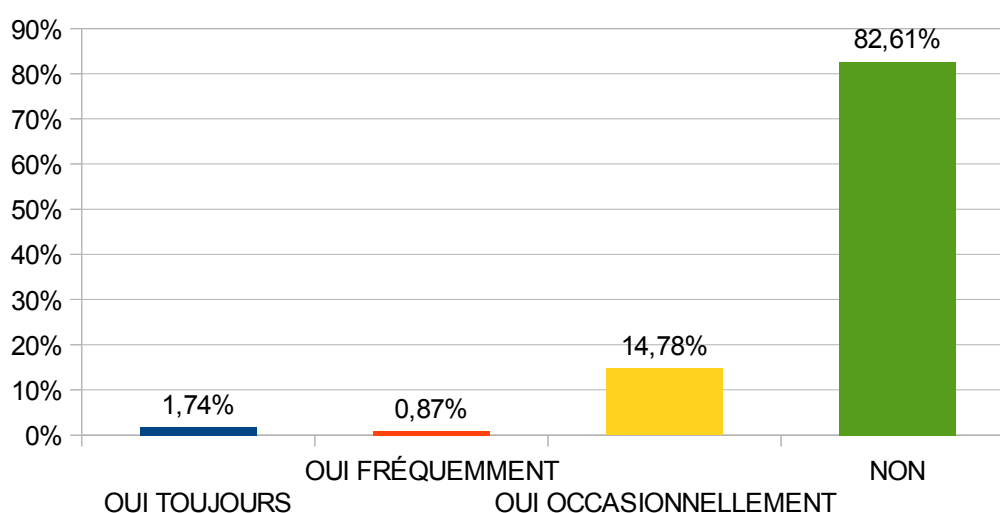
médecin spécialiste	1
chirurgien	2

Dans les deux cas exposés ci-dessus, si les éléments rapportés sont fidèles à la réalité, il semblerait intéressant d'étudier de plus près ces patients adressés par le kinésithérapeute ostéopathe ou l'ostéopathe ni médecin ni kinésithérapeute directement au chirurgien ou au médecin spécialiste (et donc en dehors du parcours de soin habituel). Néanmoins, l'effectif étant extrêmement réduit (9 fiches), ces résultats sont à interpréter avec réserve.

4.5.7. Consultation médecin traitant après la consultation d'ostéopathie.

OUI TOUJOURS	2	1,74%
OUI FRÉQUEMMENT	1	0,87%
OUI OCCASIONNELLEMENT	17	14,78%
NON	95	82,61%

consultation du médecin traitant après



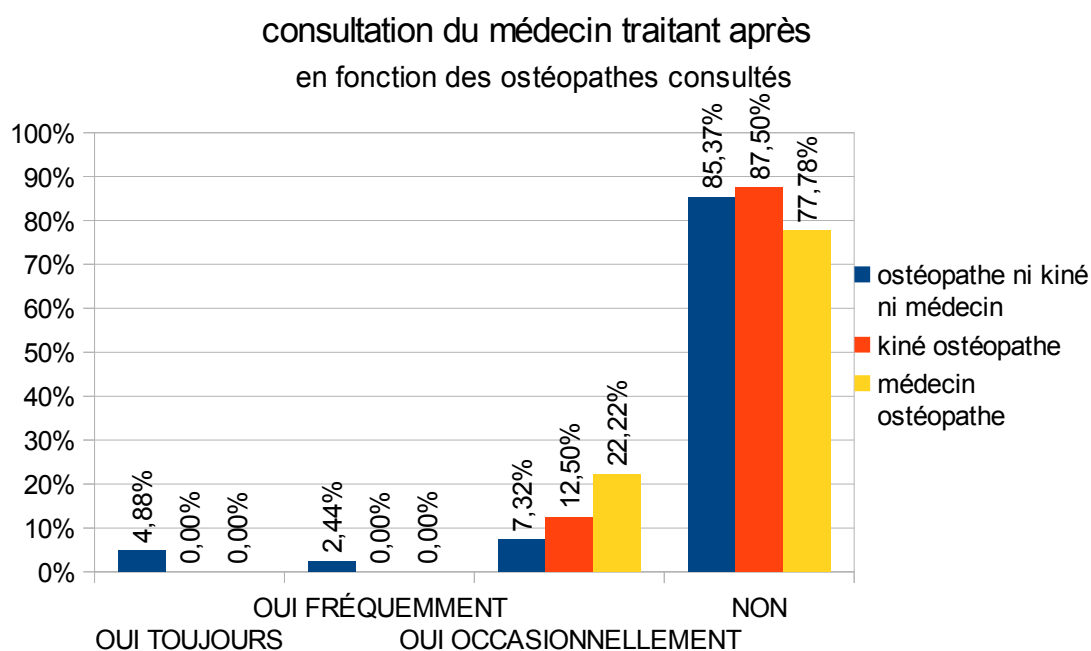
Comme il était prévisible, la consultation du médecin traitant après la consultation d'ostéopathie est rare puisqu'elle ne concerne qu'environ 17% des joueurs interrogés (20 personnes sur les 115 ayant consulté un ostéopathe.).

Sur ces 20 personnes, 17 mentionnaient n'avoir vu leur médecin traitant après qu'occasionnellement. Ce qui représentait 15% des personnes interrogées.

Ainsi, moins de 3% des joueurs ayant consulté un ostéopathe ont consulté régulièrement leur médecin traitant après la consultation d'ostéopathie.

L'analyse des données en fonction du type d'ostéopathe consulté montrait :

	ostéopathe ni kiné ni médecin		kiné ostéopathe		médecin ostéopathe	
OUI TOUJOURS	2	4,88%	0	0,00%	0	0,00%
OUI FRÉQUEMMENT	1	2,44%	0	0,00%	0	0,00%
OUI OCCASIONNELLEMENT	3	7,32%	4	12,50%	2	22,22%
NON	35	85,37%	28	87,50%	7	77,78%



Globalement le type de praticien consulté n'influe pas sur les résultats obtenus. Dans les 3 groupes, plus de 75% des personnes interrogées n'ont pas consulté après. Les joueurs et joueuses de rugby ne consultent donc que très rarement leur médecin traitant après la consultation d'ostéopathie.

Il existe un taux un peu plus élevé de consultations occasionnelles dans le groupe ayant consulté un médecin ostéopathe.

Seuls les joueurs ayant consulté un ostéopathe « ni-ni » mentionnaient dans leurs habitudes la présence d'une « consultation fréquente » ou « systématique » du médecin traitant après la consultation d'ostéopathie (avec malgré tout un pourcentage très faible). Les patients ayant consulté un médecin ostéopathe ou un kinésithérapeute ostéopathe ne mentionnaient aucune « consultation systématique » ou « fréquente » du médecin traitant.

Il semble important de commenter ces résultats en fonction des résultats de la question : avez-vous consulté votre médecin traitant avant ?

En effet, la population étudiée admet globalement ne pas consulter de médecin traitant avant les consultations d'ostéopathes.

Nous pouvons donc en conclure que cette pratique ne s'inscrit que très rarement dans le parcours de soin habituel. Le médecin traitant étant la plupart du temps étranger à ces démarches, il semble logique que le taux de consultation après la consultation d'un ostéopathe soit si faible.

Au total :

L'analyse du parcours de soins à travers les 7 paramètres étudiés a montré que :

Les consultations d'ostéopathie ont lieu dans la majorité des cas en dehors du parcours de soin habituel : en effet, le recours au médecin généraliste avant de consulter un ostéopathe concerne moins d'un patient sur deux et est soumis à de grandes variations en termes de fréquence selon le type de praticien consulté.

L'initiative des consultations relève d'une décision propre au joueur ou des conseils de son entourage dans la plupart des cas. L'avis et les conseils du médecin traitant restent rares voire anecdotiques même s'ils restent plus importants pour les consultations chez les kinésithérapeutes-ostéopathes que chez les ostéopathes « ni-ni » ou les médecins ostéopathes.

La régularité des consultations avec l'ostéopathe montre que les personnes interrogées consultent plutôt de manière occasionnelle, en fonction du besoin (les chiffres restent stables d'un type de praticien à l'autre). Ce résultat est à corrélérer à l'origine post traumatique des motifs de consultation (85% des cas) qui pourrait expliquer ce schéma d'accès aux soins. Il existe néanmoins une tendance montrant que les joueurs semblent plus assidus à la fréquentation régulière des kinésithérapeutes ostéopathes.

Dans la majorité des cas, il n'existait pas de compte-rendu de la consultation d'ostéopathie. (*a fortiori* s'il s'agissait de la consultation d'un médecin ostéopathe ou d'un kinésithérapeute-ostéopathe).

De même, le médecin traitant est rarement informé de ces consultations. Ce paramètre est en revanche soumis à de grandes variations en fonction du type de praticien consulté : les personnes consultant les médecins ostéopathes sont plus nombreuses à informer leur médecin traitant que les personnes consultant un kinésithérapeute ostéopathe, qui eux-mêmes informent plus leur médecin référent que les personnes consultant un ostéopathe « ni-ni ».

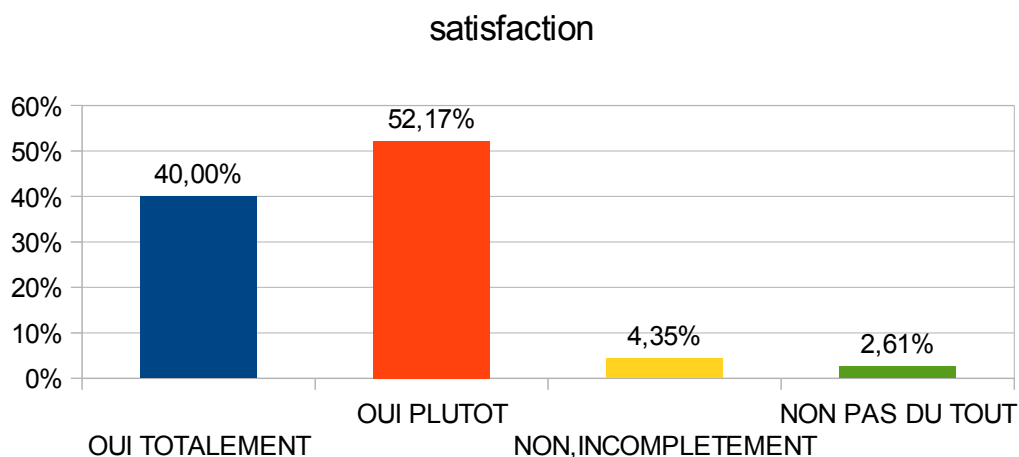
L'analyse a montré que les personnes qui sont allées consulter un ostéopathe ne sont pas revues par le médecin généraliste (moins de 20% des cas étudiés).

Les avis extérieurs sont très rares (moins de 10% des cas) quel que soit le type de praticien consulté, malgré la nécessité d'un diagnostic médical précis dans certains cas et/ou de certificats de non contre-indication à la pratique de l'ostéopathie.

4.6. Satisfaction

Sur les 115 fiches analysables dans cette catégorie, seules 114 réponses ont été relevées (soit 99%) réparties de la manière suivante :

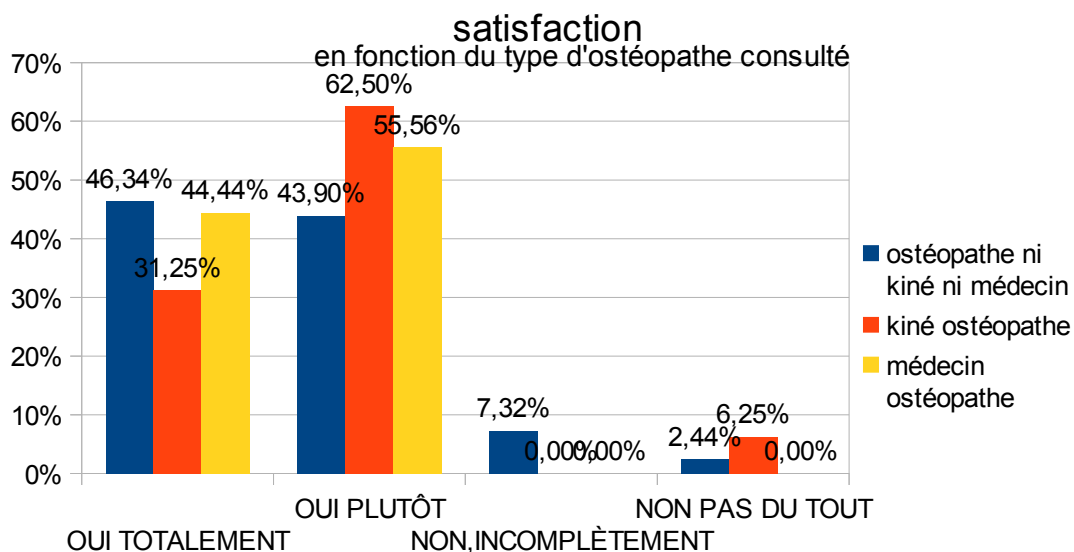
OUI TOTALEMENT	46	40,00%
OUI PLUTÔT	60	52,17%
NON, INCOMPLÈTEMENT	5	4,35%
NON PAS DU TOUT	3	2,61%



Globalement, 92 % des réponses étaient positives avec 52% de satisfaction modérée et 40% de satisfaction totale.

L'analyse en fonction des praticiens consultés montre :

	ostéopathe ni kiné ni médecin		kiné ostéopathe		médecin ostéopathe	
OUI TOTALEMENT	19	46,34%	10	31,25%	4	44,44%
OUI PLUTÔT	18	43,90%	20	62,50%	5	55,56%
NON, INCOMPLÈTEMENT	3	7,32%	0	0,00%	0	0,00%
NON PAS DU TOUT	1	2,44%	2	6,25%	0	0,00%



Les joueurs étaient globalement satisfaits quels que soient les praticiens consultés (environ 90% de réponses positives à la question), mais le tableau et le graphe mettent en évidence des différences notables entre les groupes.

Le taux de satisfaction totale est environ le même pour les médecins ostéopathes et les ostéopathes ni médecins ni kinésithérapeute : aux alentours de 45%.

Les personnes ayant consulté des kinésithérapeutes ostéopathes en revanche étaient un peu moins nombreuses à témoigner une satisfaction totale (31%).

La satisfaction partielle (« oui plutôt ») était largement supérieure pour les kinésithérapeutes-ostéopathes (62%) ce qui atténue la différence mise en évidence précédemment. La satisfaction partielle des personnes ayant consulté un médecin ostéopathe était de 56% contre 44% chez les personnes ayant consulté un ostéopathe « ni-ni ».

Le taux d'insatisfaction était de 10% pour les consultations chez un ostéopathe ni médecin ni kinésithérapeute et de 6 % pour les kinésithérapeutes-ostéopathes. Il n'y avait pas de personnes insatisfaites dans le groupe ayant consulté des médecins.

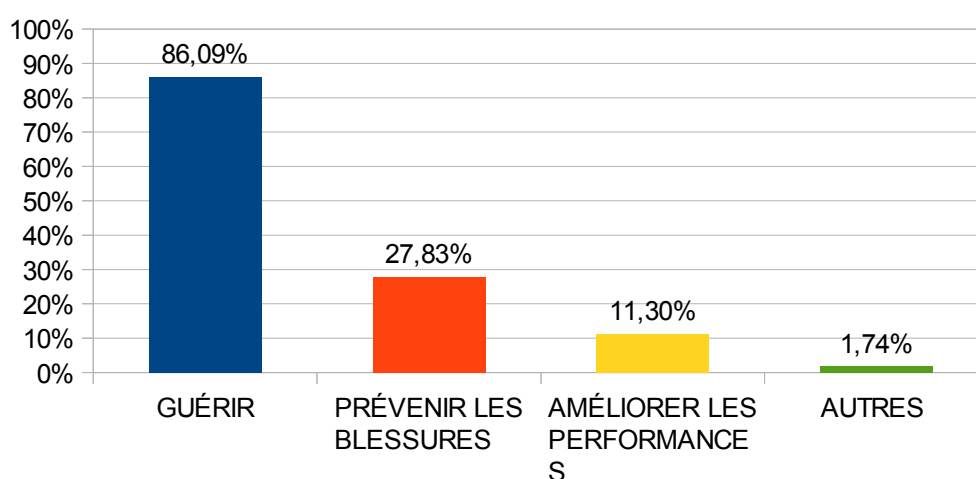
Ainsi, globalement les patients étaient tout à fait satisfaits de la prise en charge qui leur a été proposée. La répartition entre satisfaction totale et satisfaction partielle varie un peu en fonction de l'ostéopathe consulté, avec une tendance positive plus marquée en faveur des médecins.

4.7. Attentes vis-à-vis de la consultation

Les 115 fiches analysées ont permis d'obtenir 146 réponses (127%) réparties comme suit :

GUÉRIR	99	86,09%
PRÉVENIR LES BLESSURES	32	27,83%
AMÉLIORER LES PERFORMANCES	13	11,30%
AUTRES	2	1,74%

Attentes des personnes consultant un ostéopathe



Plus de 86% des joueurs qui ont consulté un ostéopathe espéraient accélérer la guérison.

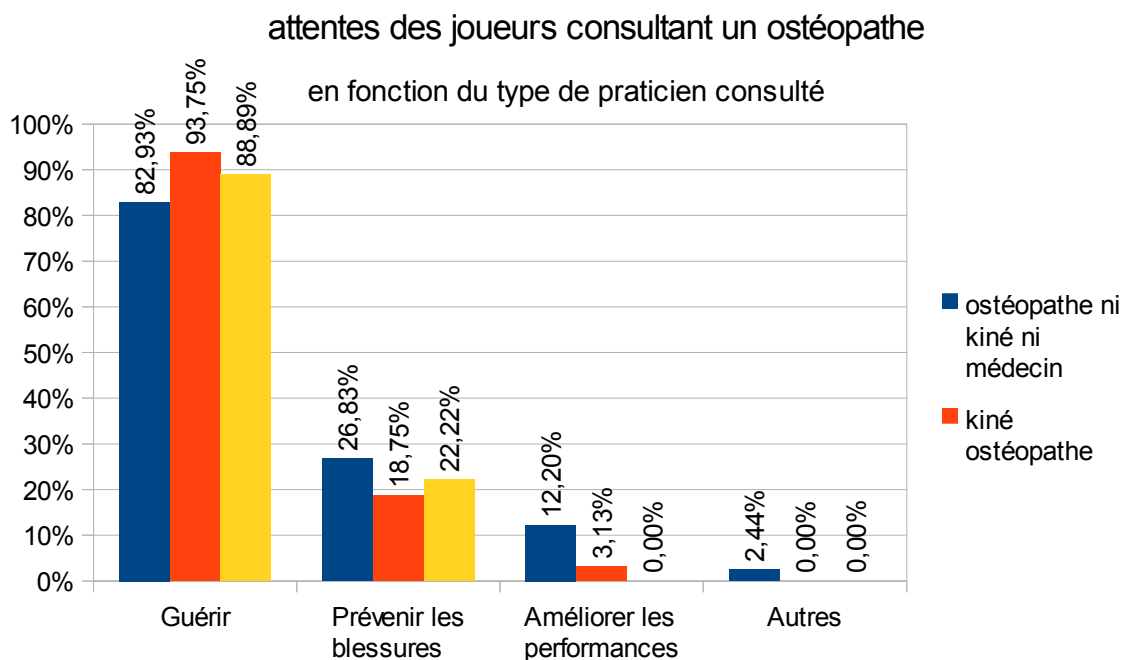
Près de 28% de la population étudiée ont consulté dans un but de prévention des blessures.

Enfin, 11% consultaient pour améliorer leurs performances.

2 personnes (1,74%) mentionnaient une autre espérance sans préciser laquelle.

L'analyse réalisée en fonction des praticiens consultés montrait :

	ostéopathe ni kiné ni médecin		kiné ostéopathe		médecin ostéopathe	
GUÉRIR	34	82,93%	30	93,75%	8	88,89%
PRÉVENIR LES BLESSURES	11	26,83%	6	18,75%	2	22,22%
AMÉLIORER LES PERFORMANCES	5	12,20%	1	3,13%	0	0,00%
AUTRES	1	2,44%	0	0,00%	0	0,00%



Les résultats en fonction du type d'ostéopathe consulté semblent superposables les uns aux autres et concordent avec les résultats obtenus dans l'analyse globale des 115 questionnaires en ce qui concerne l'espérance de guérison plus rapide et la prévention des blessures, qui restent les deux raisons principales de consultation.

L'amélioration des performances est surtout représentée dans le groupe de personnes ayant consulté un ostéopathe « ni-ni ».

Globalement, le type de praticien consulté ne semble pas influencer les attentes des joueurs et inversement, les joueurs ne choisissent pas le type de praticien qu'ils vont consulter en fonction de leurs attentes, même si les espérances semblent plus variées chez les patients des ostéopathes ni médecins ni kinésithérapeute.

4.8. Connaissances administratives

Les questions posées sur le remboursement de la sécurité sociale permettaient à la fois d'évaluer les pratiques mais surtout de tester les connaissances des patients en termes de prise en charge et de remboursement dans ce domaine.

4.8.1. Croyances relatives aux remboursements par la sécurité sociale

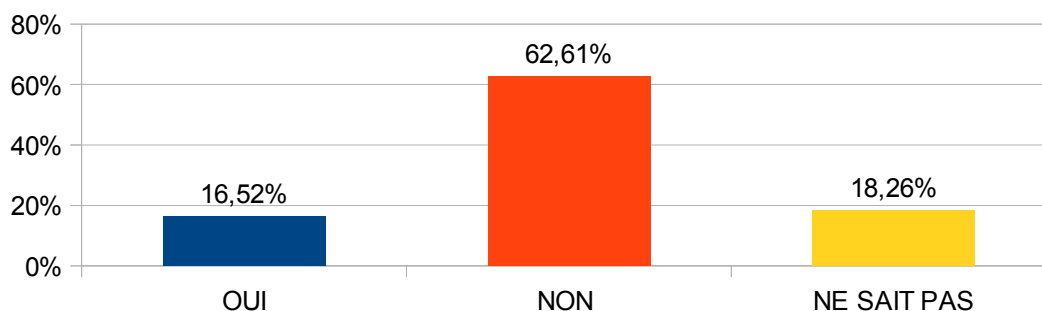
Pour rappel, seules les consultations chez un médecin ostéopathe ou un kinésithérapeute ostéopathe (dans le cadre d'une prescription médicale) peuvent être prises partiellement en charge par la sécurité sociale si les gestes d'ostéopathie sont intégrés dans une consultation classique du médecin ou du masseur kinésithérapeute. Les consultations d'ostéopathie stricte ne sont pas remboursées par la sécurité sociale.

Sur les 115 fiches étudiées, 112 réponses ont pu être collectées.

Le tableau ci-dessous résume les résultats obtenus à la question « vos soins d'ostéopathie ont-ils été remboursés par la sécurité sociale ? » :

OUI	19	16,52%
NON	72	62,61%
NE SAIT PAS	21	18,26%

remboursements de la sécurité sociale



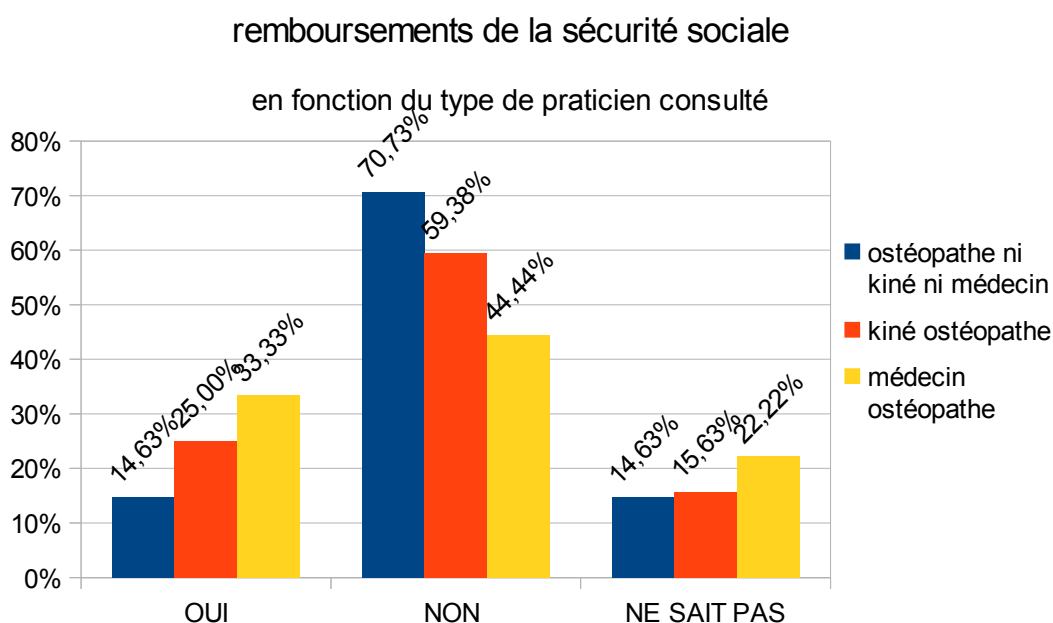
18% des personnes qui ont consulté un ostéopathe ne savaient pas si et comment elles étaient remboursées de ces consultations.

62% des patients interrogés déclaraient ne pas percevoir de remboursement de la part de la sécurité sociale.

Enfin, 16,5 % des patients pensaient toucher une base de remboursement de la sécurité sociale (ce qui correspondait à 19 sujets).

Ces 19 sujets auraient pu correspondre aux 19 patients ayant consulté un médecin ostéopathe (7 pour un médecin généraliste et 12 un médecin spécialiste), or il n'en est rien : l'analyse réalisée en fonction du type de praticien consulté est exposée dans le tableau suivant et montre des résultats bien différents :

	ostéopathe ni kiné ni médecin		kiné ostéopathe		médecin ostéopathe	
OUI	6	14,63%	8	25,00%	3	33,33%
NON	29	70,73%	19	59,38%	4	44,44%
NE SAIT PAS	6	14,63%	5	15,63%	2	22,22%



Logiquement, Il existait plus de personnes décrivant un remboursement par la sécurité sociale dans le groupe ayant consulté un médecin ostéopathe et dans le groupe ayant consulté un kinésithérapeute ostéopathe que dans le groupe des personnes ayant consulté des ostéopathes ni médecins ni kinésithérapeute.

Les 14,6% de patients ayant répondu avoir accès à une base de remboursement de la sécurité sociale dans le groupe des ostéopathes « ni-ni » révèlent que les patients ne connaissaient pas réellement les dispositions administratives relatives à ces consultations.

Ce résultat implique que dans les deux autres sous groupes étudiés, les chiffres obtenus sont à interpréter avec une certaine prudence.

Quel que soit le groupe étudié, environ une personne sur 5 déclarait ne pas connaître les mesures de remboursement.

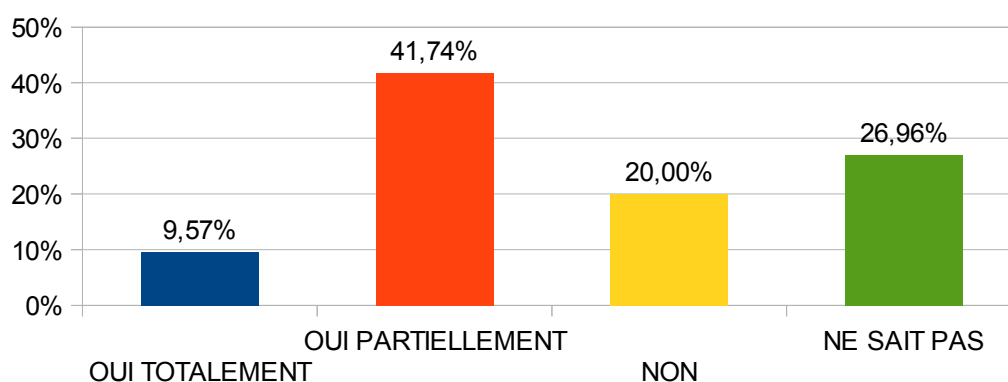
4.8.2. Croyances relatives aux remboursements par les complémentaires

113 fiches ont pu être analysées sur les 115.

les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

OUI TOTALEMENT	11	9,57%
OUI PARTIELLEMENT	48	41,74%
NON	23	20,00%
NE SAIT PAS	31	26,96%

remboursement par les mutuelles



Le taux de remboursement partiel ou total concerne environ 50% des personnes interrogées.

1 personne sur 5 (20%) déclarait ne pas bénéficier de remboursement par une complémentaire.

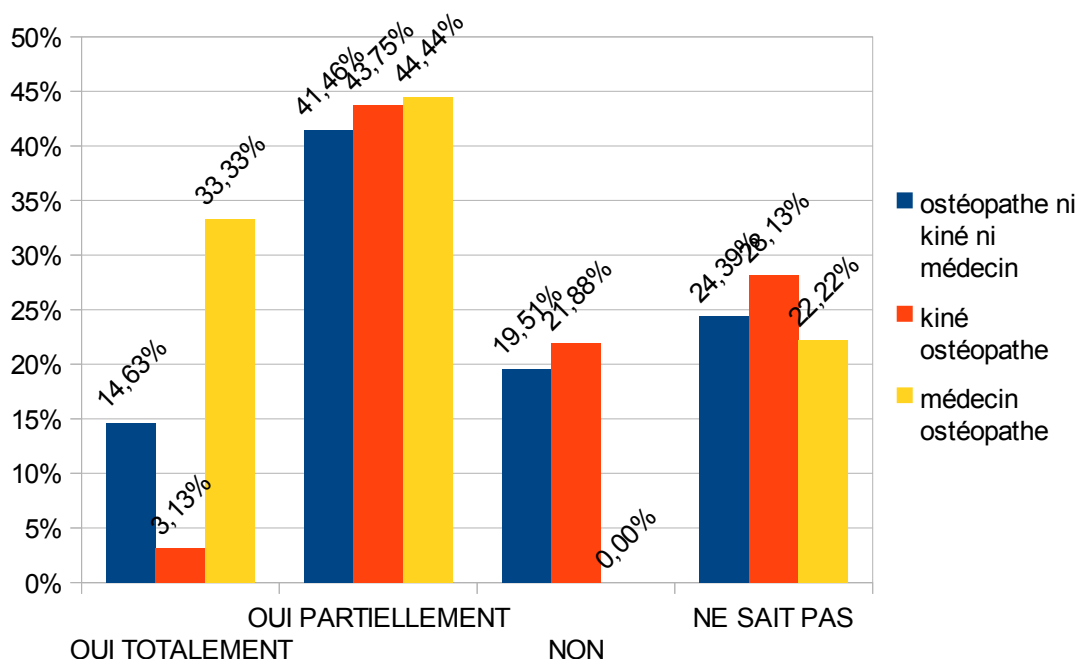
27% des personnes interrogées disaient ne pas connaître les mesures de remboursement de leur mutuelle.

L'analyse en fonction du type de praticien consulté montrait :

	ostéopathe ni kiné ni médecin		kiné ostéopathe		médecin ostéopathe	
OUI TOTALEMENT	6	14,63%	1	3,13%	3	33,33%
OUI PARTIELLEMENT	17	41,46%	14	43,75%	4	44,44%
NON	8	19,51%	7	21,88%	0	0,00%
NE SAIT PAS	10	24,39%	9	28,13%	2	22,22%

remboursements par les complémentaires

en fonction du type de praticien consulté



Le taux de remboursement total de la consultation est important en cas de consultation d'un médecin ostéopathe (33%).

Le taux de remboursement complet dans le groupe ayant consulté un ostéopathe « ni-ni » était de 14,63%. Il est effondré (3,13%) pour les personnes ayant consulté un kinésithérapeute ostéopathe.

Le taux de remboursement partiel était globalement le même pour les 3 groupes, aux alentours de 40%.

De même, le taux de personnes ne connaissant pas les conditions de remboursement de leur mutuelle était aux alentours de 25% pour tous les groupes.

Enfin, l'absence de prise en charge était décrite par 20% des patients sauf dans le groupe ayant consulté des médecins ostéopathes (0%).

En conclusion, les patients sont nombreux à ne pas connaître les conditions de prise en charge financière de ces consultations. La différence entre les remboursements liés au régime obligatoire et au régime complémentaire reste pour eux encore floue.

À leur décharge, la situation est complexe puisque pour les médecins et les kinésithérapeutes, lorsque la pratique fait intervenir un geste d'ostéopathie au sein d'une consultation plus classique, la prise en charge reste bien évidemment possible par le régime général. Ce qui n'est pas vrai lorsque la consultation relève de l'ostéopathie exclusivement.

Pour les consultations d'ostéopathes ni médecins ni kinésithérapeute, la situation est moins complexe puisque la prise en charge ne dépend que des complémentaires santé.

Néanmoins, le coût de la consultation reste dans la plupart des cas totalement ou partiellement à la charge du patient.

4.9. Conclusion

En résumé, l'étude menée sur 159 joueurs et joueuses de rugby des Pays de Loire montre :

1. Les consultations d'ostéopathie dans la population étudiée sont fréquentes avec un pourcentage de personnes ayant déjà consulté un ostéopathe dans leur vie bien supérieur à la moyenne de la population générale.
2. Les praticiens les plus consultés sont les ostéopathes ni médecin ni kinésithérapeute ainsi que les kinésithérapeutes-ostéopathes (pourcentages globalement identiques). Loin derrière, les médecins généralistes et spécialistes sont mal représentés.
3. Les représentations de ce qu'est l'ostéopathie dans la population des joueurs et joueuses de rugby est la même que chez les personnes ayant consulté un ostéopathe : la réponse la plus fréquemment retrouvée dans le questionnaire était « le traitement des déplacements articulaires » avant « le traitement des maladies par les mains ». Cette hiérarchie de réponse semble plus marquée pour les personnes consultant un kinésithérapeute ostéopathe que pour les autres. Néanmoins, le type d'ostéopathe consulté ne semble pas influencer de manière majeure les représentations des patients.
4. Les analyses des modalités de consultation révèlent que les motifs de consultation les plus fréquents sont les douleurs relatives au rachis, puis les douleurs de membres supérieurs et inférieurs, bien avant les douleurs thoraciques et abdominales. Les proportions de ces motifs de consultation diffèrent d'un type de praticien à l'autre mais la hiérarchie reste néanmoins conservée.
L'origine traumatique des symptômes menant à la consultation est très majoritaire pour les ostéopathes « ni-ni » et les kinésithérapeutes-ostéopathes. En revanche, elle n'intervient que pour moitié dans les consultations des médecins ostéopathes.
Les types de traitement réalisés sont majoritairement des manipulations articulaires, puis des massages (moins fréquents) et des manipulations viscérales (encore moins

fréquentes). Les proportions d'utilisation des traitements varient légèrement en fonction du type d'ostéopathe avec une tendance des médecins ostéopathes à réaliser moins de manipulations articulaires.

Enfin, dans la très grande majorité des cas, aucun programme d'entretien n'est mis en place, que ce soit par les ostéopathes ni médecins ni kinésithérapeute, les kinésithérapeutes-ostéopathes ou les médecins ostéopathes.

5. L'étude du parcours de soins souligne que globalement la pratique de cette discipline se déroule en parallèle du parcours de soins habituel et à distance du médecin traitant.

La très grande majorité des patients ne consultent pas leur médecin traitant avant (*a fortiori* s'il s'agit de consulter un ostéopathe ni médecin ni kinésithérapeute).

L'initiative de la consultation est à rapporter à la volonté propre du patient ou à son entourage. Le médecin traitant n'intervient que dans 20% des cas dans la décision de consulter un ostéopathe, et préférentiellement lorsqu'il s'agit de la consultation d'un kinésithérapeute ostéopathe.

Le schéma de consultation se fait sur un mode occasionnel principalement, en fonction des besoins principalement. Néanmoins 25% des personnes interrogées témoignent d'un suivi régulier.

Les ostéopathes ne font pas de comptes-rendus de leurs séances pour la majorité d'entre eux (au moins 8 sur 10). Ce chiffre aurait tendance à être augmenté pour les kinésithérapeutes-ostéopathes et encore plus pour les médecins ostéopathes.

L'information du médecin traitant suit globalement la même tendance (plus de 6 consultations sur 10 ne sont pas rapportées au médecin traitant). Néanmoins, les tendances observées en fonction du praticien consulté sont à l'inverse de celles constatées pour les comptes-rendus : l'information du médecin traitant est beaucoup plus fréquente lorsque la consultation concerne un médecin ostéopathe plutôt qu'un kinésithérapeute ostéopathe. De même, elle est plus fréquente pour la consultation d'un kinésithérapeute ostéopathe que pour la consultation d'un ostéopathe ni médecin ni kinésithérapeute.

Les ostéopathes quels qu'ils soient sont peu enclins à demander des avis à d'autres intervenants.

Les patients ne consultent globalement pas leur médecin traitant après la consultation d'ostéopathie.

6. La satisfaction liée à ces consultations est globalement bonne dans 5 cas sur 10 et très bonne dans 4 cas sur 10. Ce critère est soumis à quelques variations en fonction du type de praticien, mais le ressenti général est très positif dans tous les cas.

7. Les attentes des personnes qui consultent paraissent cohérentes avec en première intention une volonté d'accélérer la guérison des blessures et en deuxième intention de prévenir ces mêmes blessures.

8. Concernant la prise en charge administrative et financière, les patients restent nombreux à ne pas connaître les conditions de remboursement tant pour la part du régime obligatoire que pour le régime complémentaire. Une part du financement de ces consultations reste bien souvent à la charge de la personne qui consulte, mais le type d'ostéopathe consulté fait beaucoup varier ces résultats bien logiquement.

5. Discussion

5.1. À propos de l'étude

L'étude que j'ai eu le plaisir de mener est une étude descriptive, exploratrice, de l'état des lieux du recours à l'ostéopathie chez les joueurs et joueuses de rugby des Pays de Loire.

Les biais retrouvés dans cette étude sont décrits dans la suite de ce paragraphe.

5.1.1. Biais de sélection

J'ai décidé pour présenter mon questionnaire, de focaliser mon étude sur les pratiques liées à une seule fédération de sport : le rugby.

Les clubs contactés ont été sélectionnés géographiquement. Le recueil s'est déroulé dans les clubs qui ont répondu à cette demande.

Tous les départements des Pays de Loire sont représentés sauf la Mayenne, dont les clubs n'ont pas voulu ou pu répondre à mes sollicitations.

Ces clubs sont tous impliqués dans un championnat national mais à un niveau amateur. Il pourrait être intéressant de réaliser la même étude auprès des joueurs professionnels ou semi-professionnels.

La période de recueil correspond à une fin de saison. Pour certains clubs, cela signifie une période de relâche si les phases finales ne sont pas atteintes, ou au contraire à un moment de pression et de concentration si les finales de championnat restent à venir.

Les joueurs présents dans les vestiaires ont un état d'esprit dépendant de cette situation.

Le recueil s'étant effectué sur une seule journée, je n'ai pas pu accéder à tous les joueurs du club, mais seulement à ceux présents dans les vestiaires ce jour-là.

Le nombre de joueurs interrogés par rapport au nombre total de joueurs ayant une licence dans le club et qui correspondaient aux critères d'inclusion oscille entre 35 et 53% :

Cholet : 21 questionnaires remplis pour 60 joueurs soit 35%, Angers : 33 questionnaires

remplis pour 70 joueurs soit 47%, Rezé : 35 questionnaires remplis pour 65 joueurs soit 53%, Clisson : 33 questionnaires remplis pour 65 joueurs soit 49%.

Pour les autres clubs qui ont participé, Le nombre total de joueurs majeurs n'a pas pu être connu.

Les chiffres donnés ci-dessus ne proviennent pas de sources officielles mais de l'interrogatoire des dirigeants des clubs et sont donc à considérer avec prudence.

J'ai pu noter néanmoins que les clubs qui m'ont permis de présenter le questionnaire ont été très accueillants et coopérants. Tous les joueurs présents les jours définis du recueil ont rempli ce questionnaire.

Il est logique de se demander si les résultats obtenus par le questionnaire sont représentatifs des joueurs de rugby en général.

Le rugby est un sport de contact très pourvoyeur de traumatismes et blessures en tout genre. L'étude a permis de mettre en évidence que le côté post-traumatique des symptômes influençait le schéma de consultation chez l'ostéopathe. Nous pouvons donc nous demander si ces résultats sont généralisables à d'autres sports traumatisants et à la population de sportifs en général.

Le deuxième biais notable est celui lié au recueil des données. Comme j'ai pu le décrire ci-dessus, le recueil de données s'est effectué dans les vestiaires des clubs de rugby, en distribuant au fur et à mesure de l'arrivée des joueurs mes questionnaires. Cela implique que les personnes interrogées n'étaient pas en huis clos pour remplir leur questionnaire et que certains ayant tendance à « chercher la bonne réponse », ont pu échanger avec leurs voisins. Néanmoins, les joueurs arrivant un par un la plupart du temps, et le questionnaire étant rapide à remplir, les réponses sont restées individuelles.

Les personnes interrogées sont les joueurs et joueuses. Les paramètres étudiés sont liés à la pratique des ostéopathes. Les résultats obtenus permettent une étude des pratiques de l'ostéopathie à partir du point de vue des consommateurs de soins. L'image des pratiques des ostéopathes obtenue à travers cette étude des recours à l'ostéopathie est donc celle des patients et reste donc subjective (dans le sens où je n'ai pas questionné directement les ostéopathes). J'ai tenté de limiter ce biais en organisant mon questionnaire sur des Questions à Choix Multiples et en orientant mes questions sur des paramètres objectifs faciles à identifier.

5.1.2. Biais liés à l'analyse statistique

L'analyse de cette étude est avant tout descriptive, pour essayer de mettre en évidence les habitudes actuelles de consultation des ostéopathes dans le milieu du sport.

Néanmoins, l'analyse réétudiée en fonction de l'ostéopathe consulté a permis de faire une analyse comparative des habitudes des 3 types de praticiens isolés (ostéopathe ni médecin ni kinésithérapeute, kinésithérapeute ostéopathe et médecin ostéopathe). Le nombre de sujets étant trop restreint, le test de Fischer ou le test du Chi² n'a jamais été significatif lorsqu'il a été appliqué.

J'ai donc réalisé des tableaux de contingence et des comparaisons simples de pourcentages sur des graphiques. Cette analyse a permis de mettre en évidence des différences qui peuvent donner des tendances, mais en aucun cas des conclusions formelles. Seule une analyse de plus grande envergure permettrait une étude plus fine et la mise en évidence de différences statistiquement significative de résultats entre les groupes.

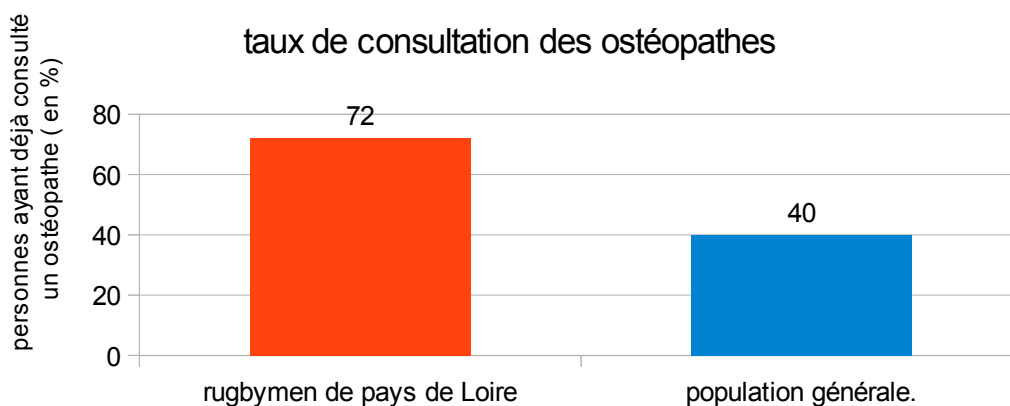
5.2. À propos des résultats

L'étude m'a permis de faire l'état des lieux de l'ostéopathie chez les rugbymen des Pays de Loire, mais aussi en second lieu de tenter d'étudier les pratiques des ostéopathes en fonction de leur cursus de formation.

5.2.1. Taux de consultation

Le taux de consultation des ostéopathes par an dans la population générale était d'environ 20% en 2010 (chiffre publié par le registre national des ostéopathes de France correspondant au pourcentage de patients ayant consulté un ostéopathe dans l'année en France, confirmé dans une thèse sur le recours aux médecines complémentaires à Paris en 2010). Le pourcentage de patients ayant déjà consulté un jour dans leur vie un ostéopathe est estimé dans la population générale aux alentours de 40%.

N'ayant pas donné de limites temporelles à cette question, je n'ai pu comparer que les taux de personnes ayant déjà consulté un ostéopathe dans leur vie.



5.2.2. Type de praticiens consultés et sous groupes analysés

Les groupes constitués ne sont pas suffisants en termes de nombre de sujets pour pouvoir réaliser une analyse statistique fiable. En effet, comme je l'ai énoncé dans les résultats, sur les 159 joueurs interrogés, seuls 32 questionnaires sont interprétables pour une analyse en sous groupes pour les kinésithérapeutes, 41 questionnaires pour les ostéopathes ni médecin ni kinésithérapeute et 9 questionnaires pour les médecins ostéopathes (qui regroupe les médecins spécialistes et généralistes).

Certains questionnaires mentionnaient une consultation avec un étiopathe. La différence fondamentale entre les ostéopathes ni médecin ni kinésithérapeute et les étiopathes n'est pas évidente. Dans les faits, les pratiques et les fondements des deux professions semblent identiques. Néanmoins, je ne les ai pas inclus dans le groupe des ostéopathes ni médecins ni kinésithérapeutes puisque leur qualification ne semble pas identique (au moins dans la dénomination).

Le groupe des médecins ostéopathes pose problème pour l'interprétation des résultats du fait du nombre très restreint de sujets. Les pourcentages découlant des résultats sont à interpréter avec prudence car ils restent très grossiers (une personne ayant répondu oui sur les 9 donne aussitôt un résultat à 11,11%). Les résultats sont-ils donc représentatifs de la population étudiée ?

Les sous groupes analysés montrent que sur les 62 joueurs qui déclarent avoir consulté un ostéopathe ni médecin ni kinésithérapeute, 41 n'ont consulté que des ostéopathes « ni-ni » (66,13%).

Pour les kinésithérapeutes, sur les 61 joueurs ayant déclaré avoir consulté un kinésithérapeute ostéopathe, seuls 32 n'ont vu que ce type de praticien (52,46%).

Concernant les médecins, 19 joueurs déclarent avoir consulté un médecin ostéopathe qu'il soit spécialiste ou généraliste. Seules 9 fiches mentionnent le seul avis d'un médecin ostéopathe (47,37%).

Les statistiques montrent donc que les patients qui consultent un ostéopathe ni médecin ni kinésithérapeute ont plus tendance à reconsulter le même type de praticien.

Lorsqu'ils vont consulter un kinésithérapeute ostéopathe ou un médecin ostéopathe, ils sont donc plus nombreux à consulter par la suite (ou à avoir consulté auparavant) un praticien qui n'est pas issu de la même branche de formation.

Ces résultats pourraient s'interpréter de deux manières :

Les ostéopathes ni médecins ni kinésithérapeute sont (comme démontré dans l'étude) isolés du parcours de soins et des autres acteurs de santé. Les voies de communication sont moins bonnes. Ces praticiens, du fait du côté uniciste de leur discipline (en opposition aux kinésithérapeutes-ostéopathes et médecins ostéopathes qui pratiquent par définition une autre discipline que l'ostéopathie), ont un réseau de soins plus restreint.

Les relations étant plus difficiles entre médecins et ostéopathes, les ostéopathes « ni-ni » n'adressent et ne reçoivent que peu de patients dans le cadre du parcours de soin (toujours en opposition aux kinésithérapeutes-ostéopathes et médecins ostéopathes qui théoriquement font partie du parcours de soin).

Il faut noter le faible taux de consultation des médecins ostéopathes, ce qui impose de se poser la question de la connaissance de ce type de praticien dans la population des sportifs. En d'autres termes, les patients consultent-ils rarement du fait de la méconnaissance de la médecine manuelle ou est-ce une tendance réalisée volontairement pour des raisons qui peuvent à ce jour nous échapper ? Il reste néanmoins réel que les médecins ostéopathes sont beaucoup moins nombreux que les kinésithérapeutes-ostéopathes ou les ostéopathes ni médecin ni kinésithérapeute, ce qui pourrait expliquer simplement ces résultats. Une autre

hypothèse serait que les médecins passent moins de temps avec leurs patients et que ces derniers le percevant, s'orientent vers des praticiens qui accordent un contact physique plus important.

5.2.3. Représentations

Les représentations de ce qu'est l'ostéopathie sont globalement les mêmes dans la population générale des joueurs et joueuses de rugby (159 fiches) et chez les personnes ayant consulté un ostéopathe (115 fiches). En revanche, l'analyse en sous groupes montre des définitions plus variées et moins claires de la discipline pour les personnes ayant consulté un ostéopathe ni médecin ni kinésithérapeute.

Ce phénomène pourrait-il s'expliquer par une moins bonne information des ostéopathes « ni-ni » que des autres praticiens ? Ou par la culture d'un certain ésotérisme brouillant les représentations ?

5.2.4. Modalités de consultation

L'étude des modalités de consultation a permis de mettre en évidence les motifs les plus fréquents de consultation, l'origine de ces motifs de consultation, les types de traitements proposés et l'évaluation de la présence ou non d'un programme d'entretien pour les suites de la prise en charge. Ces paramètres ont ensuite été analysés en fonction du type de praticien consulté.

L'interprétation des résultats a suscité quelques interrogations résumées dans le paragraphe suivant :

5.2.4.1. Motifs de consultation

Les motifs de consultation sont en très grande majorité les douleurs rachidiennes et des membres supérieurs ou inférieurs.

La répartition de ces motifs diffère en fonction du type de praticien consulté.

Les kinésithérapeutes-ostéopathes et les ostéopathes ni médecin ni kinésithérapeute ont en très grande majorité des patients venant pour des troubles des membres et du rachis. En revanche, les motifs de consultation semblent plus diversifiés pour les médecins ostéopathes.

Ce phénomène repose-t-il sur une pratique différente ? Sur un recours à ce type de praticien dans un deuxième temps, expliquant alors les différences de motifs de consultation (sélection par le praticien adressant)? (rappelons que les médecins ostéopathes sont moins consultés isolément que les autres types de praticiens). Ou bien simplement, les patients ne s'orientent-ils pas spontanément vers les médecins, dans un but diagnostique, lorsque les douleurs (ou les troubles) ne semblent pas musculo-squelettiques ?

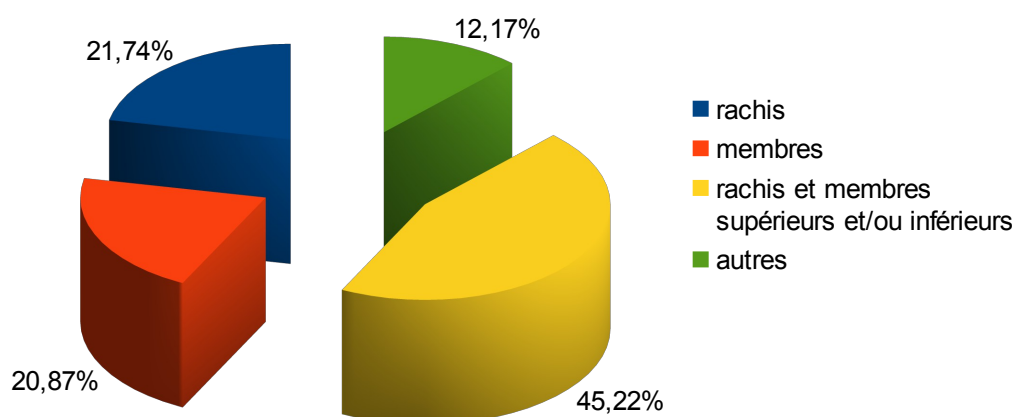
Les résultats de l'étude ont montré qu'il n'existait rarement qu'un seul motif de consultation. L'étude n'ayant pas pour objectif d'étudier ces paramètres en détail, je n'ai pas pu faire d'analyse poussée. Il a été possible d'isoler et de regrouper les questionnaires obtenus chez les personnes ayant consulté (soit 115 fiches) en fonction du type de motif de consultation cité. Les résultats étaient les suivants :

Les motifs de consultation ont été regroupés en 4 grands groupes :

- douleurs des membres
- douleurs liées au rachis
- douleurs liées au rachis et aux membres
- autres associations de douleurs

rachis	membres	rachis et membres supérieurs et/ou inférieurs	autres
25	24	52	14
21,74%	20,87%	45,22%	12,17%

répartition des motifs de consultation



Le motif de consultation le plus fréquent était l'association de rachialgies et de douleurs des membres (45%) pour quasiment une consultation sur deux. Les douleurs isolées du rachis représentaient 22% des motifs de consultation. Les consultations pour des douleurs des membres sans autre douleur étaient moins fréquentes (12%).

Comme montré ci-dessous, le groupe isolé sous la dénomination « autres » regroupait les motifs de consultation n'entrant pas dans les 3 autres groupes. Les motifs étaient donc variés et correspondaient surtout à des associations de symptômes moins fréquentes.

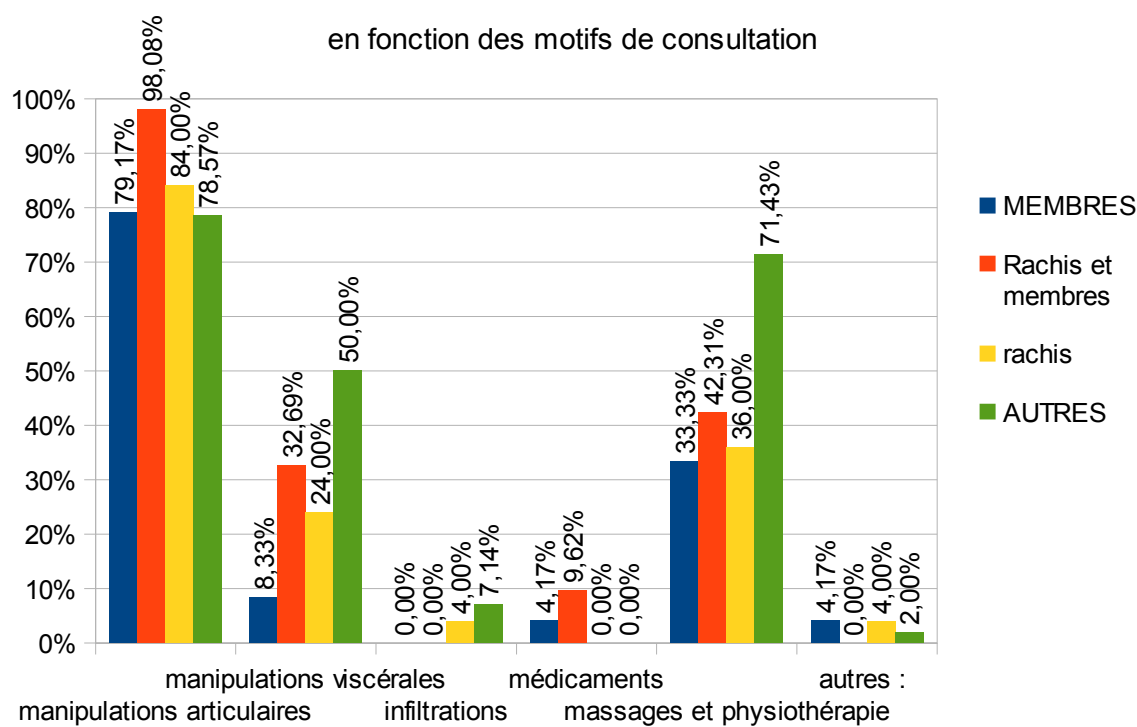
Rachis + autre (non précisé)	1
Membres inférieurs + poitrine	1
Rachis+membres supérieurs et inférieurs + préparation à l'accouchement	1
Rachis +membres supérieurs et inférieurs + poitrine	4
Poitrine	2
Abdomen	1
Rachis + membres supérieurs et inférieurs+abdomen	1
Rachis + membres+abdomen + poitrine	2
autres	1

L'analyse des traitements dont les joueurs de chaque groupe isolé ont pu bénéficier est résumée ci-dessous:

	manipulations articulaires	manipulations viscérales	infiltrations	médicaments	massages/ physiothérapie	autres
Rachis et membres	51	17	0	5	22	0
pourcentage	98,08%	32,69%	0,00%	9,62%	42,31%	0,00%
rachis	21	6	1	0	9	1
pourcentage	84,00%	24,00%	4,00%	0,00%	36,00%	4,00%
membres	19	2	0	1	8	1
pourcentage	79,17%	8,33%	0,00%	4,17%	33,33%	4,17%
autres	11	7	1	0	10	0
pourcentage	78,57%	50,00%	7,14%	0,00%	71,43%	2,00%

ANALYSE DES TRAITEMENTS

en fonction des motifs de consultation



Les résultats de l'étude des traitements administrés en fonction du ou des motifs de consultation ont montré que les résultats étaient globalement superposables en ce qui concerne les 3 groupes ayant consulté pour des douleurs vertébrales ou des membres (ou les deux). Avec néanmoins des tendances qui se détachaient : plus de manipulations

articulaires chez les personnes ayant consulté pour des douleurs, à la fois vertébrales et des membres. Il existe très peu de manipulations viscérales chez les personnes ayant des douleurs des membres seulement, mais un taux non négligeable pour les motifs « rachis » et « rachis+membres ».

La pratique de massages est relativement constante.

En revanche, dans le groupe « autres » où les motifs de consultation étaient variés et moins orientés vers les troubles musculo-squelettiques, les résultats étaient sensiblement différents :

Le taux de manipulations articulaires est proche de celui des autres groupes, mais le taux de manipulations viscérales et les massages varie du simple au double.

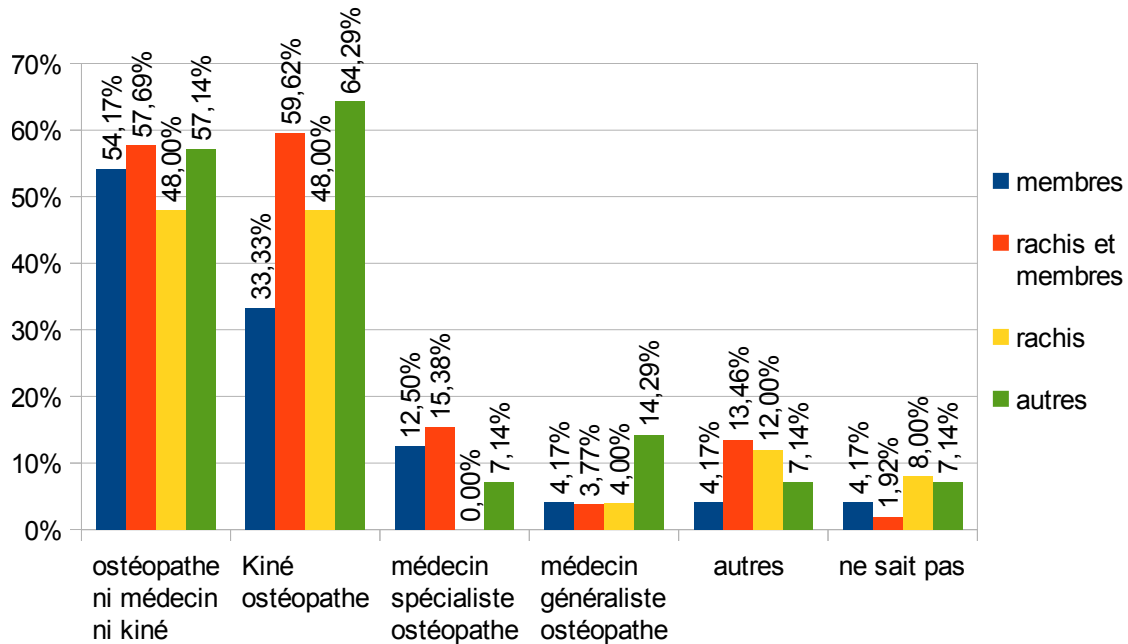
Il semblait donc intéressant, et je dirais même essentiel de compléter l'étude par une analyse du type de praticien consulté en fonction de ces mêmes motifs de consultation afin d'évaluer si ces résultats sont liés au type de praticien.

Les résultats sont donc les suivants :

	ostéopathe ni médecin ni kiné	kiné ostéopathe	médecin spécialiste ostéopathe	médecin généraliste ostéopathe	autres	ne sait pas
Rachis et membres	30	31	8	3	7	1
	57,69%	59,62%	15,38%	5,77%	13,46%	1,92%
rachis	12	12	0	1	3	2
	48,00%	48,00%	0,00%	4,00%	12,00%	8,00%
membres	13	8	3	1	1	1
	54,17%	33,33%	12,50%	4,17%	4,17%	4,17%
autres	8	9	1	2	1	1
	57,14%	64,29%	7,14%	14,29%	7,14%	7,14%

analyse des praticiens consultés

en fonction des motifs de consultation



La répartition des résultats ci-dessus suit les tendances montrées au début des résultats de l'étude soit : 50% de consultations chez les ostéopathes « ni-ni », 50% chez les kinésithérapeutes-ostéopathes, 15% chez les médecins, 10% chez d'autres types de praticiens et 3,5% ne savaient pas (la somme des pourcentages est supérieure à 100% car pour un motif donné, les patients ont pu consulter plusieurs types d'ostéopathe). Ces tendances sont respectées. Le motif de consultation n'influence donc pas le recours à tel ou tel type de praticien.

Mais on peut s'interroger sur certains points :

Le groupe dont les motifs de consultation sont regroupés dans le terme générique « autres » a montré des résultats en termes de praticiens consultés suivant la tendance générale, alors que l'analyse des traitements dans ce même groupe révélait des résultats sensiblement différents par rapport aux autres groupes et par rapport à la tendance générale.

Il n'existe donc pas de concordance entre les deux tableaux. Nous pouvons donc supposer que les 2 variables analysées (types de traitement et types de praticien) sont indépendantes. Le motif de consultation influence donc le type de traitement mais pas le type de praticien

consulté. Cette différence de résultats nécessiterait une étude plus approfondie que je ne peux faire ici (le questionnaire et l'étude n'étant pas orientés en ce sens).

On ne peut de surcroît que s'étonner des résultats concernant notamment les groupes « rachis » et « rachis et membres ». Dans ces deux sous groupes, le recours à la consultation d'un médecin spécialiste ou généraliste correspond à moins de 20% des cas malgré la nécessité d'un diagnostic précis et des risques liés aux traitements (certificat de non contre indication potentiellement indispensable s'il s'agit du rachis cervical).

Concernant les résultats obtenus à la question type de traitement pratiqué, l'analyse en sous groupe (par type de praticien consulté) a montré que les médecins réalisaient moins de manipulations articulaires que les autres. Cette tendance pourrait être expliquée par trois points :

Tout d'abord, le nombre de sujets ne permet pas une analyse fine et expose à un résultat moins représentatif des pratiques réelles (sous estimation?).

Ensuite, ce taux peut être expliqué par le fait que les médecins généralistes ou spécialistes ont accès à d'autres types de traitement que les manipulations et le massage (thérapeutique médicamenteuse ou même infiltrations).

Enfin, les médecins bénéficient d'un cursus différent et possèdent une formation en médecine allopathique qui pourrait influencer leurs pratiques.

Enfin, les manipulations viscérales sont aussi fréquentes chez les médecins ostéopathes que chez les ostéopathes ni-ni mais restent moins fréquentes chez les kinésithérapeutes-ostéopathes. Néanmoins, le nombre de sujets dans le groupe des médecins étant extrêmement restreint, ce résultat est à interpréter avec prudence. De plus, il semble licite de s'interroger sur l'existence d'une confusion chez les personnes interrogées entre les manipulations viscérales et un examen clinique à visée diagnostique.

5.2.4.2. Origine des symptômes

L'origine traumatique des symptômes menant à la consultation est très largement majoritaire.

L'analyse des sous groupes isolés en fonction des praticiens consultés montre une discordance des résultats avec d'un côté les kinésithérapeutes-ostéopathes et les ostéopathes ni médecin ni kinésithérapeute dont l'étude révèle un suivi des tendances globales (à savoir des consultations plus fréquentes dans les suites d'un traumatisme) et d'un autre côté les médecins pour lesquels, la cause traumatique n'est présente que dans 45% des cas.

La question se pose alors de savoir ce qui motive une telle différence en termes de résultats. Les explications pourraient être les suivantes :

Les médecins ne voient pas les mêmes patients pour les mêmes pathologies que les autres praticiens. Le statut du médecin pourrait influencer le recours des patients à l'ostéopathie.

Le médecin serait consulté dans un deuxième temps, plutôt lorsqu'il existe un besoin de diagnostic médical ou bien un échec de la première ligne de traitement.

5.2.4.3. Types de traitement : étude des manipulations viscérales

L'analyse globale montre que les traitements les plus utilisés sont les manipulations articulaires puis les massages et enfin les manipulations vertébrales.

Les groupes analysés par la suite montrent des différences dans les traitements utilisés en fonction du type de praticien.

Les médecins semblent utiliser un peu moins les manipulations articulaires que les deux autres types de praticiens mais cette tendance a déjà été discutée dans le paragraphe précédent de la discussion sur les modalités de soins. Dans les deux groupes plus facilement comparables (kinésithérapeute et ostéopathe « ni-ni ») et donc dont les pratiques sont plus proches du fait de leur formation, le taux de manipulations dites « viscérales » n'est pas le même alors qu'en termes de manipulations articulaires et de massages, les résultats semblent vraiment proches.

L'explication possible de cette différence pourrait résider tout simplement dans la différence de formation de ces praticiens. De fait, certaines écoles d'ostéopathie ne dissociant pas les souffrances ostéo-articulaires des souffrances viscérales, appuient parfois sur le côté ésotérique de la discipline qui engendrerait une pratique plus orientée vers les manipulations viscérales, à propos desquelles il faut rester très prudents en raison du manque évident de preuves physiopathologiques et d'études cliniques suffisamment fiables. Ces manipulations restent pour l'heure sujettes à polémique.

Concernant le taux de manipulations viscérales pour les patients ayant consulté un médecin ostéopathe, là où nous pourrions attendre un taux plus faible que chez les ostéopathes ni médecin ni kinésithérapeute (et donc un taux plus proche de celui des kinésithérapeutes), il existe un taux conséquent que nous pouvons tenter d'expliquer par le nombre faible de sujets dans ce groupe (et donc une sensibilité statistique faible) mais aussi par l'hypothèse que les patients pourraient confondre examen clinique de routine (qui peut intervenir lors de la consultation d'ostéopathie) et thérapie manuelle. Ceci pourrait créer un biais de confusion qui pourrait fausser les résultats.

L'étude n'étant pas orientée en ce sens, je n'ai pas pu étudier spécifiquement les personnes ayant bénéficié d'un traitement par manipulations viscérales. Néanmoins, j'ai regroupé les questionnaires de ces personnes et recueillis les données concernant les praticiens consultés et les motifs de recours.

Il est important de noter qu'à de rares exceptions près, les manipulations viscérales étaient toujours accompagnées d'un autre type de traitement (massages ou manipulations articulaires notamment).

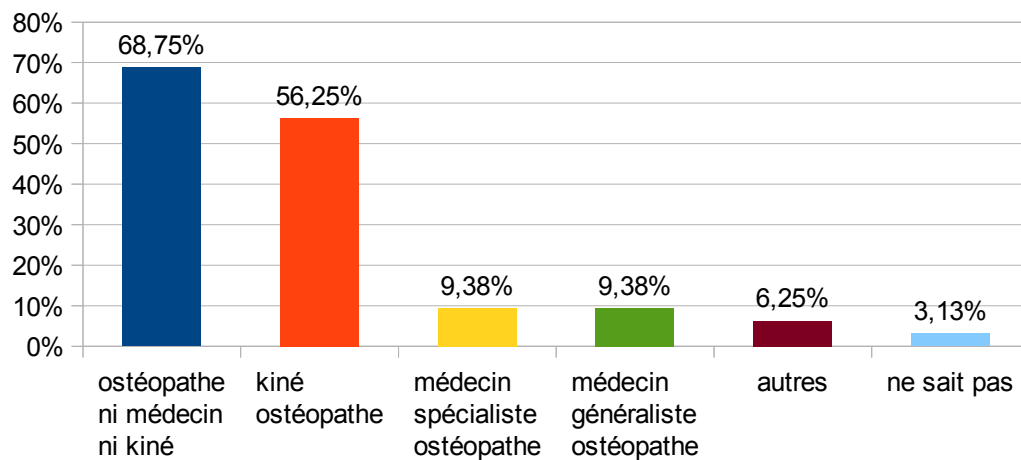
Les résultats sont présentés dans les tableaux suivants :

Types de praticiens consultés par les personnes ayant bénéficié d'un traitement par manipulations viscérales :

ostéopathe ni médecin ni kiné	kiné ostéopathe	médecin spécialiste ostéopathe	médecin généraliste ostéopathe	autres	ne sait pas
22	18	3	3	2	1
68,75%	56,25%	9,38%	9,38%	6,25%	3,13%

types de praticiens consultés

par les patients ayant bénéficié d'un traitement par manipulations viscérales



Il faut bien entendu comparer ces résultats aux résultats obtenus dans la population étudiée.

Les ostéopathes ni médecin ni kinésithérapeute sont un peu plus représentés (69% contre 54% dans la population étudiée) alors que les kinésithérapeutes-ostéopathes et les médecins ostéopathes spécialistes et généralistes restent au même taux (respectivement 56%, 9% et 9% contre 53%, 10 % et 6% dans la population étudiée).

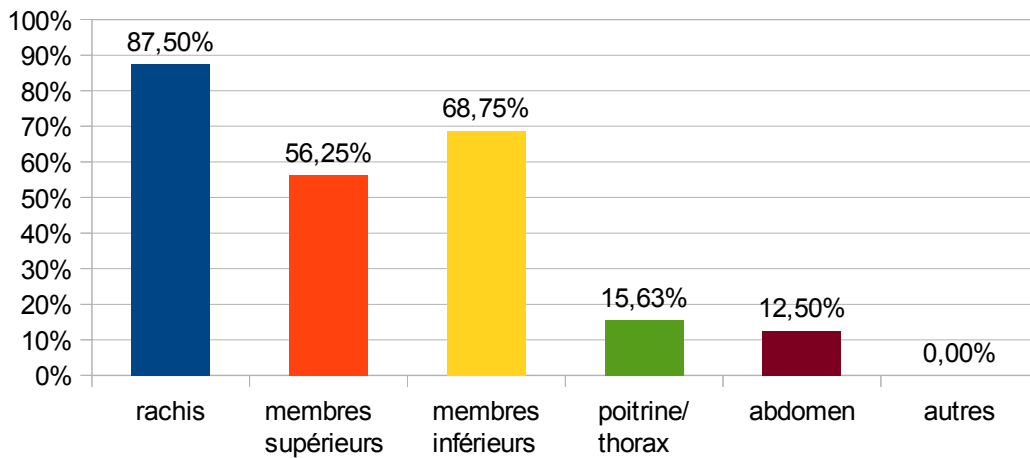
Les manipulations viscérales semblent donc un peu plus pratiquées par les ostéopathes ni médecin ni kinésithérapeute mais restent présentes dans les consultations des autres types de praticiens. Ces résultats sont difficiles à interpréter du fait de nombreux facteurs de confusions déjà abordés (confusion entre examen clinique et thérapie manuelle, présences d'autres types de traitements mentionnés sur les fiches analysées...)

Les résultats de l'étude des motifs de recours des personnes ayant bénéficié d'une manipulation viscérale sont les suivants :

rachis	membres supérieurs	membres inférieurs	poitrine/thorax	abdomen	autres
28	18	22	5	4	0
87,50%	56,25%	68,75%	15,63%	12,50%	0,00%

motifs de consultation

des personnes ayant bénéficié d'un traitement par manipulation viscérale



Les résultats de ce graphe montrent, en comparaison avec les résultats obtenus dans l'analyse de la population étudiée, que les personnes ayant bénéficié de manipulations viscérales consultent plus fréquemment pour des douleurs abdominales (13% contre 3% dans la population étudiée), pour des douleurs des membres inférieurs (69% contre 50% dans la population étudiée) et pour des symptômes issus du thorax (16% contre 8% dans la population étudiée).

Les autres taux restent globalement les mêmes notamment pour les pathologies liées au rachis et aux membres supérieurs (respectivement 88% et 56 % contre 75% et 49% dans la population étudiée).

Les manipulations viscérales ne sont donc pas réalisées exclusivement pour des douleurs abdominales ou thoraciques. Ces résultats sont à interpréter avec prudence car les fiches ne mentionnent pas qu'un seul type de traitement. Ces résultats ne sont donc pas attribuables qu'au seul traitement par manipulations viscérales. L'étude de ces pratiques nécessiterait une étude complète orientée en ce sens.

5.2.4.4. Programme d'entretien

Il n'existe que très rarement un programme d'entretien dans les suites de la consultation, quels que soient le type de praticien consulté. Ce qui reste étonnant notamment chez les médecins ostéopathes puisque l'éducation posturale est une notion classique et très répandue dans la pratique des médecins ostéopathes à activité exclusive.

5.2.5. Parcours de soins

L'étude du parcours de soin à partir des 7 paramètres cités dans les résultats montrent que l'ostéopathie en général se pratique à distance du parcours de soins habituel. En observant de plus près les résultats des différents paramètres, certains points semblent particulièrement intéressants.

L'étude de la présence d'une consultation du médecin traitant avant et après la consultation d'ostéopathie montre que la discipline est très en marge de la centralisation des soins autour du médecin traitant.

Il semble donc difficile d'imaginer que le médecin traitant reste au cœur de la coordination de soins dans ces conditions.

L'absence de consultation avant pose la question essentielle du diagnostic médical et des contre indications (y compris du certificat dont la notion n'a pas été abordée dans cette étude).

Les consultations après les séances d'ostéopathie font se poser la question du motif de recours au médecin traitant dans ce contexte : échec de traitements ? Complications ? Visites de contrôle ? Confirmation diagnostique ? Thérapeutiques complémentaires ?...

L'initiative de la consultation est le plus souvent le fait du patient lui-même ou de son entourage. Les médecins généralistes semblent avoir une part minimale de responsabilité dans ces consultations. Cela paraît étonnant compte tenu des différentes études récentes qui montrent l'intérêt que portent ou seraient prêt à porter les actuels ou les futurs médecins

généralistes (MINGAM 2010). En effet dans cette thèse, L'étude a permis de mettre en évidence qu'une partie importante des médecins généralistes (80%) ont déjà envoyé des patients consulter des ostéopathes et que 62% seraient prêt à se former pour améliorer leurs connaissances de cette discipline.

De plus, le recours aux médecins ostéopathes est très peu dépendant des pairs et des professionnels de santé. Les professionnels de santé semblent orienter leurs patients vers les kinésithérapeutes-ostéopathes plus facilement que vers les médecins ostéopathes (ou vers les ostéopathes ni médecins ni kinésithérapeute).

Les explications possibles de ce phénomène sont les suivantes :

Les médecins ostéopathes sont moins nombreux et donc moins abordables. Le recours à leurs consultations est donc moins aisé que pour les kinésithérapeutes-ostéopathes.

L'ostéopathie n'est pas ou peu abordée lors du cursus universitaire de médecine générale. La connaissance de la discipline est fondamentale pour pouvoir orienter correctement le patient (confirmé par la thèse de M. CHASSAING en 2012 [28]). La médecine manuelle ostéopathique étant moins connue que l'ostéopathie, c'est donc naturellement que les patients sont plus facilement adressés à des kinésithérapeutes.

Il existe une absence notoire de comptes-rendus quel que soit le praticien consulté, et notamment des médecins. La première interrogation qui vient alors est celle de la compréhension des soins dont a bénéficié le patient à une époque dans laquelle le système de soins insiste sur le fait que le patient doit être au centre des soins et des décisions qui le concernent (loi du 4 mars 2002 du code de santé publique) [25].

En l'absence de ce compte-rendu, il est logique de se poser la question de la continuité de soins. S'il n'existe pas de trace écrite (courrier) ou même orale des traitements effectués, il semble difficile d'avoir un parcours de soins cohérent en cas de recours à un autre intervenant.

Enfin, la loi du 4 mars 2002 impose à tous les professionnels de santé d'avoir un dossier de soin afin de pouvoir avoir une traçabilité des informations et des soins [27]. En l'absence de tous comptes-rendus et courriers, existe-t-il chez les ostéopathes un dossier de soins ? Les ostéopathes « ni-ni » n'étant pas des professionnels de santé au sens strict, ils ne sont pas tenus de suivre cette loi. Mais puisqu'ils participent en quelque sorte à une prise en charge dans le domaine de la santé, ne devraient-ils pas être soumis aux mêmes lois que les professionnels de santé ?

L'information des médecins traitants est globalement faible (moins de un patient sur 3 informe son médecin traitant). Il existe une différence sensible entre les groupes analysés. L'information est plus importante lorsqu'il s'agit de consultations de médecins ostéopathes. Les ostéopathes « ni-ni » sont ceux pour lesquels les consultations sont le moins rapportées aux médecins traitants. Les kinésithérapeutes-ostéopathes sont entre les deux.

Ce qui est notable dans ce cas c'est que le taux de présence de comptes-rendus suit l'exacte inverse du taux d'information du médecin traitant. Cela traduit que l'information n'est pas du tout corrélée à la présence d'un compte rendu. Elle est donc le fait soit d'une communication directe du patient avec son médecin traitant, soit de courriers directs entre praticiens. L'expérience montre que ces courriers ne sont pas fréquents. Nous pouvons donc supposer que l'information dépend surtout de la communication directe entre le patient et son médecin traitant.

Par conséquent nous pouvons estimer qu'il existe un déficit de communication lorsque le praticien n'est ni médecin ni kinésithérapeute. S'agit-il alors des réticences du patient ou de celles du médecin ?

Nous pouvons malgré tout envisager une autre explication : il existe des voies de communication déjà établies entre médecins et entre kinésithérapeutes et médecins, ce qui isolerait les ostéopathes « ni-ni » et serait un frein à la communication et donc à l'information.

Un autre point de discussion serait la qualité de la communication entre médecins ostéopathes et ostéopathes ni médecins ni kinésithérapeute du fait de leur cursus de formation éloigné.

Les avis médicaux sont la plupart du temps inexistant, mais lorsqu'ils existent, ces derniers semblent plus orientés vers des médecins spécialistes que vers le généraliste. Il serait intéressant de savoir si ce type de recours se fait de manière indirecte en passant par le médecin traitant ou de manière directe et donc en dehors du parcours de soin...

5.2.6. Attentes et satisfaction

L'étude des attentes des patients et de la satisfaction liée à ces consultations montre que dans la majorité des cas, les personnes qui consultent sont satisfaites de leur prise en charge et donc de la réponse à leurs attentes (qui pour rappel sont en majorité « guérir des blessures » et « prévenir la survenue de ces blessures »).

Ce résultat est conforté par les résultats d'une autre thèse de médecine générale réalisée par Mme THIRIAT à Nancy, qui montre dans la population générale des personnes consultant un ostéopathe, une satisfaction globale de 80% ainsi qu'une sensation d'amélioration de la qualité de vie de 80% lorsque ces consultations sont répétées. [26]

La définition de la santé par l'OMS est la suivante : « La santé est un état de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [22]. Nous pouvons donc en conclure que l'ostéopathie, sous cet angle-là, contribue à l'amélioration du bien être. Dès lors, il semble logique de tenter d'intégrer au mieux cette discipline dans le système de santé actuellement en place en maintenant la place du médecin traitant au centre du parcours de soins.

Les personnes ayant répondu « améliorer les performances » sont plus nombreuses dans le groupe des ostéopathes ni médecin ni kinésithérapeutes et montrent bien l'état d'esprit des personnes consultant des praticiens de médecines complémentaires.

Cette remarque implique une réflexion sur le rôle des thérapies complémentaires dans notre société, et sur les attentes des patients qui en bénéficient.

5.2.7. Connaissances administratives

En France, 92% des personnes possèdent une couverture mutuelle [16]. Seulement 35% possèdent une prise en charge des consultations d'ostéopathie [17]. Les résultats de l'étude montrent un taux supérieur au taux moyen relevé dans la population générale (respectivement 50% et 35%).

Le taux de remboursement total de la consultation est plus important en cas de consultation d'un médecin ostéopathe que dans les autres cas. Cela pourrait être expliqué par une

intégration des actes d'ostéopathie dans les consultations de médecine (générale ou de spécialiste) permettant un remboursement complet. Cela expliquerait qu'il n'y ait pas de patients mentionnant l'absence de prise en charge pour ce sous groupe.

J'ajouterai que les résultats des questions relatives à la prise en charge financière des consultations d'ostéopathie montrent que les patients sont déroutés et n'ont pas les points de repère nécessaires pour avoir une idée claire des moyens de prise en charge.

Tant que cette discipline restera marginale vis-à-vis du système de santé, ces notions resteront floues dans l'esprit des patients.

De plus, le fait que les complémentaires de santé remboursent des actes réalisés par des intervenants non professionnels de santé peut être discutable (ou pour le moins discuté).

5.3. Ouverture

En 2004, l'Académie française de médecine, dans son rapport sur la place de l'ostéopathie dans le système de soins, mentionne que « les techniques manuelles utilisées seulement dans un but thérapeutique sont proches de celles enseignées dans les écoles de kinésithérapie (...) mais qui agissent sur prescription médicale ».

Le rapport suivant de mars 2013 appuie sur le fait que dans l'étude sur la place des médecines alternatives, « reste le problème du nombre des ostéopathes, très excessif et en progression, et de l'inégalité de leur formation, double conséquence du nombre excessif du nombre d'établissements de formation et de l'inégalité de leur qualité ». Ces propos sont basés sur le rapport de 2010 de L'IGAS (inspection générales des affaires sociales) [23].

Il semble donc essentiel que cette discipline puisse bénéficier dans le domaine médical de la reconnaissance que les patients lui ont déjà accordée, et qu'elle puisse être intégrée à part entière dans le système de soins français, et même plus, dans le parcours de soins.

La mise en place de ces propositions de solutions aux situations évoquées ne peut être réalisée sans régulation stricte des formations et de la délivrance des diplômes, afin d'assurer une qualité de formation aux praticiens et ainsi une assurance de prestations de qualité aux patients.

La régulation du recours aux consultations (via le médecin traitant par exemple) semble tout aussi essentielle afin d'adresser correctement les patients en fonction des indications de

traitement (et des contre indications éventuelles) et ainsi assurer un programme de soins et une continuité de soins adaptés.

Pour pouvoir accéder à ce schéma, la condition *sine qua non* reste la connaissance par les médecins généralistes des domaines d'application de l'ostéopathie, ses indications et contre indications. Or, la thèse de 2010 rédigée par Mme MINGAM montre que les médecins généralistes ne connaissent le plus souvent pas cette discipline mais seraient prêts à se former (non dans le but de pratiquer mais pour améliorer leurs connaissances de cette discipline). Or actuellement, cet enseignement reste, dans le cadre universitaire, un domaine peu évoqué et auquel l'accès est uniquement basé sur le volontariat (élément bien démontré par la thèse de M. CHASSAING 2012)

Enfin, les études sur l'efficacité des traitements ostéopathiques ont montré dans certains cas bien précis [24] une efficacité similaire aux traitements allopathiques classiques. Les effets secondaires de l'ostéopathie sont bien établis, et sont aussi exceptionnels que graves. La tendance en médecine générale étant à la restriction de traitements médicamenteux, le recours aux ostéopathes semble alors une bonne alternative thérapeutique. Cette remarque prend toute son importance dans le milieu du sport où la notion de dopage contre indique de nombreux traitements.

Cette étude exploratrice a permis d'étudier le recours aux ostéopathes des joueurs de rugby des Pays de Loire. La population ciblée reste donc restreinte. Il me semble intéressant d'élargir cette étude à différentes régions afin d'observer si les résultats obtenus sont représentatifs de la totalité des joueurs de rugby en France. De plus, concernant le recours à l'ostéopathie en fonction du type de praticien, une étude de grande envergure permettrait de pouvoir réaliser une analyse statistique fiable et significative.

Par la suite, compte tenu du caractère traumatique du rugby, l'extension de l'étude aux autres fédérations de sport pourrait être fort instructive pour déterminer si le rugby est un cas isolé ou si les résultats obtenus sont généralisables à tous les sportifs amateurs.

6. Conclusion

Le recours aux ostéopathes par les joueurs de rugby des Pays de Loire est fréquent. Les praticiens les plus sollicités sont les ostéopathes ni médecins ni kinésithérapeute et les kinésithérapeutes-ostéopathes.

Les motifs de traitement les plus fréquents sont logiquement les pathologies liées au rachis et aux membres, dans un contexte post traumatique.

Les traitements les plus utilisés sont les manipulations articulaires et les massages. Les manipulations viscérales restent néanmoins présentes.

Ces consultations s'inscrivent en parallèle du parcours de soin habituel et à distance du médecin traitant qui ne semble pas associé par les patients et les ostéopathes à la prise en charge.

Les attentes des patients s'inscrivent en faveur d'une accélération de la guérison et d'une prévention de la survenue des blessures.

La satisfaction globale des joueurs à propos de la prise en charge est bonne.

La complexité du système de prise en charge administrative et financière semble brouiller les connaissances des patients en termes de remboursements.

L'ostéopathie étant un recours important chez les joueurs de rugby, si les résultats sont généralisables aux sportifs en général, il semble capital d'en tenir compte dans les prises en charge en médecine générale et en médecine du sport. L'idéal étant que l'on puisse à court ou moyen terme intégrer ces consultations dans un parcours de soin cohérent. Mais il reste encore beaucoup de chemin à parcourir pour réguler les formations et les pratiques, dans l'optique de permettre une intégration et une régulation du recours au sein du système de soin en place. Cet objectif ne pourra être atteint, à mon sens, qu'en instituant une formation (ou au moins une information) précoce de ce qu'est l'ostéopathie (pratiques, indications, contre-indications, etc...) dans le cursus universitaire commun à tous les médecins.

7. Annexes

ENQUETE SUR LES MOTIFS DE RECOURS DES SPORTIFS A L' OSTEOPATHIE

NOM (2 premières lettres) :

Prénom (la première lettre) :

AGE : ans

SEXE : M F

Pour vous qu'est ce que l'ostéopathie?

1-le traitement de déplacements articulaires

☐

2-la façon de soigner toutes les maladies avec ses mains

☐

3-autre (préciser)

☐

4-ne sait pas

☐

Avez vous déjà consulté un ostéopathe ?

OUI

☐

NON

☐

Pour ceux qui ont répondu oui : poursuivez le questionnaire
pour ceux qui ont répondu non : le questionnaire s'arrête là

Quel type d'ostéopathe avez-vous consulté?

1- Ostéopathe exclusif (ni médecin ni kiné)

☐

2- Masseur Kinésithérapeute ostéopathe

☐

3- Médecin spécialiste ostéopathe

☐

4- Médecin généraliste ostéopathe

☐

5- autres à préciser : _____

☐

6- Ne sait pas

☐

Quelles plaintes ont motivé votre recours à l'ostéopathe?

- 1- perte de mobilité et/ou douleurs de la colonne vertébrale
(= Cervicales , dos, bas du dos) ☐
- 2- perte de mobilité et ou douleurs des membres supérieurs
(= épaules bras) ☐
- 3- perte de mobilité et/ou douleurs des membres inférieurs
(= bassin hanches jambes) ☐
- 4- douleurs et/ou gêne dans la poitrine ☐
- 5- douleurs et/ou gêne de l'abdomen ☐
- 6- autres : à préciser : ☐

Vos symptômes sont-ils survenus:

- 1- sans cause ☐
- 2- après traumatisme ☐

Le traitement a consisté en : (possibilité de cocher plusieurs cases)

- 1- manipulations osseuses (craquements) ☐
- 2- manipulations viscérales
(= mobilisation des organes mous : rein , foie , pancréas, etc.) ☐
- 3- infiltrations ☐
- 4- médicaments ☐
- 5- Massages / physiothérapie /électrostimulation ☐
- 6- autres à préciser : _____ ☐

Avez vous bénéficié d'un programme d'entretien après la séance
(ex : programme d'exercice de prévention à domicile)

OUI ☐ NON ☐

Avez-vous un compte rendu du traitement réalisé?

OUI ☐ NON ☐

Votre médecin traitant a-t-il été tenu au courant?

OUI ☐ NON ☐

Avez-vous consulté l'ostéopathe ...

- 1- de votre propre initiative ☐
- 2- sur les conseils de votre médecin traitant ☐
- 3- sur les conseils de votre infirmier ☐
- 4- sur les conseils de votre dentiste ☐
- 5- sur les conseils de votre kiné ☐

6- sur les conseils de votre entourage		<input type="checkbox"/>
L'ostéopathe a-t-il sollicité d'autres avis?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<i>si oui : lesquels?</i>		
1- médecin généraliste	<input type="checkbox"/>	
2- médecin spécialiste	<input type="checkbox"/>	
3- chirurgien	<input type="checkbox"/>	
4- kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	
5- podologue	<input type="checkbox"/>	
A quelle fréquence consultez vous l'ostéopathe ?		
1- Une fois par an		<input type="checkbox"/>
2- occasionnellement suite à une blessure		<input type="checkbox"/>
3- régulièrement plus de 3 fois par an		<input type="checkbox"/>
En général , quand vous avez vu l'ostéopathe , avez vous vu votre généraliste AVANT ?		
1- oui toujours		<input type="checkbox"/>
2- oui, fréquemment		<input type="checkbox"/>
3- oui, occasionnellement		<input type="checkbox"/>
4- non, jamais		<input type="checkbox"/>
En général , quand vous avez vu l'ostéopathe , avez vous vu votre généraliste APRÈS ?		
1- oui , toujours		<input type="checkbox"/>
2- oui, fréquemment		<input type="checkbox"/>
3- oui, occasionnellement		<input type="checkbox"/>
4- non, jamais		<input type="checkbox"/>
Avez vous été satisfait en terme de résultats du traitement dont vous avez bénéficié ?		
1- oui , totalement		<input type="checkbox"/>
2- oui, plutôt		<input type="checkbox"/>
3- non, pas complètement		<input type="checkbox"/>
4- non, pas du tout		<input type="checkbox"/>
Recherchez-vous à travers la prise en charge ostéopathique:		
1- à guérir plus rapidement une blessure		<input type="checkbox"/>
2- à éviter des blessures(prévention)		<input type="checkbox"/>
3- à améliorer vos performances		<input type="checkbox"/>

4- autres à préciser

☐

vos soins d'ostéopathie sont-ils remboursés par la sécurité sociale ?

1- oui

☐

2- non

☐

3- ne sait pas

☐

vos soins d'ostéopathie sont-ils remboursés par votre complémentaire santé (= mutuelle) ?

1- oui

☐

2- non

☐

3- ne sait pas

☐

si oui, dans quelle mesure ?

totalement

☐

en partie

☐

J'ai bien pris connaissance de l'information concernant les termes de l'enquête présente et en particulier :

- que les données me concernant seront adressées sous forme anonyme, pour analyse statistiques aux docteurs XXX (ou dans les services de médecine YYY)
- que ces données sont strictement confidentielles, et ne seront utilisées que pour cette étude et les publications qui en découleront. Mon identité ne sera donc jamais révélée.
- que ces données feront l'objet d'un traitement informatisé, et que je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification prévu par l'article L40-1 de la loi Informatique et Liberté modifiée par la loi N° 94-548 du 1^{er} juillet 1994
- que le Comité d'Éthique de "VILLE" a émis un avis favorable à la mise en œuvre de cette étude
- que la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés a été informée de la saisie informatisée des données de l'étude

Je confirme par ma signature, que j'ai bien pris connaissance de ce document, et que je ne m'oppose pas à l'utilisation des données me concernant.

8. Bibliographie

- [1] STILL A.T. – Autobiography of Andrew T Still. Kirksville 1908.
- [2] STILL A.T. – The philosophy and mechanical principles of osteopathy. 1 vol. 339 p ; Hudson Kimberly Pub Co ; Kansas City, 1902.
- [3] Rapport OMS : Principes directeurs pour la formation en médecine traditionnelle, complémentaire et alternative: principes directeurs pour la formation en ostéopathie, 2007.
- [4] Pr Ludes.-rapport de mission sur l'ostéopathie et la chiropraxie repris dans les référentiels du métier d'ostéopathe de l'Union Fédérale des Ostéopathes de France (UFOF) (<http://www.osteofrance.com/actualites/media/pdf/livretreferencosteo.pdf>) et de l'Association Française d'Ostéopathie (AFO) (<http://www.afosteo.org/files/Referentiel%20Competences%20osteopathes.pdf>), 2007.
- [5] CIANNAMEA M. Approche et intégration de la médecine ostéopathique dans un plan thérapeutique global.congres amaf(Association Médicale Avicenne de France, 2006
- [6] MINGAM S thèse d'exercice:La médecine manuelle ostéopathique en France enquête sur les opinions, les pratiques, les connaissances et les interactions entre les différents intervenants, 2010.
- [7] BARRY C, FALISSARD B, rapport de l'INSERM U669 sur l'ostéopathie : Evaluation de l'efficacité de l'ostéopathie, 2012
- [8] Dubois T. De la nécessité de l'évaluation de la pratique clinique de l'ostéopathie : l'ostéopathie factuelle, état des lieux. La Revue de l'Ostéopathie. 2011;2:19-24.
- [9] Registre des **Ostéopathes** de France (ROF) : démographie. site internet consulté le 03/06/2013 Consultable à l'URL: <http://www.osteopathie.org/demographie.html>
- [10] décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.
- [11] décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.
- [12] FIMM (fédération internationale de médecine manuelle) : définition de l'ostéopathie. Congrès de la FIMM 2005.
- [13] MAYER LEVY C._Recours aux médecines complémentaires et alternatives parmi les patients de médecine générale à Paris. Thèse d'exercice de médecine générale. Paris V Descartes, 2010.
- [14] AIT HAMMED M._Évaluation du recours aux médecines complémentaires et alternatives en médecine générale dans le département de l'Oise. Thèse de médecine générale Amiens 2012.
- [15] DUMOULIN C Recours des médecins généralistes à l'ostéopathie: enquêtes auprès des médecins généralistes de

- [16] MARICAL F, DE SAINT POL T, rapport INSEE : La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités. 2003 consultable en ligne sur l'URL : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1142®_id=0
- [17] Conseil fédéral de la fédération française de l'ostéopathie: l'ostéopathie remboursée par la sécurité sociale. Consulté le 03/06/2013 consultable sur l'URL: <http://osteopathie-federation.org/actualites-federation-francaise-osteopathie/87-osteopathie-remboursee-par-la-securite-sociale>
- [18] LECOCQ J, VAUTRAVERS P. Fréquence des accidents des manipulations vertébrales. Ann Réadapt Méd Phys 1996 ; 39 : 398
- [19] LECOCQ J, VAUTRAVERS P.. Complications des manipulations vertébrales. Fréquence, aspects cliniques, pathogéniques et thérapeutiques. Prévention. Ann Réadapt Méd Phys 1995 ; 38 : 87-94
- [20] MAIGNE R. Douleurs d'origine vertébrale et traitements par manipulations.Paris : L'Expansion ; 1974
- [21] MAIGNE R. Diagnosis and treatment of pain of vertebral origin. Baltimore : Williams and Wilkins ; 1995
- [22] actes officiels de l'OMS : Préambule à la constitution de l'OMS, tel qu'adopté par la conférence internationale sur la santé, New York, actes officiels de l'OMS n°2, p100, 19-22 juin 1946.
- [23] DURAFFOURG M et VEREREY M IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) rapport d'Avril 2010, n° 12010-030P, 2010.
- [24] RUBINSTEIN,VAN MIDDLEKOOP Et AL. la thérapie par manipulations vertébrales dans le traitement des lombalgies chroniques, 2011.
- [25] Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé Code de santé publique, 2002.
- [26] THIRIAT E, caractéristiques des patients consultants en médecine manuelle et ostéopathie : profils attentes et satisfactions résultats d'un auto-questionnaire en médecine générales, thèse d'exercice en médecine générale, Nancy 2006.
- [27] Loi du 4 Mars 2002 relative aux recours et accès aux informations concernant la santé d'une personne. Modalités pratiques et accompagnement, décembre 2005
- [28] CHASSAING P, Médecine générale et ostéopathie en Ile et Vilaine : enquête transversale d'un échantillon de médecins. Thèse d'exercice de médecine générale 2012.
- [29] VAUTRAVERS, P, ISNER-HOROBETI, M.E.et MAIGNE J.Y. : manipulations vertébrales-ostéopathie. Evidences/Ignorances. Revue de rhumatologie 76, p. 405-409, 2009