

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE



ANNEE 2009

THESE N° 3134/A

MEDECINE MANUELLE ET ACUPUNCTURE :

GENERALITES ET ACTUALITES SUR LEUR EFFICACITE

ENQUETE SUR LES PROFILS ET LES MOTIVATIONS, IMPACTS SUR LA  
QUALITE DE VIE PROFESSIONNELLE, PERSONNELLE, ET ECONOMIQUES  
DES MEDECINS GENERALISTES LES UTILISANT

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présenté et soutenue publiquement le : 5 octobre 2009

PAR

Fabien JAUBERTIE

Né le 5 mai 1976 à Brive La Gaillarde (19)

SCD UNIV.LIMOGES



D 035 195941 3

EXAMINATEURS DE THESE

- |                                      |                              |
|--------------------------------------|------------------------------|
| M. Le Professeur Treves Richard      | - Président                  |
| M. Le Professeur Salle Jean-Yves     | - Juge                       |
| M. Le professeur Clement Jean Pierre | - Juge                       |
| M. le Professeur Buchon Daniel       | - Directeur de thèse et juge |

**UNIVERSITE DE LIMOGES  
FACULTE DE MEDECINE**

**DOYEN DE LA FACULTE:**

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

**ASSESEURS:**

Monsieur le Professeur LASKAR Marc  
Monsieur le Professeur VALLEIX Denis  
Monsieur le Professeur PREUX Pierre-Marie

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:**

\* C.S = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BEDANE Christophe (C.S)	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe (C.S)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (C.S)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
COGNE Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
DAVET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
DESPOIT Jean-Claude	NUTRITION
DUDOGNON Pierre (Sunombre 31/08/2009)	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DUMAS Jean-Philippe (C.S)	UROLOGIE
DUMONT Daniel (C.S)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
FEUILLARD Jean (C.S)	HEMATOLOGIE
GAINANT Alain (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
GASTINNE Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MAUBON Antoine (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MERLE Louis (C.S)	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique (C.S)	CHIRURGIE INFANTILE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
PARAF François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
RIGAUD Michel (Surnombre 31/08/2010) (C.S)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves (C.S)	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
SAUTEREAU Denis (C.S)	GASTRO-ENTEROLOGIE, HEPATOLOGIE
SAUVAGE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)	CANCEROLOGIE
VALLAT Jean-Michel (C.S)	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE – CHIRURGIE GENERALE
VANDROUX Jean-Claude (C.S)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
VERGNEGREGRE Alain (C.S)	EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION
VIDAL Elisabeth (C.S)	MEDECINE INTERNE
VIGNON Philippe	REANIMATION MEDICALE
VIROT Patrice (C.S)	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre (C.S)	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine (C.S)	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

#### MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	Parasitologie et Mycologie
ANTONINI Marie-Thérèse (CS)	Physiologie
BOURTHOMIEU Sylvie	Cytologie et Histologie
BOUTEILLE Bernard	Parasitologie - Mycologie
CHABLE Hélène	Biochimie et Biologie Moléculaire
DRUET-CABANAC Michel	Médecine et Santé au Travail
DURAND-FONTANIER Sylvaine	Anatomie – Chirurgie Digestive
ESCLAIRE Françoise	Biologie Cellulaire
FUNALOT Benoît	Biochimie et Biologie Moléculaire
JULIA Annie (Départ le 01/01/2009)	Hématologie
LE GUYADER Alexandre	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
MOUNIER Marcelle	Bactériologie – Virologie – Hygiène Hospitalière
<del>PETIT Barbara</del>	<del>Anatomie et Cytologie Pathologiques</del>
PICARD Nicolas	Pharmacologie Fondamentale
QUELVEN-BERTIN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
TERRO Faraj	Biologie Cellulaire
VERGNE-SALLE Pascale	Thérapeutique
VINCENT François	Physiologie

#### PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CAIRE François	Physiologie
----------------	-------------

#### P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	Anglais
----------------	---------

#### PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel	Médecine générale
BUISSON Jean-Gabriel	Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

DUMOITIER Nathalie	Médecine Générale
PREVOST Marline	Médecine Générale

*A notre Maître et Président du jury,  
Monsieur le Professeur TREVES Richard  
Professeur des Universités en Rhumatologie  
Médecin des hôpitaux  
Vous me faites l'honneur de présider ma thèse,  
Je souhaite vous exprimer toute ma reconnaissance pour avoir accepté de juger ce travail et  
pour l'intérêt que vous avez manifesté pour mon parcours actuel et futur.*

*A notre Maître et Juge,  
Monsieur le Professeur SALLE Jean-Yves  
Professeur des Universités en rééducation fonctionnelle  
Médecin des hôpitaux  
Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.  
Veuillez trouver dans ce travail mon plus profond respect et toute ma reconnaissance.  
Soyez remercié pour votre enseignement tout au long de mes études.*

*A notre Maître et Juge,  
Monsieur le Professeur CLEMENT Jean Pierre  
Professeur des Universités en Psychiatrie  
Médecin des hôpitaux  
Vous m'avez fait l'honneur de présider ma thèse, veuillez trouver ici l'expression de toute ma  
gratitude.*

*A notre Directeur de thèse et Juge,  
Monsieur le Docteur BUCHON Daniel,  
Docteur en médecine,  
Professeur associé en Médecine Générale  
Vous m'avez fait l'honneur de me guider dans la réalisation de ce projet.  
Je vous remercie de votre confiance et de votre disponibilité et vous prie de bien vouloir  
trouver en ce travail l'expression de ma plus profonde reconnaissance.*

*Je remercie Laure Guillot pour sa disponibilité et son aide précieuse dans la réalisation de ce travail.*

*Je remercie Fabrice Lalloué pour sa participation et son implication à la l'élaboration de mes statistiques. Merci d'avoir répondu présent.*

*Merci à mes parents, et à ma famille*

*Pour leur soutien durant toute ces années*

*A mon Elo,*

*Dont la patience m'a permis d'avancer*

## SOMMAIRE

Introduction.....	12
I. Les médecines à orientation complémentaire.....	14
1. définitions .....	14
a. la médecine générale	
b. les médecines à exercice particulier	
2. état des lieux des MEP en France et en Limousin.....	17
. effectifs	
. répartition en fonction de l'âge du sexe et du type d'activité	
3. acupuncture et ostéopathie : historique.....	24
a. l'acupuncture	
b. l'ostéopathie	
4. législation et cadre d'exercice.....	29
a. généralités sur l'exercice des MEP	
b. l'ostéopathie	
c. l'acupuncture	
5. les études sur l'efficacité de ces deux MEP.....	35
a. l'acupuncture : analyses, méta-analyses, conclusion	
b. l'ostéopathie : analyses, méta-analyses, conclusion	
II. Questionnaire à l'intention des généralistes proposant une .....	45
médecine à exercice particulier acupuncture ou ostéopathie en	
Limousin-Poitou-Charentes	
A/ matériel et méthode.....	46
B/ le questionnaire .....	49
C/ résultats.....	55
D/ discussion .....	71
1. les biais, les écueils.....	71
2. les points importants.....	72
3. conclusion.....	87

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ADELI : Automatisation DEs Listes

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNAMTS : La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNOM : Conseil National de l'Ordre Des Médecins

DIU : Diplôme InterUniversitaire

DU : Diplôme Universitaire

ECN : Epreuves Classantes Nationales

INSEE : Institue Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

MEP : médecine à exercice particulier

ONDPS : Observatoire National Des Professions de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PDS : Permanence Des Soins

SNIR : Système National Inter Régimes

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

# INTRODUCTION

Trouver un sujet de thèse pour un étudiant n'est pas forcément un exercice facile. C'est certes un passage obligatoire, sanctionnant toute étude aboutissant à un doctorat, mais c'est surtout un travail important, nécessitant un investissement personnel majeur, jalonné de difficultés, de rencontres, de recherches, de désillusions et de satisfactions parfois inattendues.

Pour l'étudiant qui doit réaliser ce travail, la perspective de s'y plonger en y trouvant qu'un intérêt mineur est peu réjouissante.

Il est donc primordial de trouver un sujet intéressant (au moins d'un point de vue personnel !).

Les médecines à exercice particulier (appelons les les MEP) sont des disciplines très peu abordées durant les études médicales. Ce n'est que par la suite, durant mes lectures de revues médicales, lors des remplacements de médecine générale, que le contact a eu lieu.

Certains des médecins que je remplaçais étaient titulaires de formations complémentaires leurs permettant d'exercer des disciplines comme l'ostéopathie, la mésothérapie, l'acupuncture. Et la confrontation avec une patientèle habituée à cette médecine particulière ne pouvait qu'avoir lieu.

J'entendais ne nombreux discours de satisfaction de la part de patients qui y avaient régulièrement recours, écoutais les paroles convaincues de ces médecins, mais parallèlement, beaucoup d'articles scientifiques, au travers de multiples études, accouchaient de résultats contradictoires, émettaient des critiques virulentes sur les méthodologies des autres études.....ma curiosité grandissait peu à peu.

Et après trois années de remplacements de médecine générale, je prenais progressivement conscience des côtés moins agréables de cette profession : certains traitements très stéréotypés avec peu de marge de manœuvre, en particulier en ce qui concerne les douleurs chroniques, le poids d'une patientèle, la routine.

Le lien est donc fait : les médecines à exercice particulier peuvent elles me donner d'autres armes dans le traitement de certaines pathologies, me donner une diversification dans ma pratique de tous les jours, surtout en cas d'installation ?

Le sujet de ma thèse est tout trouvé. Je choisis de m'intéresser aux MEP avec lesquelles j'ai eu le plus de contact, la **médecine manuelle** et l'**acupuncture**.

## 1. LES MEDECINES A ORIENTATION COMPLEMENTAIRE

### 1-1/ Définitions

#### 1-1-1/ la médecine générale

Avant d'essayer de définir les médecines à orientation complémentaire, il est d'abord nécessaire de donner une définition de la médecine générale.

Cette définition n'est pas si facile à cerner de manière précise, tant elle évolue avec les progrès de la médecine : les nouvelles attributions de compétences, l'apparition de nouvelles molécules, des domaines de connaissance de plus en plus étendus et donc nécessitant de les morceler en domaines spécialisés.

Elle peut être visualisée comme une masse changeante, sans forme définie, difficilement palpable.

Les définitions que l'on doit en donner ne peuvent donc pas tenir en une ligne, et ne peuvent s'attacher à un domaine précis.

C'est d'ailleurs ce que l'on retrouve en cherchant une définition officielle ; plusieurs classifications, plusieurs critères sont souvent employés, aboutissant pour la plupart à une définition **globale** d'orientation semblable.

Cette notion de globalité en médecine générale est une notion essentielle. Pour sa définition donc, mais aussi dans sa nature même, car elle sert de fil conducteur à tous les praticiens relevant de cette spécialité.

La WONCA a émis en 2002 une définition européenne de la médecine générale, au travers de critères comprenant les caractéristiques, le rôle du généraliste et une description de ses compétences. Ce rapport [1] est né de la nécessité de cerner, de définir ou plutôt redéfinir la médecine générale dans une Europe où les économies de soin, les démographies, les attentes des patients évoluent et où il est vital que le rôle complexe et essentiel du médecin généraliste au sein du système de santé soit parfaitement compris par le corps médical, mais aussi les professionnels associés, les économistes, les politiciens et le grand public.

Ce rapport résume les caractéristiques globales selon 3 grandes définitions de la médecine générale dans le tableau suivant :

<b>OMS 1998</b>	<b>WONCA 1991</b>	<b>"Principes" décrits par Gay</b>
Générale	Soins globaux	3. Champ d'activités déterminé par les besoins et les demandes du patient 4. Réponse à la majorité des problèmes de santé non-sélectionnés et complexes
Continue	Orienté vers le patient	1. Approche centrée sur le patient 8. Capacité de suivi au long cours
Globale	Soins globaux	3. Champ d'activités déterminé par les besoins et les demandes du patient 4. Réponse à la majorité des problèmes de santé non-sélectionnés et complexes
Coordonnée	Coordination avec d'autres services	9. Aptitude à la coordination des soins
Collaboratrice	Coordination avec d'autres services	9. Aptitude à la coordination des soins
Orientée vers la famille	Centré vers la famille	2. Orientation vers le contexte familial et communautaire
Orientée vers la communauté	Engagements dans la communauté	2. Orientation vers le contexte familial et communautaire

Fig. 1 : critères de définition de la médecine générale selon la WONCA

Nous voyons que le secteur de définition de la médecine générale est large, mais peut être résumé comme ceci : la médecine générale, spécialité médicale reconnue comme telle depuis 2004 en France, s'intéresse au patient dans sa globalité, physique, psychologique et familiale. Le généraliste assure un premier recourt aux soins, sans distinction de pathologie, et traite ou oriente le patient en fonction des symptômes, de la gravité et de son niveau de compétences afin qu'il bénéficie d'une prise en charge adaptée. Il assure le suivi et la prévention médicale de ses patients ainsi que la coordination entre les différents acteurs et services médicaux et administratifs du secteur de la santé.

## 1-1-2/ Les Médecines à exercice particulier

Dans les années 70, les omnipraticiens / spécialistes ayant un mode de diagnostic et/ou thérapeutique différent des omnipraticiens « classiques » se sont vus attribuer par la CNAM le terme de médecin à exercice particulier (MEP).

Leur définition n'est ni claire, ni statique ; de nombreux synonymes existent et n'englobent pas toujours les mêmes exercices ; la définition varie selon l'époque et les pays ; ainsi, il est intéressant de noter qu'en France et en Europe, l'acupuncture fait partie des médecines alternatives alors qu'aux Etats-Unis, elle fait partie de la médecine classique et reconnue par la National Institute of Health.

Les médecins peuvent, tout le long de leur carrière, acquérir un diplôme ou une qualification leur permettant d'exercer une discipline particulière. Ou encore ils se sont vus reconnaître une compétence dans diverses disciplines, sans pour autant être reconnus par le conseil de l'ordre comme spécialistes. Ces compétences permettent aux médecins omnipraticiens d'exercer une orientation complémentaire à la médecine générale.

Selon l'ONDPS [2], un médecin ayant un mode d'exercice particulier (MEP) est un médecin déclarant une orientation d'exercices particuliers, telle l'homéopathie et l'acupuncture, ou un médecin généraliste exerçant une ou plusieurs disciplines pour laquelle il a été qualifié par le conseil de l'ordre.

Les MEP sont différentes des diplômes de spécialités en médecine qui font partie intégrante des études médicales (rappelons que depuis 2004, la médecine générale est elle aussi une spécialité). Elles sont souvent par contre classées dans la famille des médecines dites alternatives.

Elles sont aussi différentes des médecines dites à orientations complémentaires, qui elles sont à priori proche de la médecine générale comme la gériatrie ou la médecine du sport, ou de domaines plus spécifiques comme le DIU du sommeil et de sa pathologie ou le DIU de médecine subaquatique et hyperbare, qui ne font pas partie des médecines alternatives.

Il est intéressant de citer quelques mots d'un rapport publié par l'URML d'Ile de France en juin 2008 [3], intitulé voyage au centre de vos pratiques, consistant à une étude de diverses facettes de l'activité d'un omnipraticien en Ile de France au travers d'un questionnaire, dont les généralistes proposant une MEP. Face à cette difficulté de donner une définition précise de la Médecine Générale et des MEP, il leur a été demandé de donner une description de leur métier. Les généralistes répondent à 93.4% qu'ils se considéraient comme un médecin de famille et à 93.8% comme un médecin traitant, et à 63.3% comme médecin consultant. Les médecins à orientation complémentaires, eux, ne se considèrent comme médecin de

famille qu'à 26% et comme médecins traitants à 36.3%. Par contre, ils se décrivent majoritairement à 76.5% comme médecins consultants.

## 1-2/ état des lieux des MEP en France et en Limousin

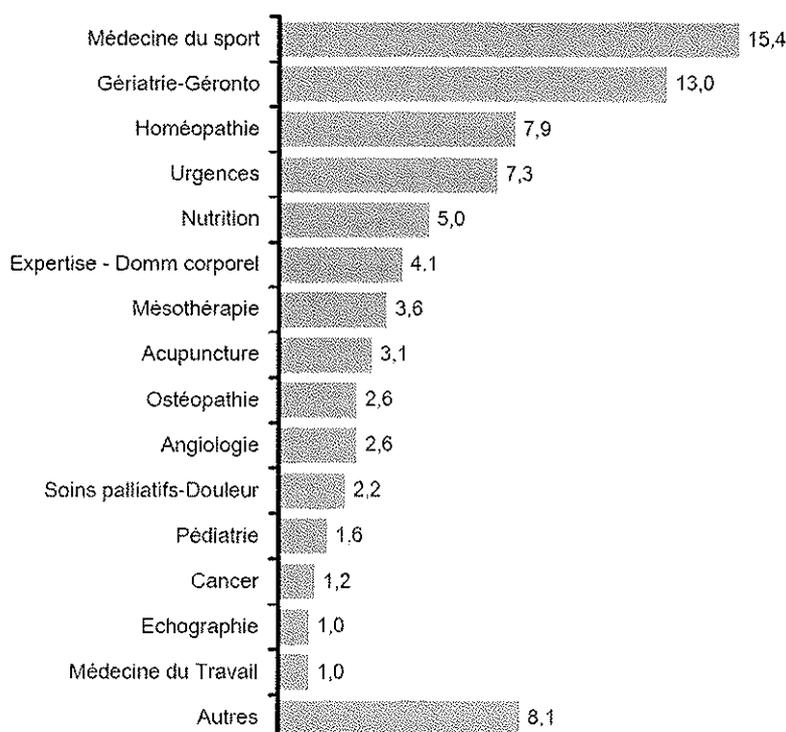
### - 1-2-1 effectifs

Nous voyons la difficulté de donner une définition précise de ce que sont les MEP, même si le sens général lui ne nous échappe pas. De cette difficulté en découle une autre : celle de publier des chiffres de démographie médicale proposant une MEP précis. Difficulté majorée par le fait que tous les praticiens n'ont pas forcément inscrit leur compétence de manière officielle auprès de l'ordre des médecins ou auprès des différents organismes chargés de publier les chiffres officiels. Nous citerons alors les chiffres de plusieurs études réalisées à des dates différentes, afin de pouvoir juger, de pouvoir se faire une idée qui soit la plus précise des effectifs et de leur évolution.

Dans cette grande famille des compétences particulières, incluant comme nous l'avons vu les médecines dites alternatives, les MEP et les orientations particulières proches de la médecine générale, un rapport très intéressant de l'ORS de janvier 2009 sur la médecine générale en Limousin [4] dresse une hiérarchie dans la fréquence des différentes principales compétences possédées par les omnipraticiens

Fig. 2 :

**Compétences particulières acquises par les médecins généralistes libéraux du Limousin -%- (n = 579)**



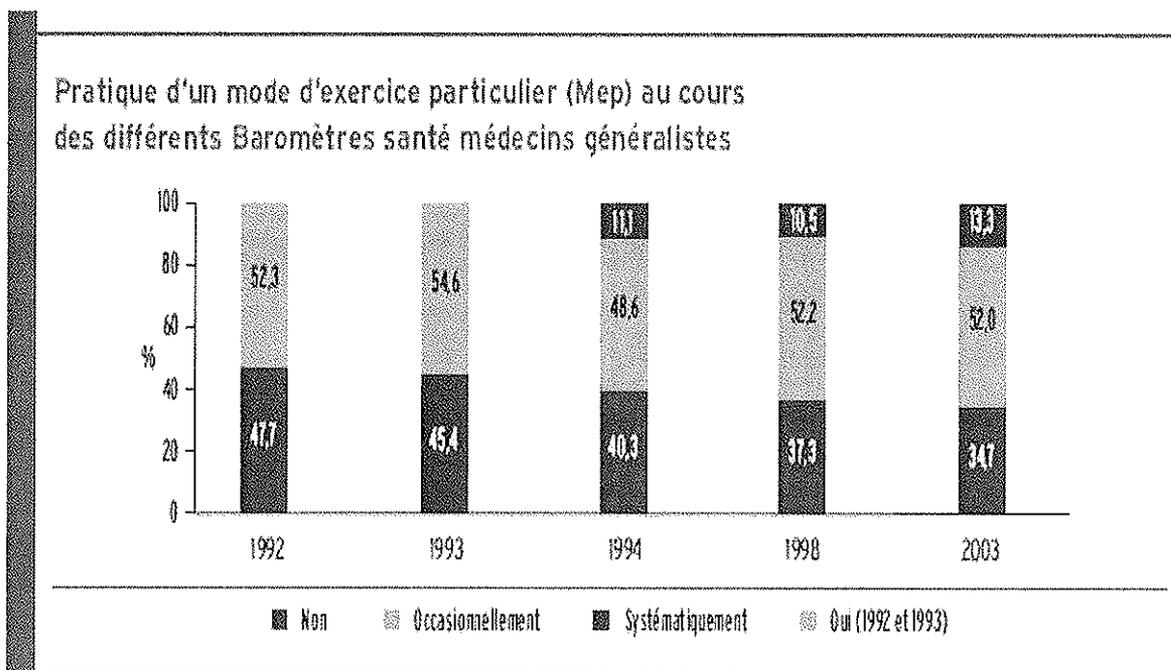
L'ensemble de ces compétences fait que, en Limousin et toujours selon ce rapport de l'ORS, 50% des omnipraticiens déclarent avoir acquis une ou plusieurs compétence(s) particulière(s), sans présumer de savoir si elles sont proposées aux patients ou non.

Selon la CNAM, les omnipraticiens proposant une MEP à leurs patients seraient 6500 en France.

En 2001, l'étude de la DRESS [5] a comptabilisé 95000 omnipraticiens ont 5000 déclarés comme proposant une MEP à leurs patients, soit 5.2% d'entre eux, et 1700 praticiens à orientation complémentaire, soit 17.89%.

En 2003, le baromètre santé 2003 [6] diffusé à l'initiative de l'INPES, retrouve pour sa part que près de 2 médecins sur 3 (65.3%) des omnipraticiens pratiquent un mode d'exercice particulier, de manière occasionnelle ou bien plus régulièrement. Ce rapport montre aussi que depuis 1992, il existe une augmentation significative ( $p < 0.001$ ) de ces pratiques (Fig. 3) : la proportion des omnipraticiens utilisant une MEP aurait augmenté de 13 points en 10 ans

Fig. 3



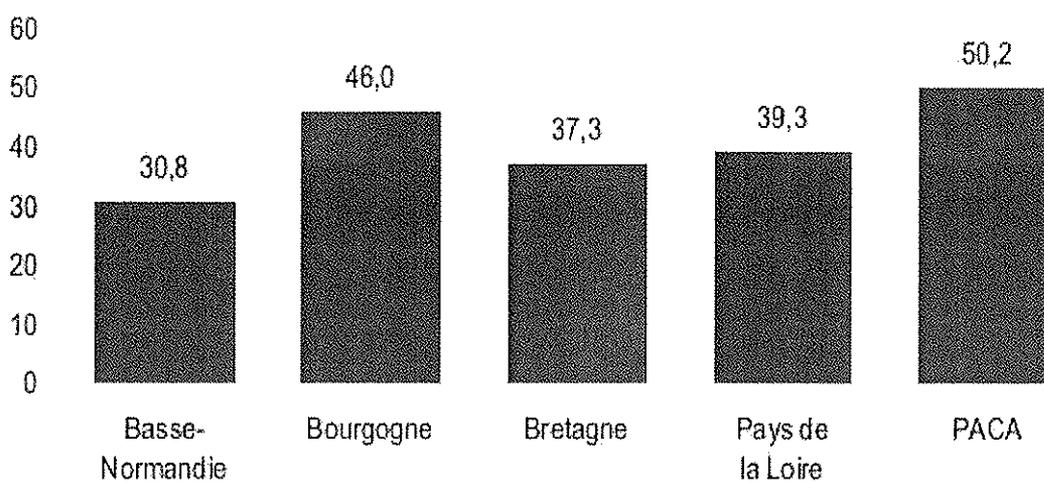
Nous voyons de plus que d'après ce graphique, la part des médecins qui proposent de manière systématique un traitement par le biais d'une MEP est passée entre 1998 et 2003 de 10.5 à 13.3% ; lentement, mais de manière évidente, les MEP semble séduire de plus en plus de médecins dans leur pratique de tous les jours. Avec cependant une variable très importante, qui joue un facteur très discriminant qui est celui du secteur d'installation puisque les médecins de secteur 2 sont plus de quatre sur 5 (83.2%) à pratiquer une MEP contre 62.5% des médecins de secteur 1 ( $p < 0.001$ )

Au 31 décembre 2005, la CNAMTS estimait le nombre d'omnipraticiens libéraux à 64 332 dont 6 803 MEP (10,57 % des omnipraticiens).

Enfin, un autre rapport de la DRESS de novembre 2007 [7] mené dans un panel de 5 régions françaises montre que parmi les médecins interrogés, 31% à 50% ont déclaré avoir obtenu d'autres diplômes après leur thèse de médecine (capacité, DU ou DIU). 12% à 19% pratiquent un MEP de manière occasionnelle. Les MEP les plus fréquemment pratiquées sont les suivantes, par ordre de fréquence : l'Homéopathie (38%), la mésothérapie (27%), l'acupuncture (21%) et la l'ostéopathie (18%).

Fig.4

#### Part des médecins généralistes libéraux ayant acquis des diplômes complémentaires (%)

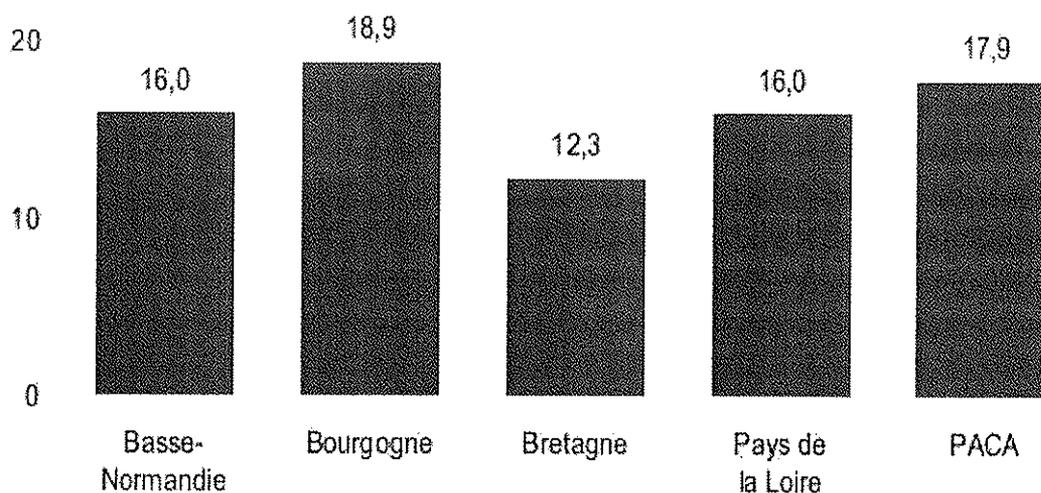


Moyenne France métropolitaine : 43,4 % (source : DREES [6])

**Sources** • Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports / DREES – Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

Fig.5

### Part des médecins généralistes libéraux déclarant la pratique (non exclusive) de MEP (%)



Moyenne France métropolitaine : 15 % (source : DREES [6])

**Sources** - Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports / DREES – Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

Pour finir, une enquête de la CNAMTS de décembre 2008 [8] menée sur les effectifs au niveau national des médecins, en différenciant omnipraticiens et généraliste proposant une MEP, publie des chiffres bruts d'une très forte croissance des MEP (9.4%), sur la période 2005-2006.

. Après analyse, cette croissance est en fait artificielle, majorée par le fait que depuis 2006, le dispositif infosoins à été mis en place avec pour effet une augmentation des déclarations des généralistes proposant une MEP, qui existaient déjà en 2005 mais qui n'étaient pas répertoriés. Toutefois, en 1980, les MEP enregistrés étaient au nombre de 4076, et en 2006 7298, ce qui fait sur cette période un taux de croissance annuel moyen de 2.3 (il n'est que de 1.2% en ce qui concerne les généralistes exclusifs sur la même période) :

Fig. 6 Evolution des effectifs des médecins généralistes de 1980 à 2006 selon la CNAMTS

SPECIALITES	Effectifs au 31 décembre					TCAM en %						HORS HTP**	% de HTP**
	1980	1990	1995	2000	2005	2006	05-06	00-06	95-06	90-06	80-06		
Généralistes	40 047	51 197	53 765	54 272	54 302	53 926	-0,7	0,1	+0,0	+0,3	+1,2	53 926	0%
MEP	4 076	6 962	6 806	6 551	6 673	7 298	+9,4	+1,8	+0,6	+0,3	+2,3	7 298	0%
<b>TOTAL OMNIPRATICIENS</b>	<b>44 123</b>	<b>58 159</b>	<b>60 571</b>	<b>60 823</b>	<b>60 975</b>	<b>61 224</b>	<b>+0,4</b>	<b>+0,1</b>	<b>+0,1</b>	<b>+0,3</b>	<b>+1,3</b>	<b>61 195</b>	<b>0%</b>

\*TCAM : Taux de croissance annuel moyen

\*\* HTP : Hospitaliers à Temps Plein

Source : CNAMTS/SNIR

Nous voyons donc, au travers des différentes séries de chiffres diffusées par divers organismes officiels, la diversité des chiffres de la démographie de ces médecins utilisant une MEP. Plusieurs notions d'ordre général en ressortent malgré tout :

- Une grande proportion des médecins généralistes utilisent une MEP actuellement en France
- Le taux d'utilisation de ces MEP est variable, fonction des critères de sélection des études, des régions, de l'âge, du sexe, le secteur d'installation
- La proportion des généralistes utilisant une MEP se majore ces dernières années
- Le recours aux MEP pour traiter un patient est de plus en plus systématique pour les médecins possédant une ou plusieurs de ces capacité(s).

Les MEP se posent donc, auprès des omnipraticiens français, comme une pratique de plus en plus courante, sous évaluée malgré des chiffres déjà très élevés. Un tel engouement de leur part est à considérer de manière sérieuse et doit conduire à des études d'efficacité bien conduites, à des études sur les effets secondaires et à un encadrement de formation professionnel, déontologique et juridique définis.

La prise de contact et l'information de l'étudiant en médecine devraient donc faire partie des études médicales, afin que celui-ci puisse mieux appréhender ces pratiques qui elles restent dans le domaine de l'inconnu.

Cette première confrontation se fait souvent soit par une démarche personnelle au travers des publications, ou encore suite à un intérêt motivé par un parti pris, ou bien encore le hasard, parfois un peu de tout cela, et ce pendant leurs études ou bien par la suite, lors de leur exercice de généraliste. C'est alors à lui de se forger une opinion au grès de ses recherches, laissant alors une belle place au hasard....

#### - 1-2-2 Répartition en fonction de l'âge, le sexe et le type d'activité

Le rapport ORS 2008 [4] déjà cité, sur la démographie médicale en Limousin nous renseigne sur plusieurs facteurs influençant les chiffres de démographie des MEP dans notre région :

. La pratique d'un exercice particulier apparaît plus répandue chez les médecins femmes (32% dont 11% de manière exclusive, contre 23% et 3% de manière exclusive chez les hommes,  $p < 0.01$ ).

De plus, c'est en milieu urbain que les MEP sont le plus répandues avec 32% dont 11% de manière exclusive contre 18% jamais de manière exclusive ailleurs :

Fig. 7

**Type d'activité des généralistes libéraux du Limousin selon le sexe et l'âge -%  
le département d'exercice et l'urbanisation de la commune d'exercice**

	H	F	< 40 ans	40-49 ans	50 ans ou +
Allopathe exclusif	77,4%	67,7%	78,9%	73,2%	74,4%
MEP exclusif	2,9%	10,8%	1,8%	5,1%	5,9%
Mixte	19,7%	21,5%	19,3%	21,7%	19,7%
<i>Effectifs</i>	376	158	57	157	305

. On retrouve de plus des différences entre les départements, qui sont liées au taux d'urbanisation :

Fig.8

**Type d'activité des généralistes libéraux du Limousin selon le département et l'urbanisation de la commune d'exercice -%-**

	Corrèze	Creuse	Hte-Vienne	Urbain	Mixte	Rural
Allopathe exclusif	75,0%	78,5%	73,3%	67,5%	81,7%	81,1%
MEP exclusif	5,8%	3,8%	5,3%	10,7%	--	--
Mixte	19,2%	17,7%	21,4%	21,8%	18,3%	18,9%
<i>Effectifs</i>	156	79	300	261	142	132

Au niveau national, le SNIR de la CNAMTS a publié les chiffres suivants [9]:

Fig.9

**Répartition de la démographie des professions médicales libérales de santé en 2007**

	Effectifs			Répartition par sexe		Densité / 100 000 hab.
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	
Omnipraticiens	44 517	16 777	61 294	73	27	99,33
Généralistes	39 909	14 018	53 927	74	26	87,39
M.E.P.	4 608	2 759	7 367	63	37	11,94
Acupuncteurs	1 183	586	1 769	67	33	2,87

Source : Eco-Santé France 2009, d'après données du SNIR de la CNAMTS

En reprenant le tableau émis par l'ORS 2008 [4] sur la répartition hommes/femmes, on retrouve comme effectifs en Limousin un total de 136 médecins proposant une MEP (en mode exclusif et mixte regroupés), dont 85 hommes et 51 femmes. Ce qui nous donne un pourcentage de 62.5% d'hommes et 37.5% de femmes.

Comparés aux chiffres de la CNAMTS (fig. 9) (73% d'hommes et 27% de femmes), on peut en conclure qu'en Limousin, le taux de féminisation des médecins proposant une MEP est plus important que la moyenne nationale.

En ce qui concerne le type d'utilisation des MEP, le rapport ORS 2008 Limousin [4] montre qu'en Limousin, les généralistes ont à hauteur de 18.7% une activité MEP mixte, et de 4.8% exclusive. Ce qui veut dire que sur les 136 médecins concernés par cette pratique, 79.4% l'associent à une pratique de médecine générale et 20.6% de manière exclusive :

Fig.10

#### Type d'activité des médecins généralistes libéraux du Limousin -%- (n = 535)

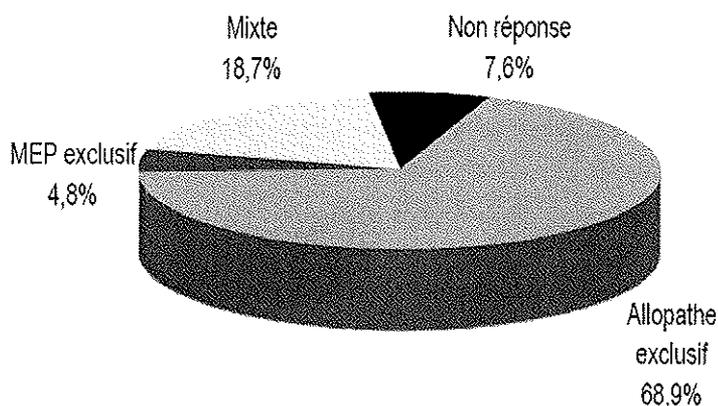
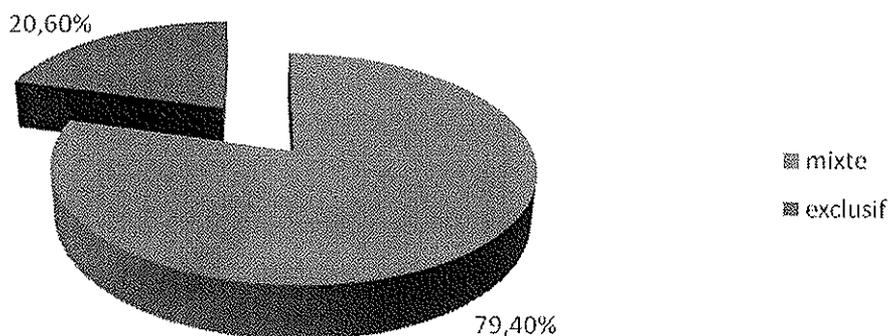


Fig.11

#### Taux d'utilisation de leur MEP par les généralistes Limousins en %



## 1-3/ Acupuncture et ostéopathie : historique

### 1-3-1/ l'acupuncture :

L'**acupuncture** ou **acuponcture** (du latin : *acus*, « aiguille » et *pungere*, « piquer ») dont la caractéristique la plus représentative est son traitement par implantation d'aiguilles, constitue l'une des composantes de la médecine traditionnelle chinoise.

L'acupuncture traditionnelle est un art thérapeutique qui élabore son raisonnement diagnostique et thérapeutique sur une vision énergétique taoïste de l'Homme et de l'univers : l'Homme, microcosme, organisé à l'image du Macrocosme universel, s'en trouve donc soumis aux mêmes règles, qui devront inspirer son mode de vie, et serviront de trame à l'élaboration de l'acte médical.

L'acupuncture a une histoire longue, complexe et obscure. Nos connaissances à son sujet reposent sur une combinaison du déchiffrement de documents anciens, de transmissions orales.

Il ne fait aucun doute que l'acupuncture est pratiquée en Orient depuis des milliers d'années, ce qui est probablement l'explication du fait que se soient développées plusieurs techniques, plusieurs écoles au fil du temps. Ce processus de diversification s'est par la suite amplifié et diffusé vers les derniers siècles du millénaire par la rencontre du monde oriental avec le monde occidental, et par l'intérêt ancestral des civilisations pour la médecine.

Le type d'acupuncture le plus connu aujourd'hui est celui utilisé dans le contexte de la médecine traditionnelle chinoise, approche soutenue par le gouvernement chinois qui a favorisé sa création dans les années cinquante, en sélectionnant certains aspects, certaines méthodes existantes parmi les nombreuses voies de la pratique traditionnelle dans la Chine prérévolutionnaire. En effet, l'acupuncture traditionnelle ( Yi Xue) existant depuis des milliers d'années dans un état de perpétuel développement, n'a été codifiée en médecine traditionnelle chinoise ( Zhong Yi) que lors de l'essai d'institutionnalisation de la formation en acupuncture destiné à remplacer le système traditionnel du disciple. Ainsi, en 1956, ont été signés par le premier ministre Zhou Enlai les documents qui établissaient les cinq premiers collèges de médecine chinoise.

Les premiers contacts avec le monde occidental se sont faits au travers de documents anciens, circulant le long des voies diplomatiques grâce aux ambassades. Au premier plan, les Jésuites, adressés à la cour de Pékin. Puis les médecins de la Compagnie des Indes qui rapportèrent des écrits précis ; nous pouvons citer TEN RHYNE, de CLEYRE et de KAEMPFER, vers 1680.

Puis une autre vague a transmis en France une contribution importante grâce à l'œuvre du consul Dabry de Thiersant vers 1863. Malheureusement, cette œuvre n'a pas eu, à son époque, le retentissement qu'elle aurait mérité

Enfin, la troisième voie diplomatique a été constituée au début du XXe siècle par le sinologue Georges Soulié de Morant (1878-1955). Soulier de Morant fut le premier occidental à comprendre suffisamment l'acupuncture pour la pratiquer effectivement, et établir un raisonnement qui a mené à une lignée durable d'acupuncture. Il a été le premier à formuler la compréhension énergétique systématique de l'acupuncture basée sur les points, les méridiens, la circulation du Qi, sa gestion, sa réflexion dans le diagnostic par les pouls [10]

Ainsi, il semble que ce soit la France qui ait été le creuset européen par où sont arrivées des sources disparates qui ont permis le départ premier. Etant un centre géographique, la France a reçu toute ces sources, permettant par la suite leurs diffusions au travers de l'Europe et des Amériques.

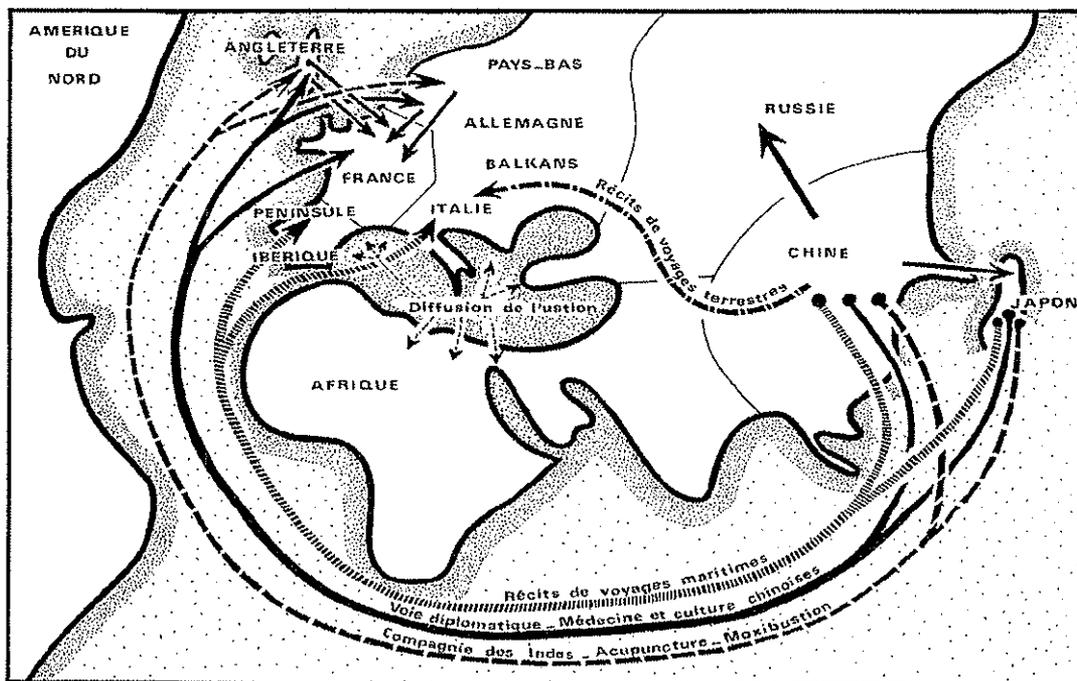


Fig. 12 - Sources avant 1950

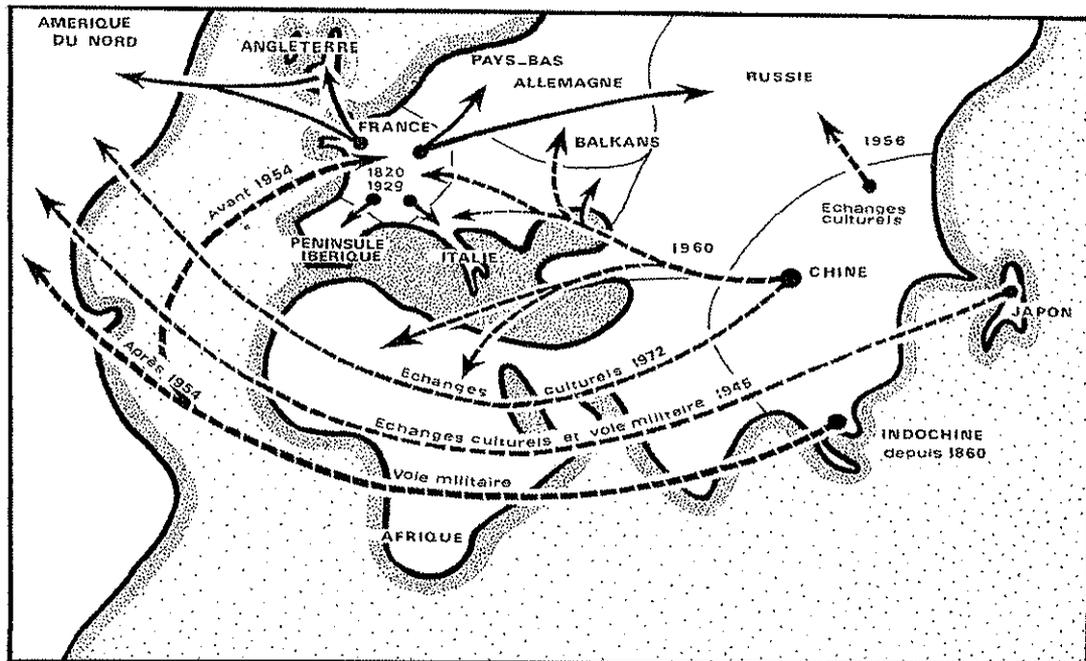


Fig. 13 - Diffusion de l'acupuncture après 1950.

L'acupuncture traditionnelle contemporaine en Occident a donc commencé, en France, avec Soulié de Morant. Son premier écrit sur l'acupuncture fut un article dans le *journal français d'Homéopathie* en 1929, et son premier ouvrage sérieux *Le précis de la vraie acupuncture chinoise* qui fut publié en 1934. Il écrivit plus de vingt livres sur le sujet dont l'ouvrage principal, *L'acupuncture chinoise* fut publié en intégralité de façon posthume en 1957.

De Morant commença à enseigner l'acupuncture à un groupe de médecins en France, tout en continuant les échanges d'informations et de pratiques entre orient et occident, en particulier grâce au dt De La Fuÿe, dont le père était général de l'armée française à l'époque où l'Indochine était française.

En 1945 fut créé la Société Française d'Acupuncture (la SFA) et en 1946, la Société Internationale d'Acupuncture (la SIA), deux organismes qui ont beaucoup participé au développement de l'acupuncture en France.

En dehors de la France, le dt Johannes Bischko influença beaucoup en Autriche, et Félix Mann en Angleterre

La tradition de Soulié de Morant - de La Fuÿe - Bischko s'imposa.

L'acupuncture put par la suite grâce à d'autres médecins passionnés de médecines orientales, et de praticiens orientaux se diffuser dans le monde entier.

## 1-3-2/ l'ostéopathie

L'**ostéopathie** (du grec ὀστέον, *ostéon*, « os » et πάθος, *páthos*, « maladie ») est une médecine non conventionnelle qui se veut à la fois préventive et curative. Créée vers 1874 par le médecin américain Andrew Taylor Still (1828-1917), elle est essentiellement fondée sur des techniques manuelles visant à la conservation ou la restauration de la mobilité des différentes structures de l'organisme. Elle se base sur l'idée selon laquelle toute perte de mobilité naturelle des organes les uns par rapport aux autres apparaît au niveau des muscles, des tendons, des viscères, du crâne ou des enveloppes (*fascia*) et induit des dysfonctionnements.

Son développement se fit sous l'impulsion de deux hommes dont l'esprit curieux et ouvert, permit de poser les premiers fondements d'un art diagnostique et thérapeutique consistant d'une part à examiner et traiter globalement un individu au lieu de traiter sa maladie, d'autre part à tenter de conserver sa santé à l'individu pour éviter qu'il ne contracte une maladie. Ces deux hommes sont Andrew Taylor Still qui créa le concept d'ostéopathie et William Garner Sutherland, qui développa ce concept par celui de l'ostéopathie crânienne.

Andrew Taylor Still était un garçon de la frontière, occupé par la scolarité et confronté à la vie de la nature. Ses études le mèneront à devenir fermier, ingénieur et médecin. Il étudia la mécanique pour améliorer les travaux de la ferme, et décrit plusieurs dispositifs de son invention. Cette pensée mécanique jouera un rôle très important dans le développement du concept ostéopathique.

Puis vint la guerre de sécession, amenant son cortège de blessés, de maladies. Il participa à cette guerre en tant que combattant, médecin et chirurgien, devant la plupart du temps soigner avec bien peu de moyen.

Après la guerre, démobilisé, il constata avec stupéfaction que les zones du pays où les médecins étaient rares, la mortalité infantile était moindre, ce qui laisse supposer de ce qu'il pensait des médecins de son époque.

En 1865, 4 membres de sa famille moururent dans une épidémie de méningite cérébro-spinale, et fut traumatisé par l'incapacité des médecins de l'époque à sauver ses enfants. Il pensa à abandonner la médecine, mais finalement, ces événements seront pour lui un puissant stimulant dans la recherche vers une médecine autre, utilisant tout son savoir en ingénierie et faisant peu à peu des rapprochements avec la structure humaine. Il n'hésite pas à exhumer des corps pour disséquer et étudier la mécanique humaine. En combinant une connaissance anatomique et physiologique à la logique d'un raisonnement mécaniste, il est un pionnier dans l'approche scientifique de la maladie et de la médecine.

Au cours des années 1870, il réalise les premières expérimentations d'une autre médecine qui deviendra l'ostéopathie, dont une qui est relativement célèbre en sauvant un enfant de la dysenterie :

*Je pris le petit enfant malade, [...] je plaçai la main sur la région lombaire du petit bonhomme que je portais, et la trouvai très chaude, même brûlante, alors que l'abdomen était froid. [...] Je trouvai étrange que le dos fût si chaud et le ventre si froid ; le cou et l'arrière de la tête étaient également très chauds et la face, le nez et tout l'avant de la tête froids. [...] Je commençai à travailler à la base du cerveau en pensant qu'avec des pressions et des frictions, je pourrais pousser un peu du chaud dans les zones froides. En faisant cela, je trouvais des zones rigides et des zones flasques dans les muscles et les ligaments tout le long de la colonne vertébrale, alors que la région lombaire était dans une condition très congestive. Je travaillais pendant plusieurs minutes avec cette philosophie, et dis ensuite à la maman de revenir le lendemain ; si je pouvais faire quoi que ce soit de plus pour son garçon, je le ferais volontiers. Elle revint le lendemain matin m'annonçant que l'enfant allait bien. [11]*

Le 22 juin 1874 à 10 heures, il prit conscience qu'il était en train de développer une nouvelle approche de la médecine. Cette nouvelle approche déclenche les hostilités de ses confrères et du clergé.

En 1878, il s'installe à Kirksville et pratique l'ostéopathie de manière itinérante, avec des succès thérapeutiques qui lui donnent une renommée dépassant les limites de son état.

Ce succès l'amène à enseigner vers les années 80, en commençant par ses propres enfants, démontrant au passage que c'est un art transmissible et non un don particulier. Il fonda en 1892 l'American School of Osteopathy. Le succès fut énorme et entre 1896 et 1899, treize collèges d'ostéopathie sont créés dans le pays. La discipline se diffuse et lui échappe, l'amenant à se retirer peu à peu de l'enseignement. Il écrit alors plusieurs livres, dont : *Autobiography (1897), Philosophy of Osteopathy (1899), Osteopathy research and practise (1910)*.

Son œuvre fut perpétuée par deux grands non de l'ostéopathie : John Martin Littlejohn (1865-1947) qui insistait beaucoup sur la relation de l'organisme vivant avec son milieu, et William Garer Sutherland (1873-1954), qui amena la notion d'ostéopathie crâniale en observant des os de crâne désarticulé. Ce dernier fonda en 1946 l'Association d'Ostéopathie Crânienne.

En France, l'un des premiers propagateurs de l'ostéopathie est le Dt Robert Lavezarri (1866-1977), qui fut formé par l'une des élèves de Still, le Dt Florence Gair. Il publia en 1949 un ouvrage : *Une nouvelle méthode clinique et thérapeutique : l'ostéopathie*. Et en 1950, il fonda la Société Française d'Ostéopathie, qui existe toujours.

L'École française d'ostéopathie est créée en 1957 sous la direction de Paul Geny, qui travailla beaucoup avec le Dt Lavarezzi. Elle délivre un enseignement privé pour médecins et kinésithérapeutes. Les difficultés répétées avec le pouvoir médical obligent l'expatriation de

l'École française d'ostéopathie en Angleterre où elle devient l'École européenne d'ostéopathie de Maidstone en 1960.

En 1973, la Société internationale d'ostéopathie, siégeant à Genève, recommande des normes d'enseignement de l'ostéopathie de type universitaire en 3 cycles totalisant 5000 heures de cours en 6 années après le baccalauréat ou son équivalent national pour déboucher sur une profession compétente en matière de prévention et de conservation de la Santé, suivant les recommandations de l'OMS

C'est à partir de ces années que sont nés plusieurs collèges ostéopathiques et que le courant de l'ostéopathie a pris son essor.

## 1-4/ Législation et cadre d'exercice

### 1-4-1/ généralités sur l'exercice des MEP :

Beaucoup des institutions médicales et juridiques ont donné un avis sur la pratique des médecines alternatives dans notre pays.

D'après le code pénal, seuls des docteurs en médecine ont le droit dans notre pays d'exercer la médecine, y compris les médecines non éprouvées. Toute infraction constitue un " exercice illégal de la médecine " et est lourdement pénalisé.

L'Ordre des médecins ne reconnaît aucune médecine alternative mais tolère leur utilisation à certaines conditions; " en l'absence (...) d'évaluation, les conditions d'utilisation de pratiques par des médecins ne peuvent être que limitées et mûrement réfléchies. D'une part après analyse diagnostique reconnue (...). D'autre part, comme traitements complémentaires éventuels sans caractère de dangerosité. Ces pratiques ne peuvent être envisageables et justifiables qu'en fonction des besoins du patient, après information et consentement éclairé. Donc, sans tromperie ni sur le plan de sa prise en charge et de son pronostic ni sous l'angle financier ".

Depuis 1981, l'Ordre des médecins autorise les mentions suivantes sur les plaques: " orientation homéopathie ", orientation acupuncture, orientation médecines manuelles ".

L'Ordre des médecins n'a pas réalisé d'étude statistique et / ou scientifique sur les médecines alternatives.

Ce que dit le code de déontologie médical :

Article 30 : Est interdite toute facilité accordée à quiconque se livre à l'exercice illégal de la médecine

Article 39 : Les médecins ne peuvent proposer aux malades ou à leur entourage comme salubre ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé

Article 21 : Il est interdit aux médecins, sauf dérogation par la loi, de distribuer à des fins lucratives des remèdes, appareils ou produits présentés comme ayant un intérêt pour la santé.

Article 32 : Dès qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur des données acquises de la science.

### 1-4-2/ l'ostéopathie :

-La loi reconnaît la pratique de l'ostéopathie dans des conditions particulières d'exercice, de diplômes, d'actes et d'indication, par la loi 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dans l'article 75 publié au Journal Officiel n° 54 du 5 Mars 2002 page 4118

Article 75

« L'usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie ou à la chiropraxie délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé dans des conditions fixées par décret. Le programme et la durée des études préparatoires, qui doivent être au minimum de 3 520 heures, et des épreuves après lesquelles peut être délivré ce diplôme sont fixés par voie réglementaire.

S'il s'agit d'un diplôme délivré à l'étranger, il doit conférer à son titulaire une qualification reconnue analogue, selon des modalités fixées par décret.

Les praticiens en exercice, à la date d'application de la présente loi, peuvent se voir reconnaître le titre d'ostéopathe ou de chiropracteur s'ils satisfont à des conditions de formation ou d'expérience professionnelle analogues à celles des titulaires du diplôme mentionné au premier alinéa. Ces conditions sont déterminées par décret.

Dans des conditions précisées par décret, peuvent également bénéficier d'une reconnaissance du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur, si la condition de formation précitée est satisfaite, les personnes qui, dans l'année de la date de publication du décret, soit ont obtenu un diplôme sanctionnant une formation en ostéopathie ou en chiropraxie dispensée par un établissement non agréé, soit se sont inscrites en dernière année d'études dans un établissement non agréé dispensant une formation en ostéopathie ou en chiropraxie et ont obtenu leur diplôme, soit celles qui ne sont pas en exercice à la date de publication du décret mais qui ont obtenu un titre de formation en ostéopathie ou en chiropraxie au cours de l'une des cinq dernières années précédant cette date.

Toute personne faisant un usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est soumise à une obligation de formation continue, dans des conditions définies par décret. La

Haute Autorité de santé est chargée d'élaborer et de valider des recommandations de bonnes pratiques. Elle établit une liste de ces bonnes pratiques à enseigner dans les établissements de formation délivrant le diplôme mentionné au premier alinéa.

Un décret établit la liste des actes que les praticiens justifiant du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur sont autorisés à effectuer, ainsi que les conditions dans lesquelles ils sont appelés à les accomplir.

Ces praticiens ne peuvent exercer leur profession que s'ils sont inscrits sur une liste dressée par le représentant de l'Etat dans le département de leur résidence professionnelle, qui enregistre leurs diplômes, certificats, titres ou autorisations »

-En ce qui concerne l'académie de médecine, elle a à plusieurs occasions pris position :

*[12] L'Académie de médecine précise : la conduite du traitement manipulatif, les indications sur le nombre ou le rythme des manipulations utiles ne doivent pas faire l'objet d'une simple prescription médicale sur ordonnance. C'est en fonction des renseignements recueillis au cours du traitement par le manipulateur et interprétés par lui en fonction de ses connaissances médicales de la pathologie du système locomoteur, que peut être décidée, soit la continuation ou l'interruption du traitement, soit un délai à observer avant une autre manipulation, soit de l'association d'un autre traitement, médical, physique, orthopédique ou chirurgical. Il n'est donc pas souhaitable d'envisager la pratique des manipulations vertébrales par une autre personne que par le médecin.*

De plus, dans un communiqué adopté le 27 novembre 2008, diffusé suite au fait que la faculté de médecine de Dijon accueille en son sein une formation privée d'ostéopathie dispensée aux étudiants de 2ème et 3ème année par des médecins parallèlement au cursus universitaire normal et reconnu en France [13] :

*L'Académie nationale de médecine ne peut rester indifférente à cette violation des règles de l'enseignement médical, au risque de voir distraire abusivement des étudiants du cours de leurs études. C'est pourquoi, l'Académie :*

*Dénonce la création d'une formation parallèle au cursus médical et l'instauration par des médecins universitaires d'un enseignement privé à but lucratif dans une Faculté de médecine.*

*Déplore qu'une formation non médicale soit proposée à des étudiants dès la 2<sup>ème</sup> année de leur cursus, ce qui est non seulement prématuré mais abusif.*

*Précise que l'orientation, de fait, vers un doctorat en ostéopathie, en associant, dès le début, un enseignement ostéopathique privé aux études médicales proprement dites, est tout à fait inacceptable.*

*Souligne que, en tout état de cause, la formation, éventuelle, des médecins à l'ostéopathie ne peut être envisagée qu'en fin d'études et seulement à titre complémentaire.*

*Rappelle, enfin, que l'ostéopathie n'est pas une discipline médicale, mais une méthode empirique de traitement manuel, entre autres, des dérangements vertébraux mineurs qui, appliquée sans discernement, peut être responsable de complications, notamment au rachis cervical.*

*-L'Académie, saisie dans sa séance du mardi 25 novembre 2008, a adopté le texte de ce communiqué moins dix abstentions et vingt voix contre.-*

Elle précise aussi dans un communiqué la valeur qu'elle lui accorde en tant que discipline scientifique [14] :

*1- les manipulations vertébrales exigent un diagnostic médical préalable, en dehors de tout contexte philosophique. Elles engagent la responsabilité du médecin manipulateur en raison d'accidents possibles, en particulier dans la manipulation du rachis cervical de la femme jeune. L'ostéopathie ne saurait avoir en elle-même aucune valeur scientifique et certainement pas préventive, notamment chez le nouveau-né.*

*2- Les autres techniques manuelles utilisées dans un but thérapeutique sont nombreuses mais sont proches de celles enseignées dans les écoles de kinésithérapie, dont la qualité et la rigueur sont reconnues en France. Ces écoles doivent continuer à assurer cette formation de kinésithérapie complétée par une formation en ostéopathie et en chiropraxie. Toutes ces techniques manuelles ne peuvent être pratiquées qu'après prescription médicale.*

Nous voyons donc toute l'ambiguïté de la situation, où le législatif précède la pensée médicale de référence. C'est autorisé dans un cadre défini, mais la déontologie progresse sur la pointe des pieds.

Depuis la loi Kouchner de mars 2002 (art. 75), qui reconnaît le titre d'ostéopathe et de chiropraticien, l'ostéopathie pratiquée par les non-médecins n'est plus illégale en France. La formation est cependant sous contrôle du Ministère de la Santé. Les médecins quant à eux peuvent la pratiquer comme une orientation d'exercice.

C'est le 27 mars 2007, après plusieurs manifestations d'étudiants en écoles privées d'ostéopathie non-médicale et un recours en Conseil d'État, que les décrets paraissent au

*Journal officiel*. Les ostéopathes [15] auront maintenant une pratique réglementée et pourront être consultés en première intention. L'art. 1<sup>er</sup> stipule : « Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques »

Les médecins voulant se former à la pratique de la médecine manuelle ostéopathie peuvent suivre, pendant leur internat (à partir de la 7<sup>e</sup> année d'étude de médecine) l'enseignement d'un diplôme interuniversitaire d'une durée de 3 ans. La formation est assurée par des médecins professeurs d'anatomie, de rhumatologie, de neurologie, etc.

Pour les écoles privées destinées aux non-médecins, la commission d'agrément des établissements privés de formation en ostéopathie non-médicale a rendu ses conclusions au mois d'août 2007. Une commission de rattrapage s'est tenue le 4 septembre 2007, puis à de nombreuses reprises laissant présager de nombreuses pressions de toutes parts. Les établissements autorisés à délivrer un diplôme d'ostéopathie sont à l'heure actuelle au nombre de 49 entreprises [annexe 3]. Dans ces écoles privées, les étudiants sont diplômés après 3 ou 5 ans d'études.

Les personnes autorisées à exercer l'ostéopathie sont encadrées par le décret [15] n°2007-435 du 25 mars 2007, article 4 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.

### 1-4-3/ l'acupuncture :

Alors qu'aux Etats Unis, il existe autant de possibilités d'exercer l'acupuncture qu'il existe d'États, en France, l'acupuncture ne peut être exercée légalement que par un docteur en médecine.

Certains en France ont considéré que l'acupuncture n'était pas une médecine au sens occidental du terme et que de ce fait l'exercice illégal de la médecine ne les concernait pas.

Or, dans un arrêt rendu le 3 février 1987, la Cour de cassation [16] [annexe 2] énonça l'attendu suivant : constitue l'exercice illégal de la médecine le fait par une personne non diplômée de prendre part habituellement à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement des maladies, quels que soient les procédés employés ; il en est ainsi de la pratique de l'acupuncture.

Pour le Conseil de l'Ordre, l'acupuncture est une "orientation".

En France, pour pratiquer en toute légalité l'acupuncture, il faut réunir plusieurs conditions :

- Etre titulaire d'un diplôme de médecin et avoir obtenu le DIU d'acupuncture d'une durée de trois ans, qui enseigné depuis 2005 au sein de sept facultés : Aix-Marseille 2, Montpellier 1, Nantes, Paris XIII, Bordeaux 2, Lyon 1, Strasbourg 1
- Etre titulaire d'un diplôme de sage femme et avoir obtenu le DIU d'acupuncture obstétricale délivré au sein de quatre universités de médecine : Paris XIII, Strasbourg 1, Montpellier 1 et Rouen.

## 1-5/Les études sur l'efficacité de ces deux MEP

Cette partie est un sujet important de ma thèse. En effet, quel que soit la ou les raisons qui peuvent mener un médecin à s'intéresser à une de ces deux MEP, une question doit forcément se poser à un moment ou un autre, question découlant tout naturellement de la rigueur des preuves scientifiques des matières qui nous sont enseignées en faculté : celle des preuves scientifiques établies sur l'efficacité de ces deux disciplines.

Et là, nous rentrons dans un monde mouvant mêlant passions aveugle, scepticisme systématique, d'empirisme, d'histoire et des accros aux biais des études.

Se forger une opinion objective n'est pas chose facile, tant les prises de positions rencontrées sont parfois extrêmement fermes, voir même colériques, et les déclarations de certains médecins s'appliquant d'un coup à toute les médecines alternatives sont virulentes et semble ne pouvoir subir aucune opposition.

Une notion générale et commune se détache malgré tout de façon générale, c'est l'augmentation du nombre des études portant sur le sujet, notamment celles réalisées à la demande des gouvernements occidentaux, consécutives à l'intérêt croissant du public pour ces médecines.

Ma méthode de classement des études que j'ai choisi de citer sera la suivante : un classement d'ordre méthodologique différenciant les études analytiques réalisées par différentes équipes et les méta-analyses générant des statistiques à partir de plusieurs études, le tout classé par ordre chronologique, et ce pour chacune des deux disciplines qui font le sujet de ma thèse. Toutes ces études concernent les **pathologies douloureuses du domaine de la rhumatologie**.

### 1-5-1/ l'acupuncture

#### - Analyses :

. 1999 : étude B. M. Berman [17] pour étudier l'efficacité de l'acupuncture comme traitement adjuvant au traitement habituel recommandé dans les douleurs d'arthrose du genou du patient âgé.

Cette étude porte sur 73 patients, randomisés en deux groupes, l'un recevant un traitement habituel et l'autre bénéficiant en plus d'un traitement par acupuncture à raison de deux

séances par semaine pendant 8 semaines. L'étude est menée sur 12 semaines, les méthodes d'évaluations de l'efficacité reposent sur du score de WOMAC et de Lequesne [annexes 5 et 6] à 4, 8 et 12 semaines. Cette étude montre que le groupe bénéficiant d'un traitement par acupuncture présente des améliorations significatives des scores de WOMAC et de Duquesne par rapport au groupe ne bénéficiant pas de l'acupuncture, aux mesures à la 4ème et 8ème semaine. Elle montre aussi une légère diminution des bénéfices du traitement par acupuncture après 4 semaines d'arrêt de ce traitement.

Durant cette étude, aucun effet secondaire n'a été reporté.

Cette étude suggère donc que l'acupuncture est une thérapie adjuvante efficace et sans risque au traitement habituel recommandé.

Les principaux biais de cette étude sont l'absence de comparaison vs un groupe traité par placebo, et l'absence de mesure des différents paramètres par des critères objectifs.

. 2001 : étude Irnich D, Behrens [18], sur l'efficacité de l'acupuncture dans les cervicalgies chroniques, comparant 3 groupes bénéficiant chacun d'un traitement différent : un de l'acupuncture, un d'un traitement par acupuncture laser considéré comme groupe placebo, et l'autre un traitement par massages. Etude randomisée, portant sur 177 patients, répartis de façon aléatoire entre les 3 groupes, atteints de cervicalgies et de limitation de la mobilité du rachis depuis plus d'un mois. Ils reçoivent 5 cures réparties sur 3 semaines. Les critères de jugements est la diminution de la douleur à la mobilisation, enregistrée par le patient grâce à l'échelle analogique de la douleur. Les résultats montrent que l'acupuncture est plus efficace que les massages mais non supérieur au pseudo laser. Après 3 mois, aucune différence n'est observée dans les 3 groupes. Les auteurs concluent que l'acupuncture est un traitement sûr et efficace dans les cervicalgies chroniques, supérieur aux massages.

Les principales remarques concernant cette étude sont les suivantes : aucune démonstration convaincante de la supériorité de l'acupuncture sur un placebo n'a été réalisée .La population incluse est très hétérogène, l'âge variant de 18 à 85 ans, le seul point commun étant leur douleur. Le critère de jugement est la diminution de la douleur dans certains mouvements. Le groupe considéré comme placebo reçoit un pseudo laser, c'est-à-dire une lampe rouge située à 1cm de la peau ; ce traitement est aussi efficace que l'acupuncture et cela est expliqué par les auteurs par le fait que la lampe rouge aurait un effet propre ce qui est peu convainquant.

.2004 : étude de Peter Whight [19], sur l'efficacité versus placebo de l'acupuncture dans la cervicalgie chronique, randomisée en simple aveugle, incluant 135 patients souffrant de cervicalgies chroniques d'au moins 2 mois, avec une douleur à l'EVA de 30mm minimum, répartis en deux groupes ; l'un bénéficiant de séances d'acupuncture traditionnelles et l'autre d'une pseudo acupuncture par pseudo électrostimulation. Le critère de jugement

primaire est l'évaluation de la douleur sur l'échelle EVA, une semaine après le traitement. Elle est jugée positive si une diminution de 30% est constatée. Les critères de jugement secondaire sont les réponses aux questionnaires mesurant la qualité de vie (neck disability Index et le short form 36 [annexe 7 et 8]), les doses quotidiennes de paracétamol absorbées.

Les résultats suggèrent une supériorité de l'acupuncture statistiquement significative et c'est d'ailleurs ce que disent les auteurs dans leurs conclusions.

La discussion de cette étude est la suivante : aucune information concernant les niveaux vertébraux atteints, l'arthrose visualisée n'est pas nécessairement la cause de la douleur, et le profil psychologique, donnée essentielle dans les douleurs chroniques, n'est pas décrit. De plus, il existe une hétérogénéité entre les deux groupes, d'âge, de niveau de douleur initial, et certains avaient déjà connu un traitement par acupuncture. Enfin, cette étude est en simple aveugle.

2005 : étude Vas j [20], parue dans le british médical journal, sur l'évaluation de l'acupuncture associée au diclofénac dans le traitement de la gonarthrose. Essai clinique randomisé, acupuncture + diclofénac versus acupuncture factice+ diclofénac. Portant sur 97 patients de plus de 45 ans, souffrants de gonalgies depuis plus de 3 mois, associés à des critères radiologiques précis de gonarthrose. Les critères de jugement sont la mesure de l'intensité de la douleur sur l'EVA, l'index de WOMAC et la consommation de diclofénac.

Résultats = l'acupuncture est significativement supérieure à l'acupuncture factice sur la douleur ( $p < 0.001$ ), sur le WOMAC total ( $p < 0.001$ ) et sur la consommation de diclofénac ( $p < 0.001$ ).

Commentaires = l'acupuncture factice utilise des aiguilles rétractables, qui n'avaient pas fait l'objet de test de crédibilité. Essai en simple aveugle

2005 : étude Witt C [21] parue dans le Lancet, sur l'efficacité de l'acupuncture dans les douleurs d'arthrose du genou, versus acupuncture minimale et aucune acupuncture. Grosse étude réalisée en Allemagne, portant sur 300 patients. Etude randomisée, patients répartis en trois groupes, le premier reçoit un traitement par acupuncture chinoise traditionnelle, le deuxième groupe une acupuncture superficielle en des points distants des points d'acupuncture réels, et les patients du troisième groupe sont placés sur une liste d'attente et ne reçoivent aucun traitement pendant les huit premières semaines. Le critère de jugement primaire est le score à l'index WOMAC.

Conclusion des auteurs : après 8 semaines, la symptomatologie douloureuse et fonctionnelle de la gonarthrose est cliniquement significativement améliorée par l'acupuncture, en comparaison avec l'acupuncture factice et l'absence d'acupuncture.

Cette étude est à ce jour une des plus grandes et des plus rigoureuses disponibles sur l'efficacité de l'acupuncture. Randomisation bien menée, critères de jugements standardisés, étude de crédibilité de l'acupuncture factice après 3 semaines de traitement.

La principale discussion porte encore une fois sur la part de l'effet placebo réalisé avec une acupuncture factice, part très difficilement mesurable

. 2006 : étude Hanns-Peter Scharf [22], étude randomisée, en simple aveugle, sur l'efficacité de l'acupuncture sur la gonalgie chronique due à l'arthrose, comparée à l'acupuncture factice (à des points définis de non acupuncture), et à un traitement classique allopathique (paracétamol). L'étude se déroule sur deux ans en Allemagne, implique 320 praticiens et 1007 patients, sur deux années.

L'inclusion des patients nécessite des gonalgies existantes depuis au moins 6 mois sur arthrose dont les critères sont bien définis (critères ACR et critères de Kellgren-Lawrence score de 2 ou 3) (annexes 8 et 9).

Les critères de jugement sont une mesure des critères de WOMAC, avec comme définition du succès du traitement une amélioration de 36% de ces critères.

Les taux de succès furent de 53.1% pour le traitement par acupuncture, 51% pour l'acupuncture factice et 29.1% pour le traitement médical.

C'est une des plus vastes études réalisées à ce jour sur ce sujet.

Différentes remarques sont à faire : un biais de sélection a pu être créé car la plupart des patients interrogés admettent avoir un intérêt particulier pour l'acupuncture, la part de l'effet placebo ne peut pas être faite, l'étude n'est pas en double aveugle.

. 2007 : étude Haake M [23], *German Acupuncture trials (GERAC), for chronic low back pain*, multicentrique, randomisée, en simple aveugle, incluant 340 praticiens, portant sur 1162 patients souffrants de douleurs lombaires chroniques depuis 8 mois au moins. Ils sont répartis de manière aléatoire dans 3 groupes, correspondant à 3 types de traitement : un groupe bénéficiant d'un traitement classique de référence dans les lombalgies chroniques, un groupe traité par une acupuncture factice superficielle et apposée à des points de non acupuncture.

Les critères de jugements se font au travers du Von Korff chronic pain grade scale, à savoir une mesure à 6 mois de traitement, et considérée comme positive si une amélioration de 33% à au moins 3 items de cette échelle.

Résultats : à 6 mois le taux de réponse positive est de 47.6% dans le groupe traité par acupuncture véritable, 44.2% dans le groupe traité par acupuncture factice et de 27.4% dans le groupe traité par traitement conventionnel.

Cette étude est la première à montrer la supériorité de l'acupuncture sur le traitement usuel recommandé, et ce pour la première fois dans les douleurs à long terme.

Les biais de cette étude sont toujours les mêmes biais rencontrés dans ce type d'étude ; part de l'effet placebo, présence d'une certaine hétérogénéité dans l'âge (de 18 à 80 ans), étude réalisée en simple aveugle, pré contact des patients avec l'acupuncture non évalué,

### - Méta analyses

. 2000 : étude Jeanette Enzzo [24], sur l'évaluation des études réalisées sur l'acupuncture dans le cadre de l'arthrose du genou, de leur méthodologie, et sur l'évaluation des effets éventuels d'études de basse qualité sur des résultats positifs, l'identification des influences des profils des patients sur les résultats.

Huit bases de données et soixante deux séries de conférences ont été incluses, toutes randomisées et de toutes nationalités. Les résultats portaient sur la douleur, l'aspect fonctionnel. L'adéquation des procédures des études ont été étudiées par deux acupuncteurs entraînés.

Résultats : sept séries représentant 393 patients atteints de gonarthrose ont été isolées. Pour la douleur et l'aspect fonctionnel, il y ressortait une évidence limitée que l'acupuncture est plus efficace que dans le groupe des patients placés sur liste d'attente et ne recevant aucun traitement. Pour la douleur, il ressort une forte évidence que l'acupuncture réelle est plus efficace que l'acupuncture factice ; toutefois en ce qui concerne la fonction, les résultats ne permettent pas de conclure entre les deux.

Conclusion : les résultats suggèrent que l'acupuncture ait une dans le traitement des douleurs de gonarthrose.

. 2005 : étude Manheimer E [25], sur l'efficacité de l'acupuncture dans le traitement des lombalgies. Furent incluses 33 études randomisées, contrôlées trouvées grâce à différentes bases de données comme le Medline, la base Cochrane, Embase etc., comparant l'efficacité de l'acupuncture réelle avec celle de l'acupuncture factice, avec des groupes sans traitement, ou avec d'autres traitements actifs pour la lombalgie. Les critères de jugement furent la douleur, le statu fonctionnel, l'amélioration générale, le retour au travail, la consommation d'antalgiques.

Résultats : sur la douleur chronique, la méta analyse montra que l'acupuncture était significativement plus efficace que l'acupuncture factice, ou que l'absence de traitement.

Pour les patients atteints de lombalgie aiguë, les résultats ne permettent pas de conclure.

Ils ne permettent pas non plus de conclure sur l'efficacité de l'acupuncture vs autres traitements.

L'aspect restrictif de cette étude fut la variabilité dans la qualité et la quantité des études incluses.

## -conclusions

Malgré une attention particulière que portent le plus en plus d'auteurs à réaliser des études qui soient le plus correctes possible d'un point de vue méthodologie, recrutement, vérifications, éviction ou mise en évidence des biais, l'utilisation de critères de jugements standardisés, des failles dues à la nature même de ces études persistent. En effet, il est quasi impossible par exemple de réaliser une étude en double aveugle lorsque le médecin doit réaliser un acte technique aussi précis que celui de planter plusieurs dizaines d'aiguilles sur une même personne.

De plus, les études sur un sujet aussi subjectif que la douleur et sa mesure souffriront toujours de la question centrale de l'évaluation objective.

Signalons aussi la difficulté de ces études à trouver un référentiel qui soit vraiment placebo. Comme nous l'avons vu, quelle que soit la méthode utilisée, les résultats montrent que ces méthodes soit disant placebo ont un effet propre, significativement efficace, que ce soit l'acupuncture à minima sur des zones de non acupuncture, les aiguilles rétractables, les lumières rouges, ou l'acupression. Dans certaines séries, ces méthodes placebo montrent même des effets quasi aussi efficace que la méthode d'acupuncture traditionnelle.

Ce qui nous fait, au passage, obligatoirement venir à l'esprit que l'enseignement précis des méthodes traditionnelles chinoises n'est pas si nécessaire que cela...

Mais au travers des différentes études citées, nous remarquons d'abord l'accélération du nombre des études ces dernières années ainsi que leurs proportions de plus en plus vastes, signe d'un intérêt qui se généralise.

Même si elles prêtent toutes à discussions, il semble que l'acupuncture permette de manière significative de provoquer un degré intéressant d'analgésie dans le traitement de certaines douleurs, notamment dans les douleurs chroniques causées par l'arthrose. Peu ou quasiment pas d'effets secondaires ont été rapportés. Connaissant la difficulté la prise en charge à long terme de ces pathologies, l'acupuncture semble avoir sa place, pouvant se positionner en bonne place dans l'esprit du médecin qui a pour souhait de soulager ses patients au long cours, en étant le moins iatrogène possible.

## 1-5-2/ La médecine manuelle ou ostéopathie :

### - Analyses :

. 2000 : étude Gunnar B J Andersonn [26], portant sur 178 patients, souffrant de douleurs lombaires depuis au moins 3 semaines mais depuis moins de 6 mois, répartis par randomisation en deux groupes, l'un recevant un traitement conventionnel (antalgiques, anti inflammatoires et kinésithérapie, port d'un corset) et l'autre groupe traité par ostéopathie, associée à si besoin un traitement complémentaire par antalgiques, AINS, myorelaxants, kinésithérapie. Les critères de jugements utilisaient des échelles standardisées comme l'échelle EVA, mesure main- sol, score de Rolland Morris [annexe 10], sur une durée de 12 semaines.

Résultats : les deux groupes montraient une amélioration des scores. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes dans les premières mesures. Le groupe traité par ostéopathie présentait une diminution significative de la consommation d'antalgiques, anti-inflammatoires et myorelaxants ( $p < 0.001$ ), et consommaient moins de kinésithérapie (0.2% vs. 2.6%,  $p < 0.05$ ). Plus de 90% des patients de chaque groupe étaient satisfaits de leurs traitements.

Conclusion : le traitement par ostéopathie et le traitement allopathique standard présentent des résultats cliniques similaires dans le cadre de la prise en charge des douleurs subaiguës du rachis lombaire. L'association du traitement usuel avec l'ostéopathie montre une diminution de la part du traitement usuel pour un résultat antalgique et fonctionnel similaire.

.2004 : étude Chown et Whittamore [27], étude prospective portant sur des patients souffrants de douleurs lombaires chroniques, randomisés en trois groupes bénéficiant l'un d'un traitement par exercice, kinésithérapie, et ostéopathie, avec une évaluation à 6 semaines et à 12 mois. Portant sur 239 patients, âgés de 18 à 65 ans.

Résultats : les trois traitements montraient une réduction similaire

. 2006 : Etude Santilli et Beghi, [28], étude sur les manipulations en cas de lombalgies aiguës avec douleur sciatique sur protrusion discale, portant sur des patients de 18 à 65 ans, présentant des lombalgies aiguës modérées à sévères avec une EVA  $\geq$  5, et présentant une protrusion discale à l'IRM. Etude randomisée, contrôlée, en double aveugle, offre un maximum de 20 sessions soit de manipulations vertébrales, soit de manipulations factices

réparties sur 30 jours. Les critères de jugement primaires sont le nombre de patients sans douleur à la fin du traitement, et nombre de patients arrêtant les séances par analgésie obtenue. D'autres critères de jugement sont pris en compte : nombre de jours sans douleur, nombre de prescriptions médicamenteuses, modification de l'Eva.

Résultats : une différence significative est apparue entre les deux groupes après 180 jours de traitement ; douleur locale 28% vs 6% ( $p < 0.005$ ), douleur irradiée 55% vs 20% ( $p < 0.0001$ ).

Les auteurs concluent que chez les patients avec lombalgie aiguë accompagnée d'une douleur sciatique provoquée par une protrusion discale, les véritables manipulations sont plus efficaces que les factices, en termes de soulagement de douleur.

.2007 : étude Hancock J M, Maher C G, Latimer J [29], publiée dans le Lancet : Diclofénac et/ou manipulations vertébrales pour les lombalgies aiguës, pour savoir si un traitement par diclofénac et/ou manipulations vertébrales permet une récupération plus rapide que les placebo correspondants, tous traitements associés à une intervention de première intention recommandée (avis d'hygiène de vie et paracétamol) en cas de lombalgies aiguës. 239 personnes incluses auprès de 40 médecins généralistes de Sydney en Australie, souffrants de lombalgie aiguë avec ou sans irradiation. Etude randomisée, contrôlée, en double aveugle. Tous les patients bénéficient du traitement de première intention par 1g de paracétamol 4 fois par jour. Ils ont ensuite été randomisés en 4 groupes : diclofénac 50mg + manipulations vertébrales, médicament placebo + manipulations vertébrales, diclofénac 50mg+ manipulations, double placebo.

Critères primaire d'évaluation = délai en nombre de jours pour la guérison définie comme le premier jour sans douleur soit le premier de 7 jours consécutifs avec un score EVA de 0 ou de 1.

Résultats : \* sous diclofénac : délais de 13 jours pour la guérison vs 16 jours pour le placebo  
\* sous manipulation, délais de guérison 15 jours vs 15 jours pour le placebo  
correspondant

\* sous diclofénac et manipulations, délai non amélioré vs le placebo

Conclusions : les patients recevant les soins de première intention recommandés pour leur lombalgie aiguë ne guérissent pas plus vite en cas d'ajout de diclofénac ou de manipulation vertébrale.

## - Méta-analyses :

. 2003 : étude Cherkin D, Sherman K, Richard A [30], aux Etats-Unis, publié dans les annales internationales de médecine interne, reprenant par Medline, Embase et la base Cochrane, depuis 1995, les résultats de 49 études contrôlées randomisées publiées traitant de l'acupuncture, massages et manipulations vertébrales dans les douleurs dorsales sub aigües et chroniques, évaluant aussi les coûts de ces traitements.

Résultats : les études initiales ont révélé que les massages ont une efficacité dans ce type de douleur. Les manipulations vertébrales ont un petit bénéfice clinique équivalent aux autres thérapies communément utilisées, et un bénéfice supérieur au placebo, l'efficacité de l'acupuncture n'est pas évidente, résultats dû à la faible qualité des études incluses dans cette méta analyse.

De plus, les premières études ont révélé que les massages, mais non l'acupuncture ni les manipulations vertébrales réduisent les coûts après un traitement initial classique.

. 2003 : méta-analyse Assendelft W.J.J, Morton S.C, Yu E.I [31], sur l'efficacité des manipulations spinales comparées aux autres thérapies pour les douleurs lombaires, reprenant diverses études contrôlées randomisées, sélectionnées par la base Medline, Embase, Cinahl, Cochrane. Les autres traitements étaient placebo, traitement de référence, antidouleurs, physiothérapie, exercices, école du dos.

Résultats : les manipulations spinales sont ni plus ni moins efficaces que les traitements usuels dans le cadre des douleurs lombaires, aigües ou chroniques.

. 2007 : étude Vernon H, Humphreys K, [32], portant sur les douleurs cervicales chez l'adulte traitées par thérapie manuelle. Les études ont été sélectionnées via les base Medline, Cinahl, Amed, Mantis Cochrane database of systematic review, Cochrane controlled trial registry , et quelques autres encore. Les études de basse qualité scientifique ont été écartées.

Résultats : il existe une évidence modérée à haute, que les sujets atteints de douleurs cervicales chroniques, non causées par un coup du lapin, sans irradiation dans les bras et sans maux de tête, sont améliorés de manière importante par une série de manipulations vertébrales, et ce à 6, 12 et 104 semaines post traitement.

## - Conclusions

Il est difficile de conclure de manière claire. Encore une fois, les problèmes de méthodologie sont au premier plan, avec la difficulté du double aveugle, des manipulations effectuées qui en fait sont variables en fonction des définitions adoptées par les différents pays. Par exemple, aux Etats-Unis, peu de différence est faite entre les manipulations spinales et l'ostéopathie. En conséquence tirer des statistiques valables au travers de méta analyses devient très difficile, avec un sérieux travail à fournir d'un point de vue sélection, dépouillement des protocoles des différentes études...ce qui n'est pas tout le temps bien fait.

Du coup, les résultats peuvent être très différents. Et c'est le cas dans mon travail.

Et se forger un avis difficile.

Il semble que l'ostéopathie ait sa place en deuxième intention, après ou en même temps que la première ligne de traitement recommandé (le paracétamol) ; qui de toute manière est le traitement apportant le plus de bénéfices.

L'ostéopathie est plus efficace que les traitements placebo, avec là encore un problème de référentiel, car certaines séries (non citées) montrent un certain effet des manipulations factices.

Certaines séries placent l'ostéopathie au même niveau d'obtention d'analgésie que le paracétamol.

Une place particulière serait à envisager dans les douleurs dorsales avec protrusion discale, et dans les douleurs cervicales.

Nous pouvons donc conclure, que l'ostéopathie provoque un certain degrés d'analgésie, supérieur au placebo, et qu'elle représente une thérapie à envisager de manière intéressante en deuxième ligne de traitement après le paracétamol, en cas d'échec ou d'insuffisance de bénéfices de celui-ci, dans les cas où il serait nécessaire d'utiliser d'autres thérapeutiques plus néfastes en termes d'effets secondaires (AINS, myorelaxants).

Il ne semble pas évident que l'ostéopathie soit supérieure en terme d'analgésie obtenue, aux autres possibilités de traitements possibles (kinésithérapie, massages, AINS, myorelaxants).

## 2 / Questionnaire à l'intention des généralistes proposant une médecine à exercice particulier acupuncture ou ostéopathie en Limousin-Poitou-Charentes :

Nous venons de recueillir un certain nombre de renseignements, d'ordre général, concernant la pratique de l'acupuncture et de l'ostéopathie, renseignements importants pour comprendre leurs origines, appréhender leur efficacité avec plus de précision, et pour mieux les intégrer dans le cadre d'une activité de généraliste.

Ces renseignements qui me semblent indispensables pour se représenter avec le plus de précision ces deux possibilités thérapeutiques, ont été recueillis bien sûr par le biais d'un travail bibliographique, indispensable, mais non représentatif de l'activité du praticien concerné sur le terrain.

Il m'a donc semblé naturel, ou plutôt logique, de pouvoir associer à tous ces renseignements assez statiques, les points de vue des médecins concernés, afin de pouvoir se rendre compte de la pratique réelle. Et quoi de plus représentatif qu'un questionnaire dressé à leur intention, reprenant les diverses questions que je me posais et auxquelles la littérature n'apportait pas de réponse.

Ainsi, il sera possible au travers de cette thèse, de se représenter de manière globale ce que sont l'acupuncture et de l'ostéopathie, et de ce que leur usage implique ou nécessite. Comme une sorte de panorama disponible aux étudiants ou aux praticiens qui en seront intéressés...

## 2-1/ matériel et méthode :

Cette enquête a pour but de mieux connaître les profils des médecins généralistes qui ont un jour décidés d'utiliser l'acupuncture, leurs motivations, leurs profils d'activité, les modifications consécutives au passage vers une MEP que ce soit le taux de fréquentation, le type de patientèle, les revenus, les horaires de travail, les pathologies, l'évolution de leur qualité de vie professionnelle et personnelle, et leur sentiment de satisfaction face au choix de s'être tournée vers cette MEP.

### - Sélection des médecins

Comme nous l'avons vu précédemment, les pratiques de l'acupuncture et de l'ostéopathie en France sont très encadrées ; les seules personnes autorisées à pratiquer l'acupuncture sont les médecins diplômés de faculté, ayant par la suite passé un DU. Pour l'ostéopathie, sont autorisés les médecins diplômés de facultés et les personnes titulaires d'un diplôme délivré par une école privée agréée inscrite sur des listes officielles.

J'ai donc choisi d'inclure comme praticiens de l'acupuncture et de l'ostéopathie les médecins généralistes inscrits au conseil de l'ordre, et dont l'activité spécifique est elle aussi répertoriée sur les listes du conseil de l'ordre. J'ai donc réalisé mes listes par l'intermédiaire du site du conseil national de l'ordre des médecins en effectuant une recherche de praticiens généralistes à orientation acupuncture puis à orientation ostéopathie, et ce dans les différents départements des régions Limousin-Poitou-Charente.

Ont été répertoriés 123 médecins, dont 4 ont été exclus car répertoriés comme médecins remplaçants, et 2 exclus car répertoriés comme médecins travaillant en hôpital.

Au total, ont été sélectionnés 117 médecins généralistes.

### - Rédaction du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé en fonction de mes propres interrogations sur l'utilisation de l'acupuncture et de l'ostéopathie, en collaboration avec le département de médecine générale de la faculté de Limoges.

Il était composé d'une lettre [annexe 21] me présentant et exposant mon sujet ainsi que mes motivations, d'une page de garde réservée à l'intitulé de mon questionnaire, suivi de 5

pages imprimées du questionnaire. Il est constitué de 44 questions, certaines entraînant une réponse par choix multiples à cocher, et d'autres nécessitant une réponse manuscrite.

. les 10 premières questions présentent les profils de praticiens et leur mode d'installation

. les 2 questions suivantes sont relatives au tout début de l'activité du généraliste lors de sa première installation

. la question suivante est une question importante à plusieurs choix possibles sur les motivations ayant entraîné l'intérêt du médecin

. les 12 questions suivantes décrivent les modifications de l'activité du médecin depuis qu'il utilise sa MEP, en termes de situation géographique, du type de patientelle, des revenus, des tarifs de consultation, heures de travail

. les questions suivantes explorent l'activité actuelle du médecin concernant les gardes, ses vacances, la durée de ses consultations, ses remplaçants, et sa satisfaction actuelle quand à son activité d'un point de vue personnel ou professionnel, et son adéquation avec les motivations initiales

#### - En pratique

117 questionnaires ont été envoyés, au moyen d'enveloppes timbrées par la poste. Chaque adresse ayant été écrite par imprimante. Chaque enveloppe contenait une lettre de présentation, 3 pages de questionnaire, et une enveloppe pré-adressée à l'imprimante et pré-timbrée. Elles ont toutes été envoyées en même temps à la date du 15 juillet 2009. Une date limite de renvoi a été décidée et fixée au 20 août 2009.

La réponse était anonyme.

#### - Retours :

54 enveloppes réponses ont été retournées dans les délais, ce qui correspond à un taux de réponse de 46.15%.

8 réponses ont été retirées pour manque d'une page ; il s'agissait à chaque fois de la première page du questionnaire, qui était imprimée au dos de la page de présentation (ceci constituant le premier biais de mon étude).

1 réponse a été retirée car le médecin ne pratiquait plus sa MEP depuis plus de 10 ans, sans que le conseil de l'ordre de son département ne l'ait enregistré.

En tout, 45 questionnaires ont été exploités, ce qui fait un taux de 38.46% de questionnaires exploitables sur les 117 initiaux envoyés.

- Exploitation des résultats

La saisie des résultats à été réalisée par moi-même grâce à la collaboration de Mr Laloué Fabrice, maitre de conférences et statisticien travaillant au laboratoire d'immunologie de la faculté de Limoges.

Le traitement des résultats et les données statistiques ont été réalisés par lui-même.

Le logiciel de statistiques utilisé est Statview v5.0.

## 2-2/ Le questionnaire :

Questionnaire sur l'évaluation de la pratique de la médecine manuelle et de l'acupuncture sur l'activité économique, la qualité de vie professionnelle et personnelle du médecin généraliste en Limousin-Poitou-Charentes.

Dessin des profils et des motivations des médecins s'étant dirigés vers cette médecine à activité spécifique.

Ce questionnaire est destiné à recueillir les informations nécessaires à la réalisation de ma thèse. Elle a pour but de répondre aux questions que peuvent se poser un médecin ou un étudiant en médecine sur ces trois activités médicales spécifiques, que ce soit sur les vérités scientifiques actuelles, les différentes possibilités d'exercice, les influences sur la vie du médecin, dans son cabinet ou à la maison. En quelque sorte, je souhaite réaliser un diaporama de ces activités, qui soit à la fois le plus en phase possible avec la réalité grâce à ce questionnaire, mais aussi avec les actualités scientifiques que je réunirai dans ma thèse.

Dans ce questionnaire, beaucoup de questions vont concerner des médecins qui sont passés d'une activité de médecine générale classique allopathique, vers une activité mixte ou exclusive de médecine à exercice particulier (MEP).

Les médecins non concernés par ces questions, c'est-à-dire ayant utilisé d'emblée une activité de MEP, mixte ou exclusive n'auront donc pas à y répondre.

### Questions d'ordre général :

1/ votre sexe =            H =             F =

2/ Quel est votre âge ? : \_\_\_\_\_

3/ Quelle est votre situation familiale ?

. en couple =

. célibataire =

4/ Avez-vous des enfants ?    oui =     non =

### Questions sur le type d'exercice médical

1/situation géographique par zone

Rurale =

Semi rurale =

Urbaine =

2/ votre mode actuel d'installation :

- Secteur 1 sans dépassement d'honoraires =

- Secteur 1 avec dépassements d'honoraire =

- Secteur 2 =  $\diamond$

- Hors convention =  $\diamond$

3/ Etes vous installé(e) : - seul(e) : oui =  $\diamond$  non =  $\diamond$

- groupe : oui =  $\diamond$  non =  $\diamond$

4/ Si vous êtes en cabinet de groupe, combien de vos collègues exercent eux aussi une MEP quelle qu'elle soit = \_\_\_\_\_

5/ Vous utilisez votre MEP de manière :

- partielle =  $\diamond$  ou - exclusive =  $\diamond$

### **Questions relatives aux choix de cette activité spécifique**

1/ Lors de votre installation, avez vous pratiqué :

- a/ la MG allopatique exclusivement ? =  $\diamond$

- b/ votre MEP exclusivement ? =  $\diamond$

- c/ votre MEP de manière partielle ? =  $\diamond$

- d/ autre = \_\_\_\_\_

2/ Si vous avez coché 1/a à la précédente question, sur combien de temps le passage à une activité de MEP exclusive, ou partielle, la transition s'est elle déroulée : \_\_\_\_\_

3/ Quelles ont été les motivations ayant entraînés votre intérêt ? plusieurs choix sont possibles.

- Difficultés dans votre couple =  $\diamond$

- Stress dû à l'activité de médecin généraliste =  $\diamond$

- Masse de travail du généraliste =  $\diamond$

- Quantité importante des gardes de ville =  $\diamond$

- Syndrome dépressif =  $\diamond$

- Pathologie médicale =  $\diamond$

- naissance d'un enfant =  $\diamond$

- impact trop important de votre activité de généraliste sur votre vie personnelle (gestion des enfants, vacances , week end etc...)

=  $\diamond$

- Envie de pratiquer une médecine vous paraissant moins stressante ou moins contraignante =  $\diamond$

- Trouver une alternative aux traitements usuels de médecine allopathique qui vous semblent limités ou décevants =  $\diamond$

- Envie de traiter une patientèle moins âgée =  $\diamond$

- Routine dans votre travail (besoin de changement) =  $\diamond$

- La possibilité d'une alternative d'emblée à la médecine générale face à la vision inquiétante du style de vie des aînés (si vous vous êtes installé en activité de MEP exclusive d'emblée) =  $\diamond$

- Autre : (réponse libre) =

### **Questions d'ordre économique :**

(Les prochaines questions de 1 à 8 concernent le cas où vous êtes passé à une activité de MG allopathiques exclusive vers une activité de MEP, mixte ou partielle, les questions 9 et 10 concernent tous les médecins)

1/ lors du passage de votre activité de généraliste exclusif vers généraliste à activité spécifique partielle ou totale, avez-vous perdu une partie de votre patientèle ?

- Oui =  $\diamond$

- Non =  $\diamond$  (ne pas répondre alors à la prochaine question)

2/ si vous aviez perdu une partie de votre patientèle, en avez-vous par la suite récupéré ?

- Non =  $\diamond$

- Oui =  $\diamond$

3/ si oui, quelle part avez-vous récupéré ?

- De 0 % à 50% de la perte initiale
- De 50 à 100% de la perte initiale

4/ cette clientèle qui est revenue, est-elle composée surtout de ( vous pouvez cocher plusieurs cases )

- Patients de médecine générale =  $\diamond$
- Patients intéressés par votre activité spécifique =  $\diamond$
- A peu près 50% de l'une et 50% de l'autre =  $\diamond$
- Autre = \_\_\_\_\_

5/ Lors du changement de votre activité, avez-vous changé de secteur géographique ?

- Oui =  $\diamond$
- Non =  $\diamond$  (ne pas alors tenir compte de la question 6)

6/ si oui, précisez votre secteur de départ et votre secteur d'arrivée ( par ex d'un secteur rural vers un secteur semi rural) :

\_\_\_\_\_

7/ Lors de votre passage vers une activité mixte ou exclusivement basée sur votre MEP, en avez-vous profité pour changer de secteur fiscal ?

- Oui =  $\diamond$
- Non =  $\diamond$

8/ depuis que vous pratiquez en utilisant votre MEP, vos revenus annuels ont-ils :

- Augmentés =  $\diamond$                       - Diminués =  $\diamond$
- . autre : \_\_\_\_\_ . autre : \_\_\_\_\_

9/ sur les tarifs de vos consultations de MEP, pouvez vous indiquer le prix minimum et le prix maximum d'une de vos consultations :

Mini = \_\_\_\_\_ Maxi = \_\_\_\_\_

10/ Quel nombre de consultation faites vous par jour ? \_\_\_\_\_

**Questions relatives à la qualité de vie professionnelle :**

(les questions 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10 et 13 ne concernent pas les médecins ayant utilisé d'emblée une MEP ; ils peuvent par contre répondre aux questions 4, 5, 6 et 11)

1/ Avez-vous modifié vos horaires de consultation ?

- Oui =  $\diamond$
- Non =  $\diamond$

2/ En termes d'heures de travail par jour, combien travaillez vous par rapport à votre ancienne activité exclusive de généraliste en plus ou en moins : \_\_\_\_\_

3/ Avez-vous modifié vos jours de travail hebdomadaire ?

a/ oui =  $\diamond$  - Non =  $\diamond$

b/ si oui, combien de demies journées de repos en plus ou en moins prenez vous ? \_\_\_\_\_

4/ Avez-vous déjà assuré des gardes de médecine générale de ville ?

- Oui =  $\diamond$  - Non =  $\diamond$  ( si non ne pas répondre à la question 6 )

5/ Si oui, en faites vous actuellement ?

- Oui =  $\diamond$  - Non =  $\diamond$

6/ Quelle est la durée moyenne d'une de vos consultations :

- De MEP : \_\_\_\_\_
- De médecine générale (si existe encore) : \_\_\_\_\_

7/ Vous sentez vous mieux (tout critères confondus) dans votre nouvelle activité ? - oui =  $\diamond$  - Non =  $\diamond$

## 2-3/ Résultats :

Un deuxième problème est survenu à la réception des résultats ; seuls quelques médecins ont spécifié à la question N° 5, concernant le moyen par lequel ils ont obtenus leur diplôme, si ils étaient titulaires d'un diplôme d'ostéopathie ou bien d'acupuncture. Ul m'a donc été impossible, du fait du caractère anonyme des réponses de différencier ces deux sous populations.

### 2-3-1/ le sexe :

Tous les médecins ont répondu à cette question.

Sur les 117 questionnaires envoyés, 50 concernaient des médecins ostéopathes et 67 des acupuncteurs. Les femmes étaient 33 contre 84 hommes. Ce qui fait un taux de féminisation de 28.2% et 71.8% d'hommes.

### 2-3-2/ l'âge :

Tous les médecins ont répondu à cette question.

La moyenne d'âge globale retrouvée est 50.9 ans. Celle des femmes est de 49 ans et celle des hommes de 52 ans.

### 2-3-3/ situation familiale :

Un seul médecin n'a pas répondu à cette question.

35 médecins se déclarent mariés soit 83.3%

3 vivent en couple non marié soit 6.8%

2 sont célibataires soit 4.5%

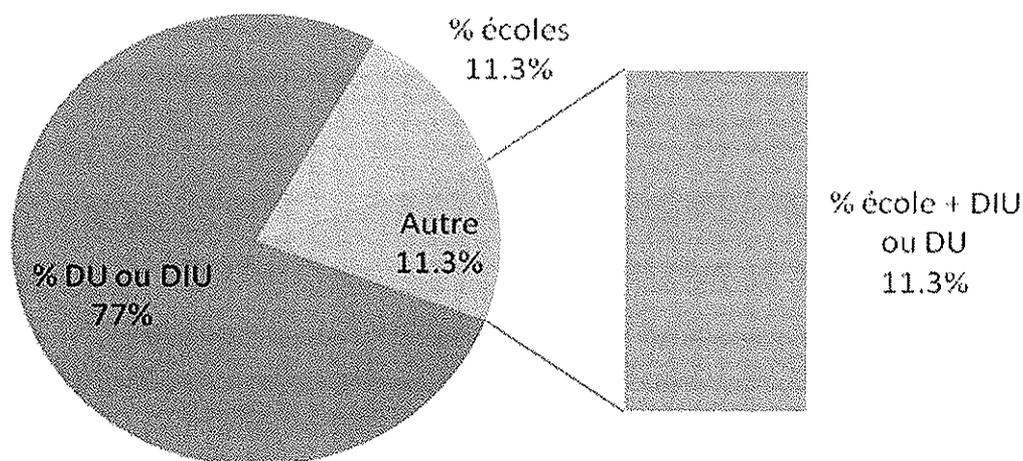
4 sont divorcés soit 9%

### 2-3-4/ par quel biais avez-vous eu accès à votre MEP ( DI, DIU, écoles privée... ) :

Un seul médecin n'a pas répondu à cette question.

34 médecins déclarent avoir obtenu leur formation par l'intermédiaire d'un DU ou DIU, soit 77%, 5 par l'intermédiaire d'une école privée agréée soit 11.3%, et 5 déclarent avoir eu initialement un diplôme d'école privée et avoir par la suite passé un DU ou DIU en rapport, soit là aussi 11.3%.

## Moyen d'obtention du diplôme



### 2-3-5/ situation géographique par zone et population de la zone:

Tous les médecins ont répondu à cette question.

Ils avaient le choix entre zone rurale, semi rurale ou urbaine.

Ils devaient de plus préciser le nombre d'habitants de leur commune ( 3 n'ont pas précisé).

La répartition est la suivante : 9 en zone rurale soit 20.4%, 13 en zone semi-rurale soit 28.9%, 35 en zone urbaine soit 51%

De plus en faisant les moyennes des populations annoncées par les médecins pour chaque zone, on retrouve les chiffres moyens suivants :

- . population moyenne des zones rurales = 1412 habitants
- . population moyenne des zones semi-rurales = 7369 habitants
- . population moyenne des zones rurales = 79763 habitants

### 2-3-6/ mode d'installation fiscal:

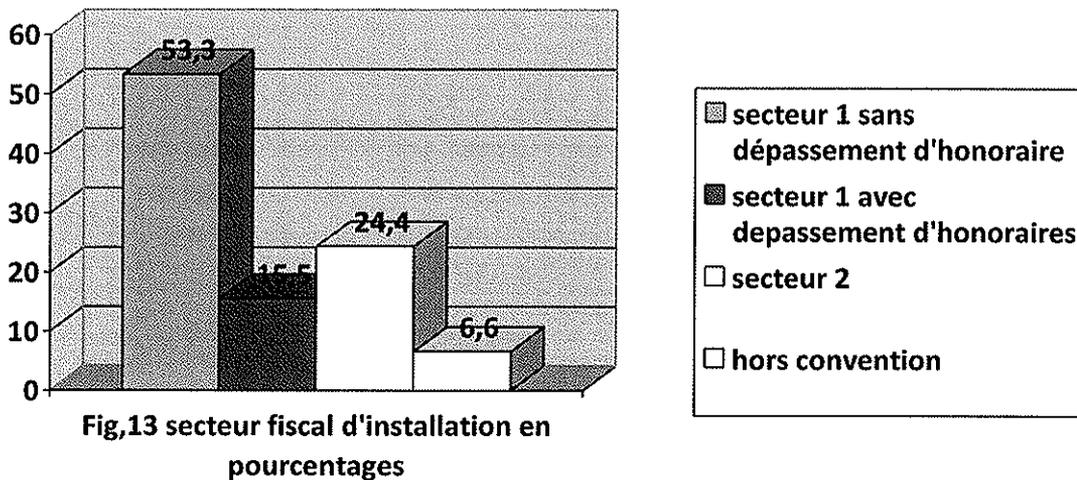
Cette question est relative au secteur fiscal de l'installation.

24 médecins sont installés en secteur sans dépassement d'honoraire soit 53.3%

7 sont installés en secteur 1 avec dépassements d'honoraires soit 15.5%

11 sont installés en secteur 2 soit 24.4%

3 sont installés hors convention soit 6.6%



Il est intéressant de regarder de plus près à la répartition par sexe pour chacun des modes.

Dans le secteur 1 sans dépassement d'honoraire, on retrouve 8 femmes sur 24 médecins soit 33% de femmes. Dans le secteur 1 avec dépassements d'honoraires, aucune femme, dans le secteur 2, 5 femmes sur 11 médecins soit 45 % de femmes, et en secteur hors convention, nous avons 3 médecins, que des femmes :

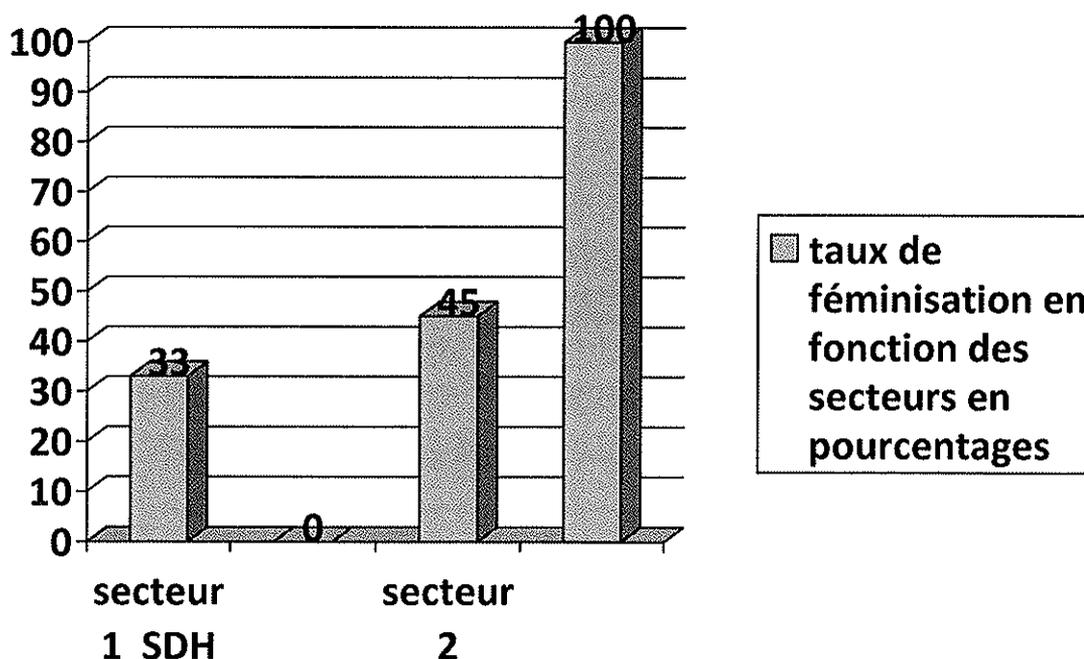


Fig. 14 Taux de féminisation en fonction su secteur fiscal

2-3-7/ installation seul ou en groupe :

Le médecin est-il installé en dans un cabinet de groupe ou bien seul.

100% des médecins ont répondu à cette question.

22 médecins sont installés seuls soit 48.8% d'entre eux, dont 8 femmes et 14 hommes.

23 sont installés en groupe, soit 51.2%, dont 8 femmes et 15 hommes.

2-3-8/ si vous êtes installés en cabinet de groupe, combien de vos collègues eux aussi exercent une MEP, quelle qu'elle soit ?

Seulement 25 médecins ont répondu à cette question. Sur ces 25, 14 sont seuls dans leur cabinet de groupe à exercer une MEP. Il n'a pas été possible vu le faible taux de réponse à cette question d'en tirer des résultats satisfaisants.

2-3-9/ Vous utilisez votre MEP de manière exclusive ou totale ?

100% des médecins ont répondu à cette question.

Sur les 45 médecins répondeurs, 31 utilisent leur MEP de manière partielle, soit 68.9%, et 14 de manière exclusive, soit 31.1%.

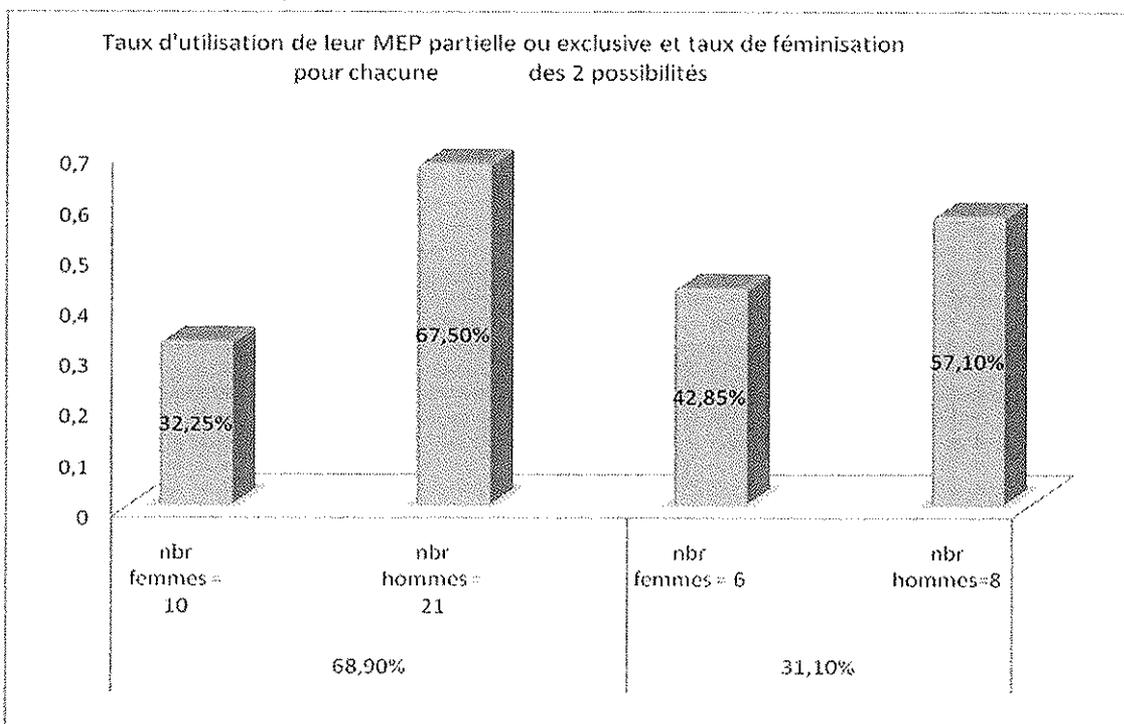


Fig.15 Taux d'utilisation de leur MEP et taux de féminisation correspondants

Nous pouvons donc voir que le taux de féminisation est plus important en mode d'utilisation de la MEP exclu puisque le pourcentage passe de 32.25 à 42.85%.

2-3-10/ Taux d'utilisation d'une MEP lors de la toute première installation :

Cette question permet de savoir si lors de l'installation première du médecin, il utilisait ou non une MEP et si oui, quel était son taux initial d'utilisation de sa MEP.

44 médecins ont répondu à cette question. Une seule réponse manquante.

On retrouve 22 médecins s'étendant en premier installé en utilisant la médecine allopathique exclusivement, soit 50 % d'entre eux, puis 5 ayant utilisé initialement une MEP de manière partielle soit 11.30% d'entre eux, et 17 ayant d'emblée utilisée une MEP de manière exclusive dès la première installation soit 38.70%.

On peut regarder quelle est le taux de féminisation en fonction du mode :

.pour l'installation initiale en médecine générale exclusive, on retrouve 6 femmes soit 27.27%

.pour l'installation initiale utilisant une MEP de manière partielle, on retrouve 3 femmes soit 60%

.pour l'installation initiale utilisant une MEP de manière exclusive d'emblée, on retrouve 6 femmes soit 35.29%

2-3-11/ si il y a eu une installation initiale en médecine allopathique exclusivement, sur quelle durée la transition vers une activité de MEP exclusive ou partielle s'est elle faite ?

22 médecins ont répondu à cette question, correspondant bien aux réponses de la précédente question où 22 médecins déclaraient s'être initialement installés en mode médecine générale allopathique exclusive.

Les réponses varient de 1 à 22 ans. la moyenne étant de 6ans et 5 mois (6.4 ans).

2-3-12/ Quelles ont été les motivations ayant entraînés votre intérêt pour votre MEP ?

4 médecins n'ont pas répondu à cette question.

Ils avaient le choix entre 13 réponses possibles pré définies, et aussi la possibilité de répondre en texte libre. Les réponses ont été par la suite regroupées en 5 grandes catégories afin de permettre un traitement statistique, qui sont :

. motivations concernant le travail de généraliste : stress, masse de travail, la quantité de gardes, l'envie d'avoir une activité moins contraignante, impact trop important du travail sur la vie privée

- . événement de vie = naissance d'un enfant, pathologie médicale, dépression
- . motivations concernant la routine dans le travail, l'envie d'avoir une patientèle moins âgée
- . alternative aux traitements allopathiques de référence semblants limités ou décevants
- . trouver d'emblée une alternative à la médecine générale classique face au style de vie inquiétant des aînés

Ils avaient bien sûr la possibilité de cocher plusieurs réponses

Résultats : une réponse sort nettement du lot, citée 35 fois : trouver une alternative aux traitements allopathiques usuels. Cette réponse concerne 35 médecins sur 41 répondants, soit 85% d'entre eux.

Suivent les réponses suivantes :

- . motivations concernant le travail du généraliste = citée 13 fois, soit par 31.7% des médecins
- . routine, patientèle trop âgée = citée 12 fois, soit par 29% des médecins
- . événement de vie = citée 5 fois, soit par 12 % des médecins
- . vision inquiétante de la vie des aînés = citée 3 fois , soit 7% des médecins.

2-3-13/ lors du passage d'une activité de généraliste exclusif vers une activité utilisant une MEP de manière partielle ou totale, avez-vous perdu une partie de votre patientèle ?:

L'intérêt de cette question était de pouvoir se faire une idée, pour un médecin n'utilisant pas encore de MEP mais s'y intéressant par exemple, sur l'impact que pourrait entraîner le passage vers une MEP sur une patientèle, et si possible de voir des différences entre le passage vers le mode partiel et exclusif. Ceci pouvant permettre à ce médecin de pouvoir prévoir et éventuellement s'adapter.

22 médecins ont répondu à cette question sur 45.

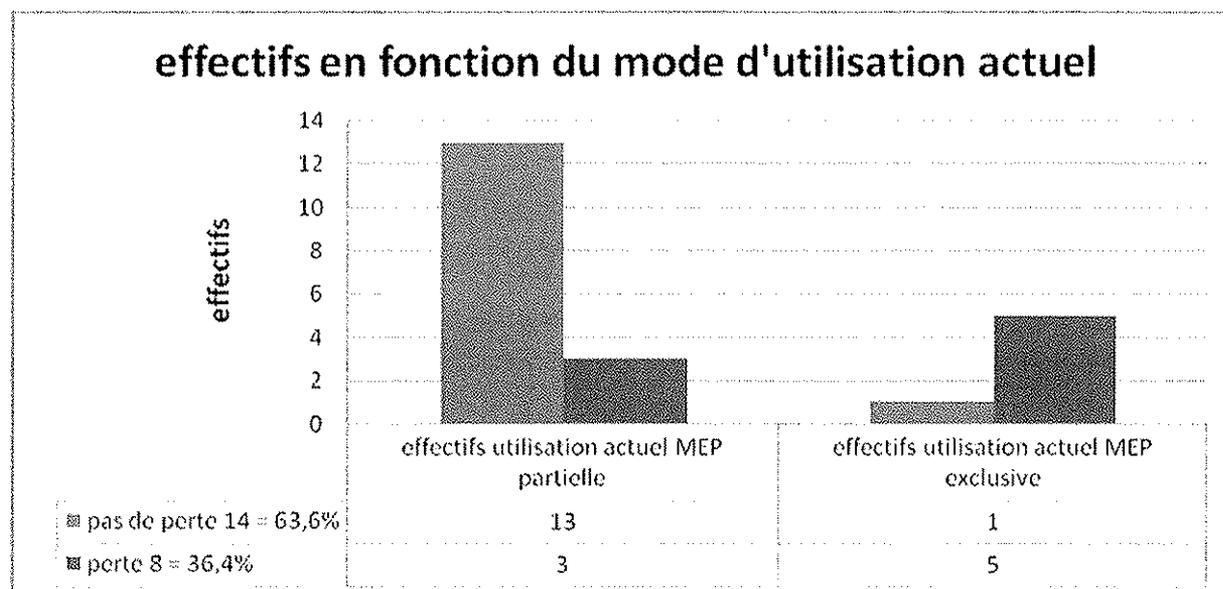
Résultats :

- . 14 médecins ont déclarés ne pas avoir eu de perte de patients soit 63.2%
- . 8 ont déclarés avoir eu une perte soit 36.4%

Dans la partie n'ayant pas eu de perte, 13 médecins utilisent actuellement leur MEP de manière partielle soit 92.8% et un seul l'utilise de manière exclusive soit 7.2%

Dans la partie ayant eu une perte, 3 l'utilisent de manière partielle soit 37.5% et 5 de manière totale soit 62.5%.

Fig.16



De plus on peut calculer les pourcentages des médecins qui ont perdu une part de leur clientèle en fonction du taux d'utilisation de leur MEP :

	perte	pas de perte
MEP partielle = 16	3 = 18,75%	13 = 81,25%
MEP exclusive = 6	5 = 83,3%	1 = 16,7%

2-3-14/ si vous avez eu une perte d'une partie de votre clientèle, en avez-vous récupéré ?

seulement 9 médecins ont répondu à cette question. Elle a donc été éliminée de mon étude.

2-3-15/ si oui, quelle part avez récupéré ?

seulement 5 médecins ont répondu, la question a été éliminée.

2-3-16/composition de la clientèle de retours :

Question posée pour évaluer la nature des patients composant la clientèle de retours : retours pour l'activité de médecine générale, ou pour la MEP, ou pour les deux ?

Seulement 8 réponses, question éliminée.

2-3-17/ lors du changement d'activité, avez-vous aussi changé de secteur géographique ?

Cette question s'inclut dans l'idée de savoir si le fait de changer de mode d'exercice et d'évoluer vers la pratique d'une MEP est juste un projet professionnel ou si cela s'inclut dans un projet de changement de vie.

22 médecins ont répondu. 18 n'ont pas changé de secteur géographique soit 82%, et 4 en ont changé soit 18%

2-3-18/ si oui précisez votre secteur de départ et votre secteur géographique d'arrivée :

5 médecins ont répondu, question éliminée.

2-3-19/ lors de votre passage vers une activité utilisant une MEP de manière exclusive ou partielle, avez vous changé de secteur fiscal ?

22 médecins ont répondu.

17 n'ont pas changé de secteur fiscal soit 77.3%, et 5 en ont changé soit 22.7%.

2-3-20/ depuis que vous utilisez une MEP, vos revenus quelle a été l'évolution de vos revenus ?

21 médecins ont répondu.

Ils avaient le choix de cocher entre différentes possibilités = augmentés, diminués, stables.

8 médecins ont répondu revenus stables = 38.2%

7 médecins ont répondu revenus en augmentation = 33.3%

6 médecins ont répondu revenus en baisse = 28.5%

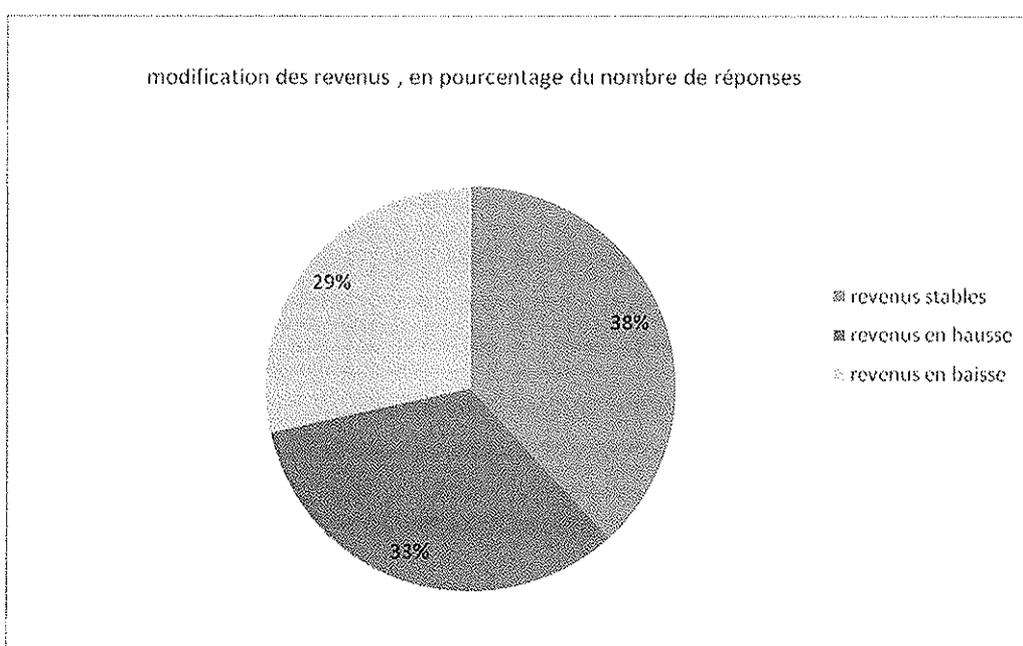


Fig 17 Pourcentages de médecins qui ont ou pas noté de modification de revenus

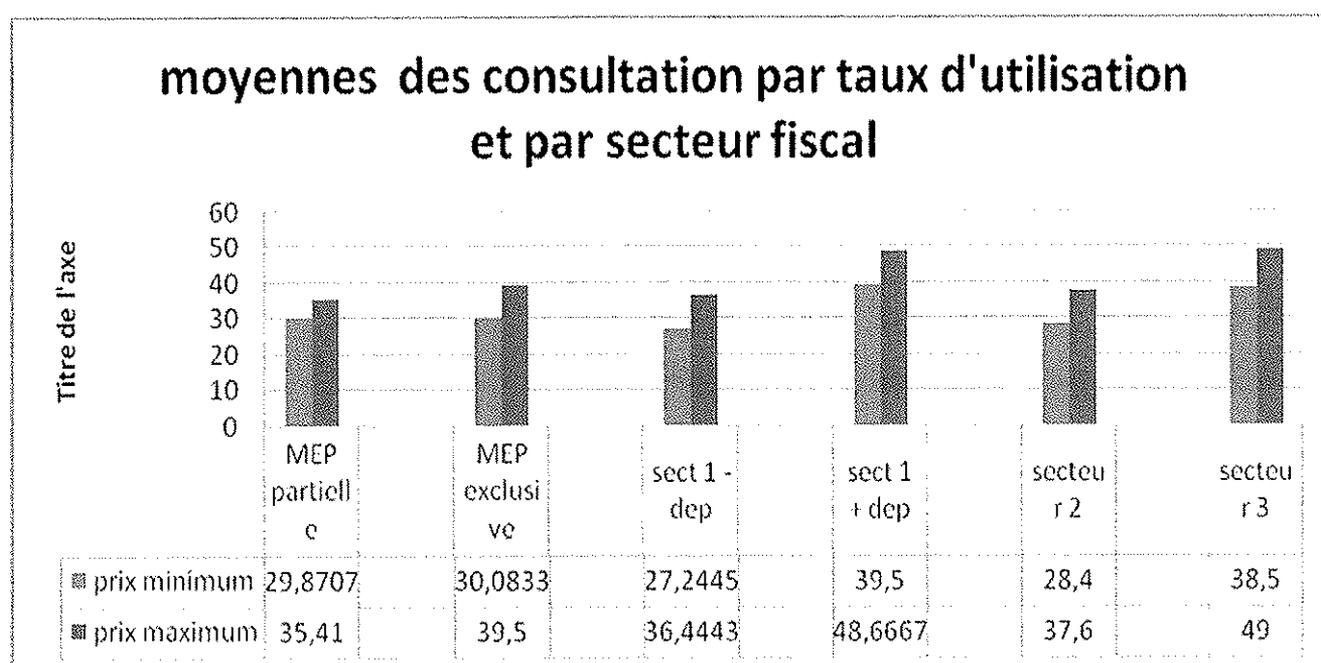
### 2-3-21/ tarifs minimum et maximum d'une consultation de MEP :

40 médecins ont répondu à cette question sur 44.

La moyenne des tarifs minimum est de 31.6 euros, et de 41.7 euros pour les tarifs maximum.

Les moyennes des consultation minimum et maximum sont résumées dans le tableau suivant, en fonction d'une utilisation partielle ou totale de la MEP par le médecin, et en fonction du secteur fiscal d'installation.

Fig.18



Sur ces 40 médecins, 29 utilisent leur MEP de manière partielle et 12 de manière exclusive.

La moyenne du prix minimum des consultations est de 27.5 euros pour le groupe MEP partielle et de 35.4 euros pour le groupe MEP exclu. La moyenne maximum du prix des consultations est de 35.3 euros pour le groupe MEP partielle, et de 48.2 euros pour le groupe MEP exclusive.

### 2-3-22/ nombre de consultations quotidiennes :

38 médecins ont répondu à cette question.

La moyenne est de 18 consultations par jour.

En différenciant le mode d'utilisation, la moyenne est de 20.7 consultations par jour pour une utilisation partielle de la MEP, sans différencier consultations de médecine générale et consultations de MEP, et de 13 consultations par jour pour les médecins utilisant leur MEP de manière exclusive.

2-3-23/avez-vous modifié vos horaires de consultation ?

28 médecins ont répondu à cette question.

20 d'entre eux n'ont pas modifié leur horaires de consultation, soit 71.5%.

8 d'entre eux ont modifié leurs horaires, soit 28.5%.

2-3-24/ combien d'heures faites vous en plus ou en moins par jour ?

5 médecins ont répondu à cette question. Question retirée de l'étude.

2-3-25/ avez-vous modifié vos jours de consultation hebdomadaires ?

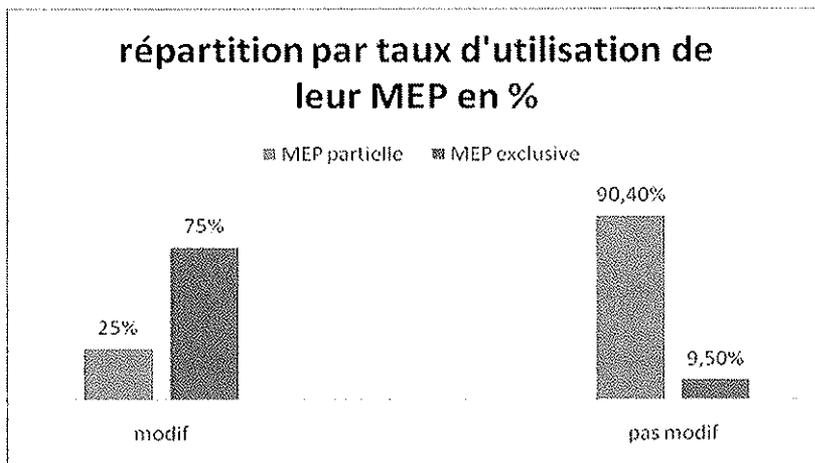
29 médecins ont répondu.

21 médecins n'ont pas modifié leurs jours de consultation hebdomadaires, soit 72.4%.

8 les ont modifiés, soit 27.6%.

Dans ceux qui n'ont pas modifié leurs jours, 19 utilisent leur MEP de manière partielle (75%), et 2 de manière exclusive (25%).

Dans ceux qui ont modifié les jours de consultation, 2 utilisent leur MEP de manière partielle (9.5%) et 6 de manière exclusive (90.5%).



*Fig. 19 Taux de médecins ayant modifié leurs horaires de consultation en fonction du mode d'utilisation de leur MEP*

2-3-26/ si oui, combien de demies journées prenez vous en plus ou en moins par semaine ?

6 médecins ont répondu, question éliminée de l'étude.

2-3-27/Avez-vous déjà assuré des gardes de ville en médecine générale ?

41 médecins ont répondu.

7 n'ont jamais assuré de garde de ville soit 17%

34 en ont déjà assuré, soit 83%

2-3-28/ prenez vous actuellement des gardes ?

38 médecins ont répondu.

20 médecins déclarent ne pas prendre actuellement de gardes de ville, soit 52.6%

18 prennent actuellement des gardes soit 47.4%

Sur les 20 médecins qui ne prennent actuellement pas de garde, 9 utilisent leur MEP de manière partielle, et 11 de manière exclusive.

Sur les 18 qui assurent des gardes, 17 utilisent leur MEP de manière partielle soit 94.5% et 1 de manière exclusive soit 5.5%.

Dans la part des médecins qui ont déjà pris part aux gardes de ville, qui sont au nombre de 34 (voir question précédente), 15 n'en assurent plus à présent, soit 44 % d'entre eux. La moyenne d'âge de ces médecins qui ont abandonné les gardes de ville est de 50.3 ans, donc quasiment identique à la moyenne d'âge des médecins de l'ensemble de notre étude (50.8 ans), éliminant un effet d'âge pouvant expliquer cet abandon.

2-3-29/ quelle est la durée moyenne d'une de vos consultation de MEP et de médecine générale, si vous la proposez encore ?

. de MEP : 41 médecins ont répondu à cette question. La moyenne est de 34.3 minutes.

. de médecine générale : 30 ont répondu. La moyenne est de 18.6minutes.

Pour chacune de ces deux catégories, on peut différencier les effectifs par sexe :

. pour la durée moyenne d'une consultation de MEP, on retrouve une durée moyenne de 41 min pour les femmes et de 30.9 min pour les hommes.

. pour la durée moyenne d'une consultation de MG, on retrouve une durée moyenne de 22.5 min pour les femmes et de 17.2 min pour les hommes.

La différenciation par le taux d'utilisation de la MEP donne les valeurs suivantes :

. la durée moyenne d'une consultation de MEP est de 31.4min pour les médecins utilisant leur MEP de manière partielle

. la durée moyenne d'une consultation de médecine générale est de 39.5 min pour les médecins utilisant leur MEP exclusivement.

2-3-30/ vous sentez vous mieux, tous critères confondus, dans votre activité ?

27 réponses.

22 ont répondu oui soit 81.5%

4 ont répondu non soit 14.8%

1 à répondu pas de modification soit 3.7%

2-3-31/ Votre nouveau mode d'exercice est il au final, en accord avec les motivations qui vous y ont fait vous y intéresser ?

30 réponses.

1 réponse = non = 3.3%

19 réponses oui entièrement = 63.3%

10 réponses partiellement = 33.3%

Ratio = 2/3, 1/3

2-3-32/ Avez-vous noté une modification de votre clientèle ( ex d'âge, de pathologies etc.)

28 réponses.

6 n'ont pas noté de modification de leur clientèle, soit 21.5%

22 ont déclarés avoir noté une modification du type de leur clientèle, soit 78.5%

2-3-33/ si oui, sur quels points ?

21 médecins ont répondu.

Il s'agissait d'une réponse libre, avec possibilité de citer plusieurs modifications.. Les réponses ont été classées en 8 grands groupes de réponses.

. modification de l'âge des patients = citée 7 fois soit dans 28% des cas.

. modifications de pathologies = citée 6 fois dans 24% des réponses.

. patients plus respectueux ou patients = citée 3 fois soit dans 12% des cas.

. patients venants avec un choix thérapeutique préétablit = citée 3 fois soit là encore 12% des cas.

. drainage géographique plus important = citée 2 fois soit dans 8% des cas.

. patients intéressés par des médecines douces, ou plus naturelles = citée 2 fois soit dans 8% des cas.

. patients d'un niveau socio économique plus élevé = citée 2 fois soit 8% des cas.

#### 2-3-34/ Trouvez vous votre clientèle plus sympathique ?

28 réponses.

4 ont répondu non, soit 14.3%

13 ont répondu oui soit 46%

10 ont répondu pas d'avis soit 35,7%

#### 2-3-35/ Citez par ordre de fréquence les 3 grands types de pathologies pour lesquelles vous êtes sollicité(e) :

43 médecins ont répondu à cette question.

Réponses libres, qui ont été classées en 8 grands types de pathologies les plus fréquemment citées.

Première classe de pathologie la plus citée = rhumatologie, citée 64 fois sur 83, soit dans 77% des cas.

Deuxième grande classe de pathologies les plus citées = la neuropsychiatrie, citée 30 fois sur 83 soit dans 35.7% des cas.

Troisième classe de pathologies la plus citée = pathologie ORL citée 5 fois sur 83 soit dans 6% des cas.

	pathologie n°1	pathologie n°2	pathologie n°3	effectifs totaux par classe
rhumato	35	17	12	64
neuropsy	6	13	11	30
ORL		3	2	5
allergo			4	4
infectiologie	1	2	1	4
gyneco			3	3
pédiatrie	1	1	1	3
cardiologie		2		2
Citations totales	83			

Fig 20 Pathologies les plus citées en effectifs par classe de pathologie et par choix de fréquence par le médecin.

2-3-36/ vous sentez vous plus ou moins stressé dans votre nouvelle activité ?

30 médecins ont répondu.

13 ont répondu moins stressés soit 43.3%. 1 a répondu plus stressé soit 3.3%. 16 ont répondu pas de changement soit 53.3%.

Sur ces 30 médecins, 22 utilisent leur MEP de manière partielle. Parmi eux, 6 se déclarent moins stressés soit 27.2% d'entre eux, 1 plus stressé, soit 4.5%, et 15 sans changement soit 68.18%

Et sur ces 30 médecins, 8 l'utilisent de manière exclusive, dont 7 se sentent moins stressés soit 87.5%, et un seul sans changement soit 12.5%

2-3-37/ Combien prenez vous de semaines de vacances par année, en moyenne ?

43 médecins ont répondu.

La moyenne est de 6.29 semaines par an, avec deux extrêmes, allant de 1 à 26 semaines par an. En éliminant ces deux extrêmes, on retrouve un panel de réponses allant de 2 à 11 semaines par ans, ce qui fait une moyenne de 5.9 semaines par an.

2-3-38/ Prenez vous plus ou moins de vacances en période péri scolaire ?

23 réponses. 17 déclarent ne pas avoir modifié la quantité de leurs vacances annuelles, soit 74%.

1 déclare prendre 3 semaines en moins, 3 prennent 2 semaines de plus, 1 prends 4 semaines de plus et 1 prends 8 semaines de plus.

2-3-39/ Combien de semaine de vacances prenez vous en plus ou en moins par rapport à avant ?

27 réponses.

3 déclarent en prendre moins. 3 déclarent en prendre plus. Et 21 idem, soit 77.7% d'entre eux.

2-3-40/Actuellement, prenez vous un remplaçant lors de vos vacances ?

40 réponses.

31 ne prennent aucun remplaçant, soit 77.5% d'entre eux, et donc 9 en prennent soit 22.5%.

On peut aussi sous-différencier les différents sous-totaux, en fonction du taux d'utilisation de la MEP (donc de manière exclusive ou de manière partielle) et en fonction du taux d'utilisation lors de l'installation initiale (MG exclusive, MG+MEP partielle, MG d'emblée de façon exclusive)

	installation = MG exclu	installation = MG+MEP	installation = MEP exclu
pas de remplaçant = 31	15 sur 31 soit 48,3%	4 sur 31 soit 12,5%	12 sur 31 soit 38,7%
Remplaçants = 9	6 sur 8 soit 75%	0	2 sur 8 soit 25%

Fig.21 Effectifs et taux en fonction du taux d'utilisation de la MEP lors de l'installation initiale des médecins

	remplaçants	pas de remplaçants	totaux
MEP partielle	9 sur 29 soit 31%	20 sur 29 soit 69%	29
MEP totale	0	11 soit 100%	11

Fig.22 Effectifs et taux en fonction du taux actuel d'utilisation de leur MEP par les médecins

	pas de remplaçants	remplaçants
MG exclu = 21	15 sur 21 soit 71,4%	6 sur 21 soit 28,6%
MG+MEP = 4	4 = 100%	0 = 0%
MEP exclu = 14	12 sur 14 = 85,7%	2 sur 14 soit 14,3%

Fig.23 Effectifs et taux de ceux qui prennent un remplaçant en fonction du mode initial d'installation.

Nous voyons que 31% des médecins utilisant leur MEP de manière partielle prennent un remplaçant lors de leurs vacances, et que 100% des médecins utilisant leur MEP de manière exclusive n'en prennent aucun.

De plus, 28.6% des médecins s'étant initialement installés en mode médecin générale exclusive prennent des remplaçants contre 14.3% de ceux qui utilisaient initialement leur MEP de manière exclusive et 0% pour ceux qui utilisaient initialement leur MEP de manière partielle.

Enfin, 75% des médecins qui prennent un remplaçant sont représentés par des médecins qui initialement étaient installés comme médecins généraliste exclusif (sans MEP).

2-3-41/pensez vous que votre vie actuelle est plus compatible avec votre vie de famille que celle que vous aviez en pratiquant la médecine générale exclusive ?

33 réponses.

Chaque médecin pouvait cocher oui, non, ou idem.

12 ont répondu oui soit 36.36% et 21 ont répondu idem soit 63.63%

. Sur ces 33 médecins, 23 utilisent leur MEP de manière partielle, et parmi eux, 4 ont répondu oui soit 17.4% et 19 ont répondu idem soit 82.6%.

. Sur ces 33 médecins, 10 utilisent leur MEP de manière exclusive, et parmi eux 8 ont répondu oui soit 80%, et 2 ont répondu idem soit 20%.

	oui	idem
MEP+MG=23	4 = 17,4%	19 = 82,6%
MEP exclu=10	8 = 80%	2 = 20%

Fig.24 Taux et effectifs des réponses oui ou idem en fonction du taux d'utilisation de leur MEP

### 2-3-42/ comment votre conjoint vit' il ou elle votre nouvelle situation ?

32 réponses à cette question.

Possibilité de répondre mieux, moins bien, idem ou pas d'idée.

7 médecins ont répondu pas d'idée soit 21.9%

12 ont répondu mieux soit 37.5%

13 ont répondu idem soit 40.6%

Parmi ces 32 médecins :

. 23 utilisent leur MEP de manière partielle ; parmi eux, 5 ont répondu pas d'idée soit 21.75%, 5 ont répondu mieux soit 21.75% et 13 ont répondu idem soit 56.5%

. 9 utilisent leur MEP de manière exclusive ; parmi eux, 2 ont répondu pas d'idée soit 22.22% et 7 ont répondu mieux soit 77.77%.

	pas d'idée	mieux	idem
MEP partielle = 23	5 sur 23 = 21,75%	5 sur 23 = 21,75 %	13 sur 23 = 56,5%
MEP exclusive = 9	2 sur 9 = 22,22%	7 sur 9 = 77,77%	

Fig.25 Effectifs et taux des réponses selon le mode d'exercice

### 2-3-43/ Envisagez vous d'abandonner votre MEP pour aller vers un exercice de médecine générale allopathique exclusive ?

40 médecins ont répondu. Possibilité de répondre non, oui, pas d'avis.

37 ont répondu non, soit 92.5%

2 ont répondu peut être soit 5% et 1 a répondu pas d'avis.

## 2-4/ Discussion sur l'étude

### 2-4-1/ Les biais :

#### 2-4-1-1/ le mode de recrutement des médecins :

Comme nous l'avons vu, il est déjà difficile d'obtenir les chiffres exacts de la population médicale en France pour la médecine générale dont l'exercice fait l'objet d'une déclaration obligatoire, et c'est encore plus difficile pour une MEP, dont l'activité n'est pas forcément déclarée de manière officielle, même si le diplôme légal a été obtenu.

Un mode a été choisi, celui de recruter les médecins par le biais du site du conseil national du conseil de l'ordre. Il est donc certain que certains médecins n'ont pas été inclus alors qu'ils auraient dû l'être. Mais par ce moyen, le recrutement est homogène, car il a été le même pour tous les médecins de chacune des deux MEP.

Dans les retours du questionnaire, j'ai reçu une seule réponse de la part d'un médecin qui à utilisé dans le passé une MEP, qu'il n'utilise plus à présent, et qui est pourtant encore répertorié comme la proposant sur les listes du conseil de l'ordre national.....10 ans après.

Mon étude n'est pas représentative de tous les praticiens en ce qui concerne l'ostéopathie, puisque ont été inclus les médecins titulaires d'un diplôme universitaire. Tous les ostéopathes autorisés à exercer en tant que tels, titulaires d'un diplôme d'une école privée agréée par l'Etat ne sont pas inclus. Mais mon étude ne s'intéresse pas qu'à un aspect descriptif d'une profession. Elle s'intéresse aussi à l'évolution d'une pratique dans l'activité d'un médecin généraliste.

#### 2-4-2-2/ l'élaboration du questionnaire :

Nous avons vu que plusieurs questions ont été éliminée de l'étude par défaut de réponse.

Le questionnaire a été élaboré en collaboration avec le département de médecine générale de la faculté. Il a été modifié lecture près relecture, mais n'a pas été soumis à un panel de médecins représentatifs de la cible de mon étude. Cela aurait permettre de modifier certaines questions qui paraissaient évidentes, et qui en fait ne l'étaient pas. En particulier, le fait qu'aucun médecin n'ai mentionné sa MEP, retirant du coup un aspect intéressant de l'étude.

#### 2-4-2-3/ choix des questions :

Cette thèse a pour principal intéressé moi-même, l'utilisant pour essayer de répondre à des questions que je me posais. Certaines questions ont un aspect purement subjectif, entraînant une réponse subjective. Le choix étant laissé au médecin (par exemple pour la question sur le stress ; réponse subjective sans échelle de mesure quantifiable).

#### d/ la méthodologie de recueil des données :

J'ai moi-même dépouillé les questionnaires et effectué le recueil des données. J'ai effectué plusieurs vérifications. Je n'ai pas utilisé les services d'établissements spécialisés pour cela.

### 2-4-2/ Discussion :

#### 2-4-2-1/ féminisation

Nous avons vu que le taux de féminisation des médecins de mon étude est de 28.2% et de 71.8% pour les hommes.

Dans sa thèse sur les conditions de travail des médecins à exercice particulier en Bretagne de 2006, Mme Cadiou- Combet Christelle [34] retrouvait un taux masculin de 73.8% et 26% de femmes. Les résultats de ces deux études sont donc proche

Le premier point est la grosse différence entre le taux de féminisation de ces deux MEP.

Les chiffres utilisés pour cette conclusion sont ceux qui sont sortis lors de la sélection des médecins, avec les listes du conseil de l'ordre.

. En effet, pour l'acupuncture, les femmes sont 30 et 37 pour les hommes soit un taux de 44.8% de femmes et 55.2% d'hommes. En comparaison, un rapport DRESS [33] de janvier 2001 sur la population médicale de généralistes en France, dont les médecins acupuncteurs, relevait un taux de féminisation chez les généralistes acupuncteurs de 31.3%. Il semblerait donc que soit la région Limousin-Poitou-Charente, soit présente un taux de féminisation chez les acupuncteurs plus important qu'ailleurs, soit que depuis 2001, le taux de féminisation a augmenté. D'autres études permettraient de préciser l'origine de cette différence.

En ce qui concerne l'ostéopathie, le nombre d'hommes est de 47 contre 3 pour les femmes, correspondant à un taux 94% d'hommes et 6% de femmes.

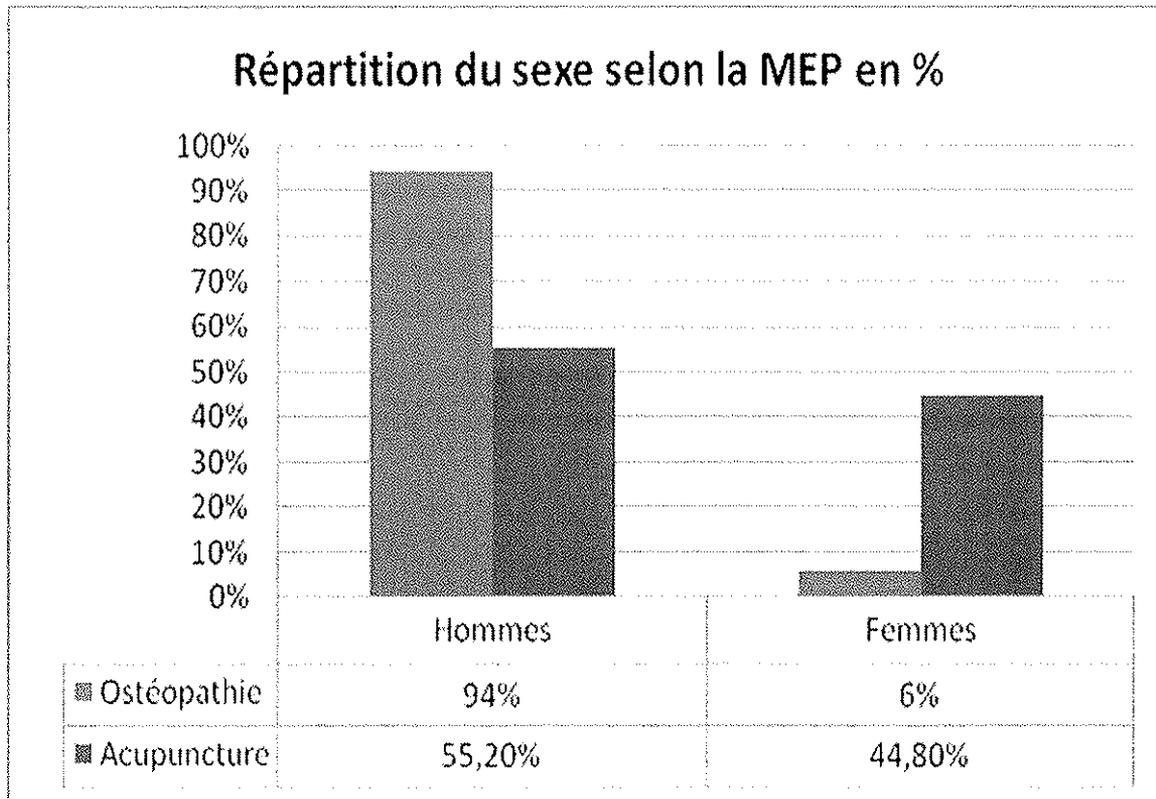


Fig.26 Taux de féminisation selon la MEP

Le questionnaire ne comportait pas de question relative au choix spécifique pour telle ou telle MEP en particulier, mais il semble assez évident qu'entre l'acupuncture et l'ostéopathie, la question de la taille et de la force physique qui sont nécessaires à la pratique aisée de l'ostéopathie joue un rôle important dans cette répartition entre sexe très inégale.

#### 2-4-2-2/ l'âge

Nous avons vu que la moyenne d'âge est de 50.9 ans, dont 49 ans pour les femmes et 59 ans pour les hommes.

Ces données sont en rapport avec celles fournies par le CNOM au 1<sup>er</sup> janvier 2007 qui montre un âge 51 ans pour les hommes et 46 ans pour les femmes.

#### 2-4-2-3/ situation familiale

83.3% des médecins de mon étude sont mariés.

Par comparaison avec une étude de l'ORS sur la démographie médicale des généralistes en Limousin en janvier 2008 qui retrouvait 79 % de médecins mariés, ce qui est statistiquement semblable.

#### 2-4-2-4/ Secteur géographique d'installation

Nous avons vu que dans mon étude, 20.4% des médecins proposant une MEP sont installées en zone rurale, 28.9% en zone semi rurale et 51% en zone urbaine.

Les moyennes des zones sont de 1412 habitants pour les zones rurales, 7369 pour les zones semi-rurales, et 79763 pour les zones rurales.

En comparaison, un rapport DRESS [33] du 1<sup>er</sup> janvier 2001 sur la population de généraliste en France, retrouve 13.4 % de médecins en zone rurale, 11.5% de médecins en zone urbaine inférieure à 10000, et 75% des autres médecins répartis dans des agglomération de plus grande importance.

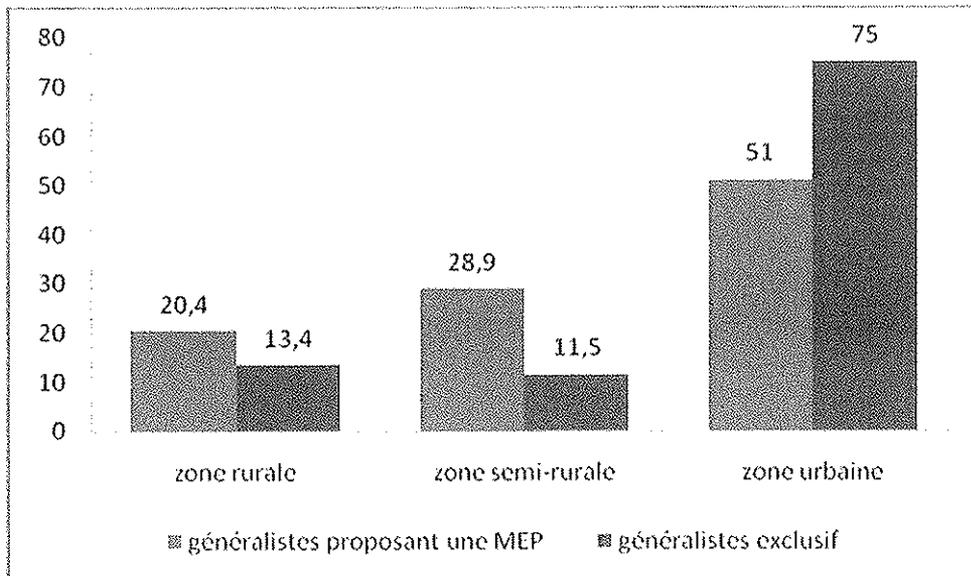


Fig.27 Comparaison des répartitions par zone géographique entre les généralistes exclusifs et ceux qui proposent une des deux MEP étudiées.

Même si la question de la classification du territoire en zones d'urbanisation est une question qui peut prêter à discussions car à chaque fois, des critères différents pour classer les secteurs en zones sont choisis, il semble assez évident, au travers de mon étude, que les médecins utilisant une MEP s'installent préférentiellement en zone rurale et semi-rurale que les généralistes, ce qui est un résultat inattendu.

#### 2-4-2-5/ installation seul ou en groupe

La moyenne d'âge des médecins installés seuls est de 52 ans et celle des médecins installés en groupe est de 50 ans, ce qui est statistiquement semblable.

De plus, le taux de féminisation est de 36% pour la partie des médecins installés seuls, et de 34% pour la partie de ceux installés en groupe, ce qui est aussi statistiquement semblable.

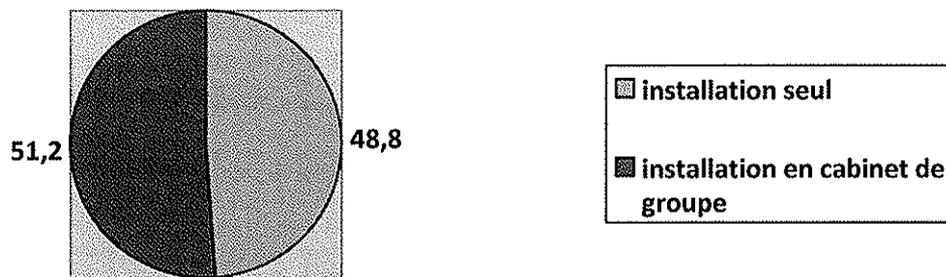


Fig.29 Répartition des médecins en fonction d'une installation seule ou bien groupée

Nous pouvons citer ici encore des résultats du rapport de l'ORS sur la démographie médicale des médecins généralistes en Limousin de janvier 2008 qui retrouvait un taux d'installation en cabinet seul de 48,4%. Ce résultat est donc quasiment identique à celui retrouvé dans mon étude (48.8% de médecins installés seuls). Nous pouvons dire que le fait d'utiliser une MEP qui soit l'acupuncture ou l'ostéopathie n'entraîne aucune modification du mode d'installation seul/groupe.

#### Nombre de médecins généralistes libéraux exerçant dans le cabinet -%- (n = 577)

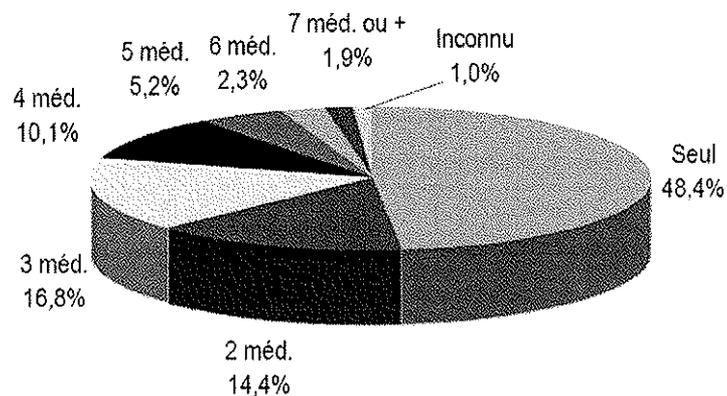


Fig.30 Taux d'installation selon le mode seul ou en cabinet de groupe, étude ORS, janvier 2008

De plus, dans ce même rapport de l'ORS, il est reporté que le mode d'installation seul/groupe est âge dépendant, avec un taux d'installation des médecins de 50 ans et plus de l'ordre de 55% en cabinet seuls.

Dans mon étude, les médecins de plus de 50 ans sont au nombre de 28, dont 16 installés seuls, ce qui fait un taux de 57.1% des médecins de plus de 50 ans installés seuls. Ces résultats sont donc en corrélation avec ceux trouvés par le rapport ORS 2008.

#### 2-4-2-6/ utilisation de la MEP de manière exclusive ou associée à la médecine générale :

68.9 % des médecins répondants utilisent donc leur MEP de manière partielle, associée à une activité de médecine générale classique et 31.3% l'utilisent de manière exclusive. Et nous avons aussi vu que le taux de féminisation est plus important en mode MEP exclusive puisqu'il passe d'un taux de 32.25% à un taux de 42.85%. Mais en effectuant un test de chi<sup>2</sup> sur le mode d'utilisation en fonction du sexe, il ne ressort pas de différence statistiquement significative.

A titre de comparaison, dans sa thèse de 2006 sur l'exercice des généralistes utilisant une MEP, p 28 [34], Mme Cadiout-Combot retrouvait un taux de médecin utilisant leur MEP de manière exclusive de 38.2%

La différenciation de ces deux population s'est avérée intéressante comme nous le verrons un peu plus loin, car elle permet de mettre en avant le fait qu'il s'agit de deux populations différentes, sur bien des points, et ce sera une des pierres angulaires de ma discussion par la suite, et l'un des résultats les plus intéressants qui en ressortent.

#### 2-4-2-7/ Taux d'utilisation d'une MEP lors de l'installation initiale :

Nous avons vu que dans notre étude, il y a 50% des médecins qui lors du début de leur installation n'utilisaient pas de MEP, 11.3% qui l'utilisaient de manière partielle, et 39.7% qui l'ont d'emblée utilisé de manière exclusive.

Le taux de féminisation des médecins qui ont utilisés en premier la médecine générale sans MEP est de 27.27%, de 60% pour les médecins qui ont d'emblée proposé aux patients médecine générale ou une MEP, et de 35.29 % pour ceux qui ont d'emblée utilisé leur MEP de manière exclusive.

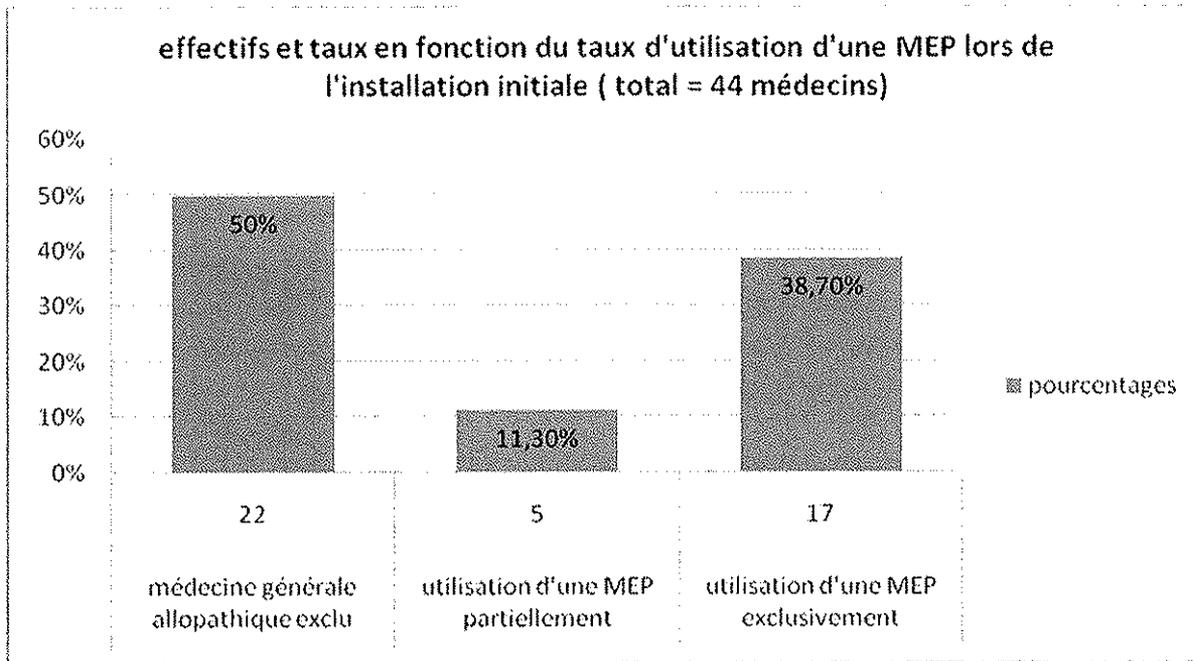


Fig.31

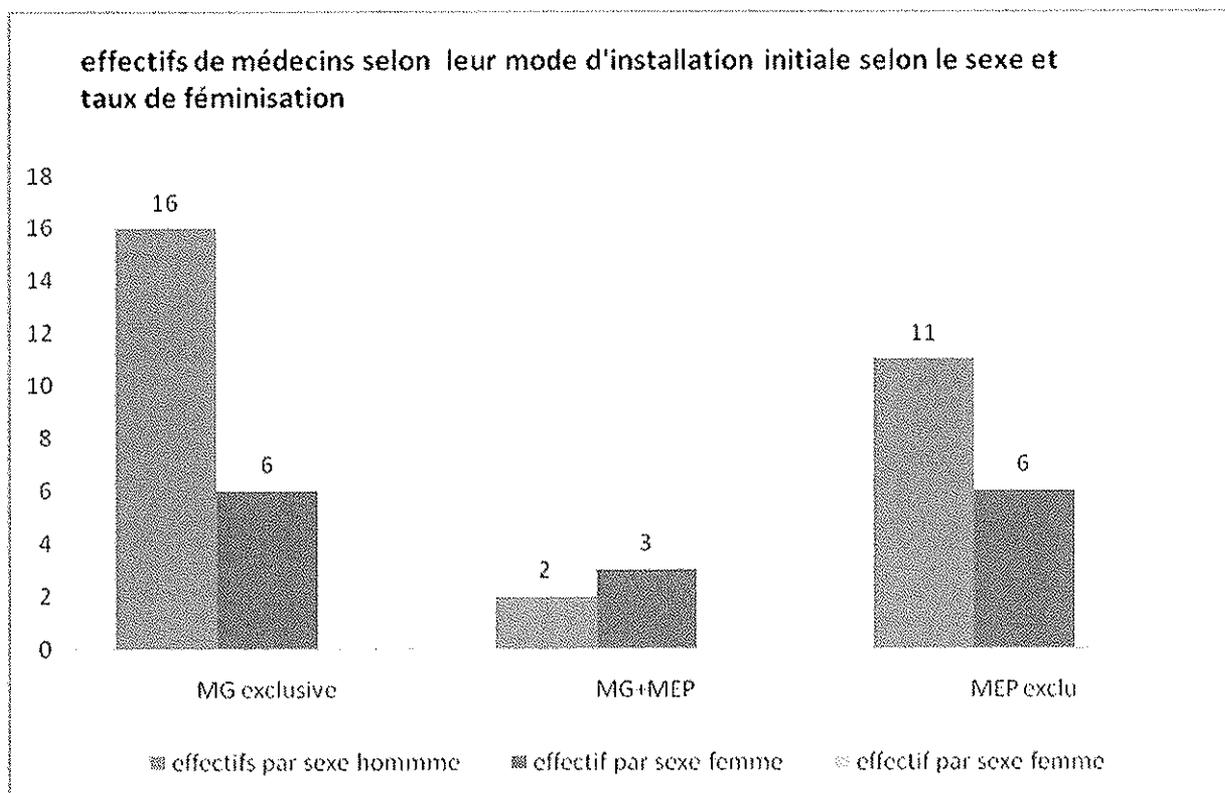


Fig.32

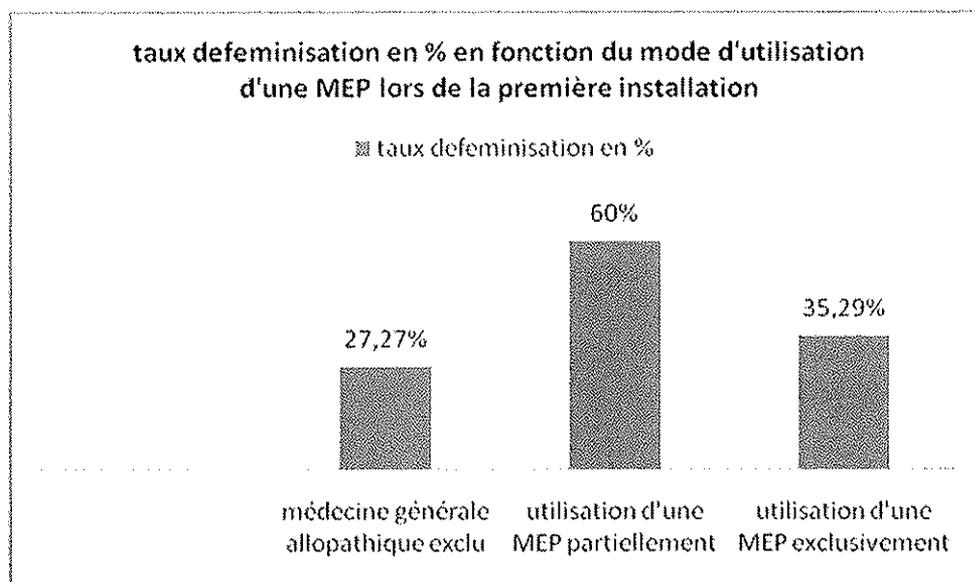


Fig.33

Nous pouvons comparer le taux d'utilisation d'une MEP lors de l'installation initiale avec le taux d'utilisation de leur MEP actuellement

Cette comparaison est intéressante car en appliquant un test non paramétrique de type Mann et Whitney comparant le mode d'utilisation initial et actuel selon le sexe, on retrouve une relation montrant que le fait d'être une femme entraîne une plus grande fréquence d'installation évoluant vers une activité utilisant une MEP de manière exclusive ( $p=0.5775$ ), [annexe 11] statistiquement presque significative. Une plus grande série serait utile pour confirmer ou infirmer cette tendance.

#### 2-4-2-8/ Durée de transition lors du passage d'une activité de généraliste exclusive vers une activité utilisant une MEP :

Nous avons vu que la moyenne était de 6ans et 5 mois.

Mais on peut s'intéresser à la durée en fonction du sexe.

La moyenne des hommes est de 7 ans et 6 mois et elle est de 3 ans et 3 mois pour les femmes.

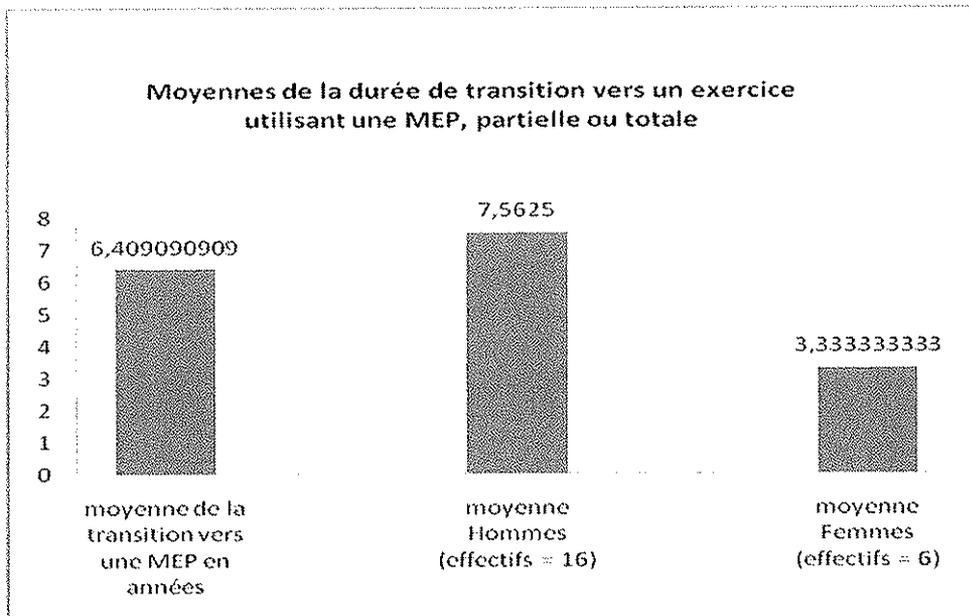


Fig.34

En appliquant un test non paramétrique de type Mann et withney, une donnée ressort très nettement : les femmes ont eu une durée de transition statistiquement plus courte que les hommes ( $p=0.090$ ) [annexe 12].

Cette donnée statistiquement significative s'intègre dans un ensemble de plusieurs résultats spécifiques rattachés au sexe féminin que nous verrons plus loin.

#### 2-4-2-9/ les motivations

Nous avons vu que une donnée ressort très nettement du questionnaire : les médecins sont allés vers une MEP pour plusieurs raisons dont la principale est de trouver une alternative aux traitements allopathiques usuels, consensuels, qu'ils jugent parfois pas assez ou plus assez efficaces, ou entraînant des effets secondaires nous empêchant de continuer à les utiliser. Cette raison est retrouvée chez 85% des médecins répondants.

J'ai décidé de relever ce point car c'est la raison qui m'a personnellement fait m'intéresser à ces deux MEP que sont l'ostéopathie et l'acupuncture.

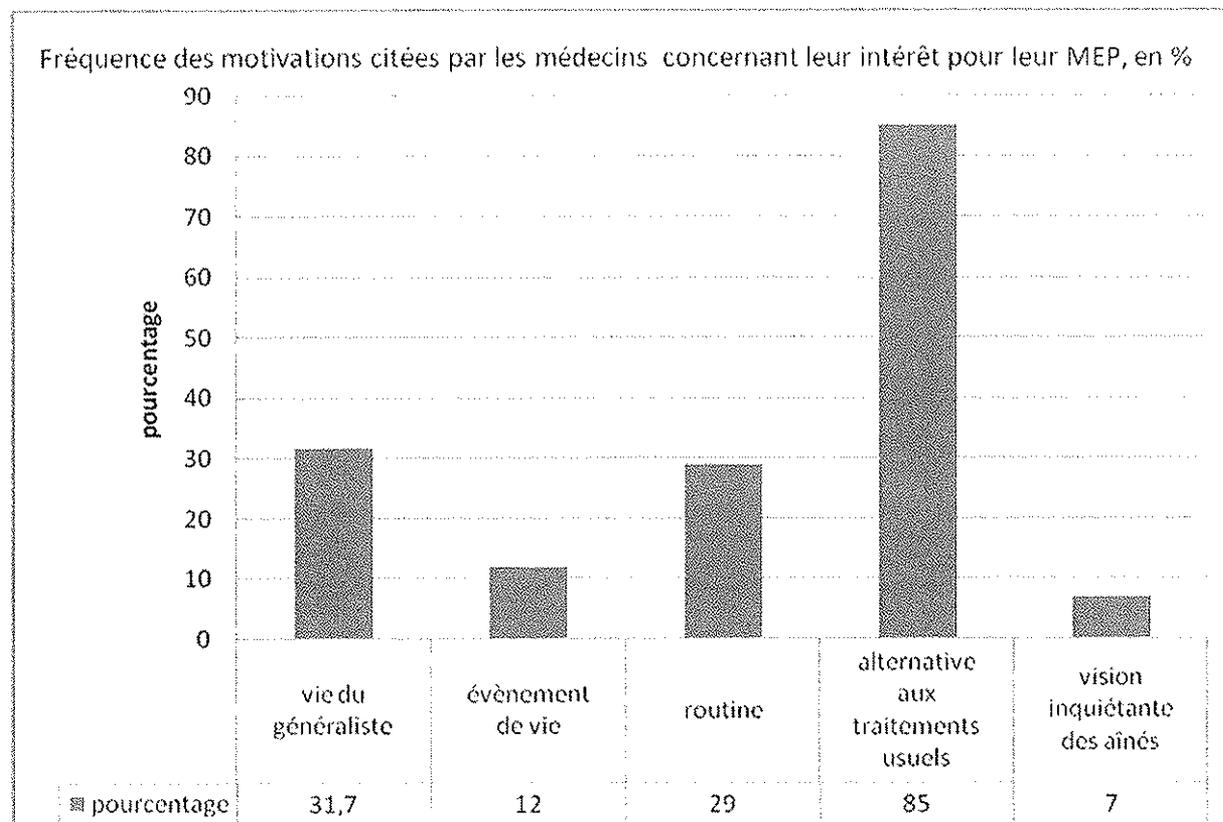


Fig.35

#### 2-4-2-10/ perte de patientèle

Nous avons vu que la perte de patientèle affectait 63.2% des médecins. Que 92.8% des médecins n'ayant pas eu de perte utilisent leur MEP de manière partielle et 7.2% de manière exclusive, et que 62.5% des médecins qui ont eu une perte utilisent leur MEP de manière exclusive contre 37.5 de manière exclusive.

Nous avons aussi calculé que 81.25% des médecins utilisant leur MEP de manière partielle n'ont pas présenté de perte de patientèle, et que 83.3% des médecins utilisant leur MEP de manière exclusive ont perdu une partie de leur patientèle.

Il semble donc que pour un médecin, évoluer vers une activité de médecine générale associée à une MEP entraîne moins de perte de patients que si il évoluait vers une pratique à MEP exclusive.

Bien évidemment, l'effet ON/OFF n'est pas ce que nous venons de décrire. Il faudrait faire des études complémentaires pour savoir si il y a une corrélation entre taux d'utilisation de la MEP en pourcentage de l'activité de du généraliste, depuis un taux très faible, se rapprochant d'une médecine générale exclusive, vers un taux de plus en plus haut, se rapprochant à l'opposé d'une pratique de MEP exclusive.

#### 2-4-2-11/ changement du secteur géographique lors du passage vers une activité utilisant une MEP

82 % des médecins n'ont pas changé de secteur géographique.

Sur ceux qui n'ont pas changé de secteur géographique, 88.88% (16 médecins) sont des médecins utilisant leur MEP de manière partielle, et 11.11% (2) des médecins l'utilisant de manière exclusive.

Sur ceux qui ont changé de secteur géographique, 100% ( 4 médecins) utilisent actuellement leur MEP de manière exclusive.

Il semble que le fait d'évoluer vers une MEP utilisée de manière exclusive entraîne une plus grande fréquence de changement associé de secteur géographique. Peut être que le fait d'évoluer vers une pratique qui s'éloigne de plus en plus de celle d'un généraliste classique s'intègre dans une démarche globale de changement de style de vie, d'activité, de patientèle, de responsabilités, de garde, d'horaires de travail etc.

Mais les médecins ayant changé de secteur géographique sont, dans mon étude, trop peu nombreux pour avoir des chiffres statistiquement fiables. De plus, il serait nécessaire de poser des questions supplémentaires quand à la raison du déménagement, qui peut ne pas être liée à la modification de l'activité du médecin.

#### 2-4-2-12/ Tarifs minimum et maximum des consultations de MEP

Nous avons vu que la moyenne minimale était de 31.6 euros et de 41.7 euros maximum.

Que la moyenne du prix minimum des consultations est de 27.5 euros pour le groupe MEP partielle et de 35.4 euros pour le groupe MEP exclu. La moyenne maximum du prix des consultations est de 35.3 euros pour le groupe MEP partielle, et de 48.2 euros pour le groupe MEP exclusive.

Il ressort de ces chiffres une différence statistiquement significative dans le prix moyen maximum demandé par les médecins utilisant leur MEP de manière exclusive . En établissant une comparaison de moyennes de type ANNOVA, il ressort que le fait d'utiliser une MEP de manière exclusive est en corrélation avec un prix de consultation maximum plus élevé (  $p=0.0133$ ) [annexe 13]

#### 2-4-2-13/ nombre de consultations quotidienne

La moyenne était donc de 18 consultations par jour, avec des différences entre les deux groupes formés par le taux d'utilisation de leur MEP.

Ceux qui l'utilisent de manière partielle ont une moyenne de 20.6 consultations par jour, et ceux qui l'utilisent de manière exclusive, ont une moyenne de 13 consultations par jour.

Il semble donc que les médecins qui utilisent leur MEP de manière partielle aient plus de consultations quotidiennes que ceux qui l'utilisent de manière exclusive.

Mais dans le questionnaire, il n'a pas été demandé de différencier, pour les médecins utilisant une MEP de manière partielle, les consultations de médecine générale des consultations spécifiques pour leur MEP.

Il n'a pas été possible d'établir de lien entre la modification des revenus selon le taux d'utilisation de leur MEP et le nombre de consultations selon le taux d'utilisation de leur MEP.

#### 2-4-2-14/ Les gardes de nuit et weekend

Nous avons vu que 83 % des médecins interrogés ont déjà assuré de gardes de médecine générale et que actuellement, 52.6% de médecins disent ne plus en prendre (et donc 47.4% en prennent encore), que 94.5 % des médecins qui assurent des gardes actuellement sont des généralistes à MEP partielle.

.Premièrement dans thèse de 2006 [34] Mme Cadiout-Combot retrouvait un taux de médecins assurant les gardes de 58.9%. Sa thèse examinait des médecins à exercice particulier en Bretagne, sans distinction vis-à-vis de la MEP pratiquée. Nous voyons qu'ici, le taux de médecins assurant des gardes de ville actuellement est plus bas, ce qui est certainement le fait que les médecins pratiquant ces deux MEP assurent moins de gardes que certaines autres MEP étudiées dans l'étude de Mme Cadiout-Combot (phlébologie, allergologie, homéopathie etc.)

.Deuxièmement dans la part des médecins qui ont déjà assuré des gardes de ville, 44 % d'entre eux à présent n'en assurent plus. La moyenne d'âge est la même que les autres, donc cet abandon n'est pas lié à un âge plus élevé, pouvant justifier d'une dispense de gardes.

Il n'a pas été possible d'établir un lien quelconque statistiquement significatif pouvant expliquer ce taux d'abandon. Il serait utile de comparer ces chiffres à ceux d'une population de généralistes exclusifs et de voir si dans cette population aussi, les médecins abandonnent peu à peu les gardes.

.Troisièmement un test de Mann-Whitney pour comparer le taux de médecins qui assurent des gardes actuellement selon les deux groupes formés par le taux d'utilisation de leur MEP, montre de façon significative ( $p=0.052$ ) que le fait d'utiliser une MEP de manière exclusive est corrélé avec un faible taux de gardes.

Nous pouvons donc dire que le fait d'avoir déjà assuré des gardes de ville et d'avoir évolué vers une pratique utilisant une MEP entraîne une moindre participation du médecin au système de gardes, surtout si celui-ci se tourne vers l'acupuncture ou l'ostéopathie, et en particulier si il désire l'utiliser de manière exclusive.

#### 2-4-2-15/durée moyenne d'une consultation de MEP et de MG

La durée moyenne d'une consultation de MEP des médecins répondants est de 34.3 minutes, et celle d'une consultation de médecine générale si elle existe encore est de 18.6 minutes.

Et nous avons vu que la durée moyenne d'une consultation de médecine générale pour les femmes est de 22.5min, et de 17.2min pour les hommes. Une durée moyenne de consultation de MEP est de 41 min pour les femmes et de 30.9min pour les hommes.

Il existe une différence statistiquement significative entre les deux sexes dans la durée d'une consultation de MEP ( $p=0.090$ ) [annexe 14]. En ce qui concerne la durée d'une consultation de MG il n'y a pas de différence ( $p=0.0710$ )[annexe 15]

De plus il existe une différence statistiquement significative [annexe 16] entre la durée d'une consultation de MEP selon le taux d'utilisation de la MEP ( $p=0.295$ ) ; la durée est de 31.4 min chez les médecins utilisant leur MEP en association à la médecine générale, et de 39.5 min pour ceux qui l'utilisent exclusivement.

Nous pouvons dire que les femmes ont des durées de consultation de MEP plus longues que les hommes, et que les médecins qui utilisent exclusivement leur MEP prennent plus de temps par consultation que ceux qui l'utilisent de manière partielle.

#### 2-4-2-16/ Votre nouveau mode d'exercice est-il au final, en accord avec les motivations qui vous y ont fait vous y intéresser ?

1 seul médecin a répondu non, tous les autres ont répondu soit partiellement (à 33.3%) soit oui (à 63.3%).

Nous pouvons dire que les médecins sont au final satisfaits par la pratique de leur MEP, et qu'ils y ont trouvé ce qu'ils recherchaient.

### 2-4-2-17/ modification de la patientèle, et pathologies rencontrées

Nous avons vu que le fait d'utiliser une MEP entraîne dans 78.5% des cas une modification de la patientèle. Les deux modifications les plus largement citées sont une modification dans l'âge des patients qui rajeunissent, sans notion de quantité, et une modification des pathologies rencontrées.

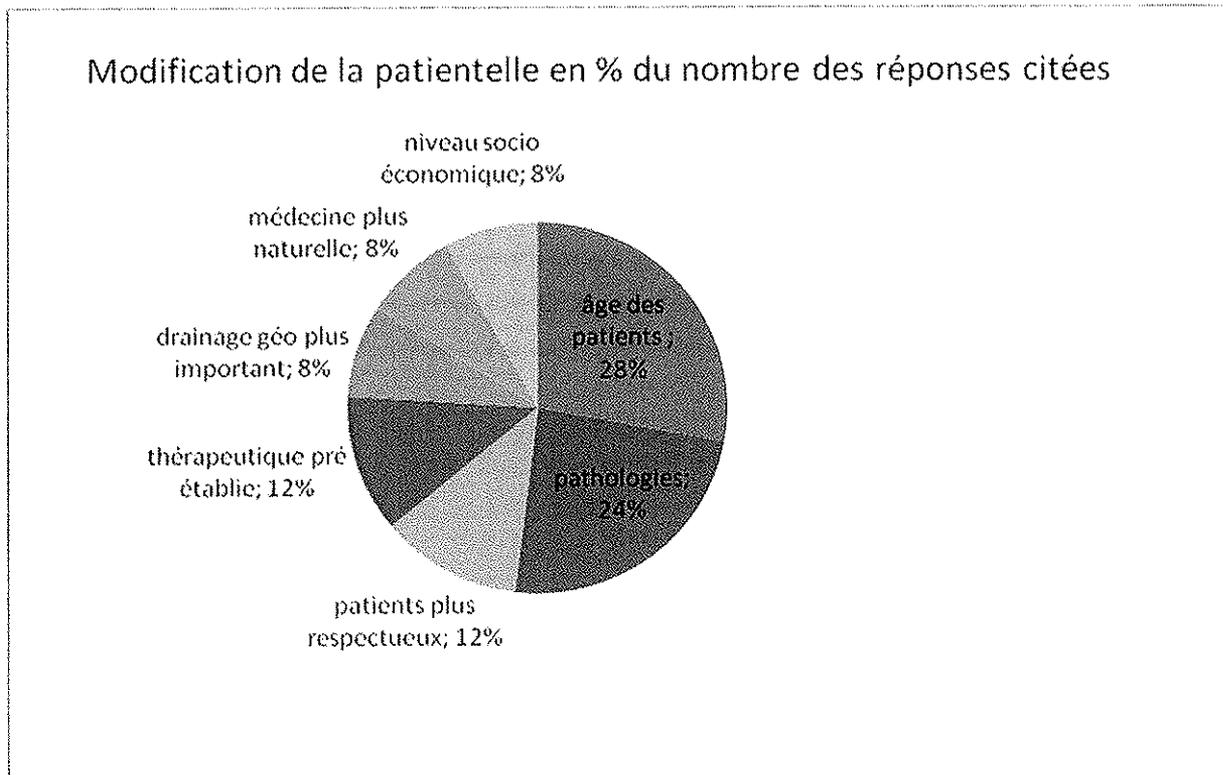


Fig.36

Les pathologies qui changent sont donc une des grosses modifications de la patientèle, et les principales pathologies rencontrées sont largement sureprésentées par des pathologies rhumatologiques (citées 64 fois) et neuropsychiatriques (citées 30 fois).

Les autres classes reportées comme les pathologies ORL, infectieuses, gynécologiques pédiatriques et cardiologies ont chacune été citées 5 fois au maximum.

### 2-4-2-18/ la question du stress

La question a été posée, et 33 médecins ont répondu. 53.3% ne déclarent aucun changement, 43.3% se sentent moins stressés, et 3.3% plus stressés.

En différenciant par taux d'utilisation de la MEP, soit utilisation de la MEP exclusivement, ou MEP et médecine générale allopathique, on met en évidence que ceux qui utilisent leur

MEP de manière partielle se sentent moins stressés à hauteur de 27.2%, et que ceux qui l'utilisent exclusivement se sentent moins stressés à hauteur de 87.5%.

Il existe entre ces deux groupes une différence statistiquement significative ( $p=0.0129$ ) [annexe 17] montrant que le fait d'utiliser leur MEP de manière exclusive, sans utiliser la médecine générale implique une diminution du stress chez ces médecins.

On peut donc dire que pour un médecin généraliste, pratiquer une MEP de manière exclusive diminue le stress.

#### 2-4-2-19/ la question du remplaçant

77.5 % des médecins ayant répondu à cette question déclarent ne pas prendre de remplaçant.

Les médecins utilisant leur MEP de manière totale sont 100% à ne pas prendre de remplaçant.

Pour ceux l'utilisant de manière partielle, ils sont 33.1% à prendre un remplaçant et 69% à ne pas en prendre.

De plus, les médecins s'étant initialement installés en mode médecine générale exclusive sont 28% à prendre un remplaçant, ceux s'étant initialement installés en mode mixte sont 0% à prendre un remplaçant, et ceux qui se sont initialement installés en utilisant exclusivement leur MEP sont 14.3% à prendre un remplaçant.

Ensuite, 75% des médecins qui prennent actuellement un remplaçant sont représentés par des médecins qui initialement se sont installés comme généralistes exclusifs.

Il existe une relation statistiquement significative (test de corrélation de Spearman avec  $p=0.023$  et coefficient Rho de 63.5%) [Annexe 18] montrant que le fait d'avoir utilisé lors de l'installation initiale la médecine générale exclusive entraîne une plus forte tendance à prendre par la suite un remplaçant lors d'une activité utilisant une MEP.

On peut donc dire que les médecins qui ont pratiqué la médecine générale ont plus tendance à prendre un remplaçant lorsqu'ils passent à une activité de MEP.

#### 2-4-2-20/ la question de la vie privée et du conjoint

Nous avons vu que 63.63% des médecins répondus déclarent que le fait d'être passé d'une activité de médecine générale vers une activité utilisant une MEP n'a pas modifié la compatibilité de leur travail avec leur vie privée.

Et 36.36% ont répondu que cela a amélioré cette compatibilité.

En différenciant les réponses en fonction du taux d'utilisation, nous avons vu que ceux qui utilisent leur MEP de manière partielle ont vu une amélioration de cette compatibilité chez 17.4% d'entre eux, et aucun changement chez 82.6% d'entre eux.

Et en ce qui concerne ceux qui utilisent leur MEP de manière exclusive, 80% d'entre eux déclarent avoir eu une amélioration et 20% pas d'amélioration ( mais pas de dégradation)

Il existe une relation statistiquement significative ( $p=0.048$ ) [annexe 19], entre le fait d'utiliser sa MEP de manière exclusive et d'avoir une activité professionnelle plus compatible avec sa vie privée.

Et en ce qui concerne la manière dont le conjoint vit la nouvelle situation, 40.6% des médecins pensent que le conjoint vit la situation de manière identique à avant, 37.5% pensent qu'il (elle) la vit mieux, et 21.9% n'en ont aucune idée.

En différenciant les chiffres en fonction du taux d'utilisation :

	pas d'idée	mieux	idem
MEP partielle = 23	5 sur 23 = 21,75%	5 sur 23 = 21,75 %	13 sur 23 = 56,5%
MEP exclusive = 9	2 sur 9 = 22,22%	7 sur 9 = 77,77%	

Fig.37 Effectifs et taux des réponses selon le mode d'exercice

Il existe là aussi une différence statistiquement significative entre les deux modes d'exercice ( $p=0.048$ ) [annexe 20], montrant que les médecins utilisant leur MEP de manière exclusive ont un (une) conjoint vivant leur situation professionnelle mieux qu'avant.

On peut donc dire, que le fait d'utiliser une MEP de manière exclusive permet au médecin de mieux adapter son activité professionnelle à sa vie privée, et permet au conjoint de mieux vivre la situation que si il utilisait sa MEP associée à la médecine générale classique.

#### 2-4-2-21/ Alors, abandon ?

Réponse sans équivoque, 92.5% des médecins répondants ne souhaitent pas abandonner leur activité utilisant une MEP pour aller ou retourner vers la médecine générale classique.

### 2-4-3/ Conclusion

Il est dommage que le questionnaire n'ai pas permis de différencier les acupuncteurs des ostéopathes. Mais il est ressorti de l'étude des points intéressants, mettant en évidence deux grands types de population : une selon le sexe, et surtout une selon le mode d'utilisation de la MEP, exclusive ou partielle, révélant en fait deux modes de vie différents.

La question a été posée et la réponse donnée : la principale raison de s'être tourné vers une de ces deux MEP, c'est de trouver une alternative aux traitements allopathiques. Mais derrière cette question brute, simple, se sont profilées peu à peu, en arrière plan, plusieurs autres raisons, qui définissent et différencient deux populations.

Tout d'abord, en évoluant vers une MEP, le médecin trouve donc une alternative aux traitements usuels, augmentant ainsi son arsenal thérapeutique. Mais utiliser une MEP implique plusieurs caractéristiques et plusieurs modifications, statistiquement significatives, et surtout si la MEP est utilisée de manière exclusive :

- .le taux de féminisation est plus important en Limousin-Poitou-Charentes que ceux retrouvés dans d'autres régions, et le fait d'être une femme entraîne une plus grande fréquence d'évolution vers une activité utilisant une MEP, avec des durées de transition entre l'ancienne et la nouvelle pratique plus courtes que chez les hommes dans le même cas.

- . les médecins généralistes utilisant une MEP en Limousin-Poitou-Charentes s'installent moins en zone urbaine que leurs collègues généralistes exclusifs, et préfèrent les zones rurales et semi-rurales. Ils s'installent en groupe ou seul avec la même répartition que leurs collègues généralistes. Et tout comme eux, le fait de s'installer en groupe est âge dépendant.

Evoluer d'une activité de généraliste pur vers une activité utilisant une MEP entraîne plusieurs choses, avec des différences en fonction du mode d'utilisation de la MEP :

- . dans 62.5% des cas, il y a une perte de clientèle, avec de grosses différences ; en évoluant vers une activité utilisant sa MEP de manière exclusive, il y a 62.5 chances sur 100 de perdre une partie de sa clientèle, alors qu'en évoluant vers une activité à MEP partielle, il a 81 chances sur 100 de ne pas noter de perte de clientèle.

- . évoluer vers une MEP exclusive s'associerait plus souvent à un changement de secteur géographique.
- . les modifications de patientèle les plus signalées sont une modification de l'âge des patients ainsi que celle des pathologies. Et les pathologies les plus fréquemment retrouvées sont les pathologies rhumatologiques et neuropsychiatriques.
- . utiliser sa MEP de manière exclusive est corrélé avec un taux de stress plus bas, est plus compatible avec sa vie privée et fait que le conjoint vive mieux la situation que lorsque le conjoint était généraliste exclusif.
- . durant leur nouvelle pratique, les médecins qui utilisent leur MEP de manière exclusive ont des prix de consultation maximum plus élevés que ceux qui l'utilisent de manière partielle. De même, ils ont moins de consultations par jour (13 en moyenne) que leurs collègues ayant gardé une activité de généraliste allopathique (20 par jour).
- . en ce qui concerne les gardes, encore une fois ceux qui n'exercent que leur MEP sont moins impliqués dans le système de gardes. Et le fait d'avoir été un jour généraliste classique fait qu'un médecin qui évolue vers une MEP a tendance à plus prendre de remplaçant que ses collègues utilisant leur MEP exclusivement.

La durée de consultation moyenne est de 34min pour une MEP et de 18min pour une consultation de MG (d'un médecin utilisant une MEP de manière partielle).

- . le fait d'être une femme fait qu'une consultation de MEP est plus longue, comparée à celles des hommes
- . le fait d'utiliser sa MEP de manière exclusive fait que la durée d'une consultation de MEP est plus longue (39.5min) que celles proposée par un médecin utilisant sa MEP de manière partielle (31.4min)

Ainsi, utiliser une MEP, surtout de manière exclusive, est une véritable alternative à la médecine générale, avec une possibilité thérapeutique élargie, un style de vie moins stressant, pour soi et son conjoint, des tarifs maximum de consultation pour la MEP plus élevés et des revenus conservés, des durées de consultation allongées avec un nombre quotidien abaissé, et une patientèle qui se modifie, en terme d'âge et de pathologies, influençant forcément sur la routine. Les médecins abandonnent les gardes, se soucient moins de chercher et de trouver un remplaçant.....et plus de 92% d'entre eux n'envisagent pas d'abandonner leur MEP pour retourner vers la médecine générale.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Allen J, Heyrman J, Gay B, et al. *La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille*. WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners). Document disponible sur : <http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf> (page consulté le 10 juillet 2009)
- [2] ONDPS (observatoire national de la démographie des professions de santé), *La médecine générale , le rapport 2006-2007,2008*, Tome 1, p 13
- [3] Union Régionale Des Médecins Libéraux Ile de France, *Voyage au centre de vos pratiques*, 19 juin 2008, 17p
- [4] Organisation Régionale de la Santé du Limousin, *La médecine générale en Limousin ; aspects démographiques, caractéristiques de l'activité, évolution, projets professionnels et projections. Enquête auprès des médecins en exercice*. Janvier 2008, rapport n°190, p22
- [5] Direction de la Recherche des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques, *les médecins omnipraticiens au 1<sup>er</sup> janvier 2000*, janvier 2000, n°99, p 1
- [6] Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003*, 2003, Editions INPES, collection baromètres santé, catalogue 793, p34
- [7] Direction de la Recherche des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques, *l'exercice de la médecine générale libérale ; premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises*, novembre 2007, n°610, p2
- [8] Caisse Nationale e l'Assurance Maladie, *Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2006*, décembre 2008, éditions points de repères, n°23, p 2
- [9] Institut de Recherches et de Documentation en Economie de la Santé, *répartition de la démographie des professions médicales libérales de santé en 200 selon la CNAMTS et le SNIR*, disponible sur <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm> (page consultée le 10 juillet2009)
- [10] Jean Bossy, *Histoire de l'acupuncture en occident : exotisme, ésotérisme et opposition au rationalisme cartésien, complémentarité au système médical occidental*, 1980, éditions méridiens, N° 49-50, pp 13-54
- [11] A. T. Still : *Autobiographie, 1897*, Editions Sully réédition du 18 fevrier 2008, pp. 93-94
- [12] Küss R, Baylon H, Cier J-F, et al. *Sur les thérapeutiques parallèles ou diversifiées*, Bull. Acad. Med, 1987, 171, n°7, 923-960
- [13] Menkès Charles-joël, *L'OSTEOPATHIE N'EST PAS UNE DISCIPLINE MEDICALE*, académie de médecine française, communiqué du 25 novembre 2008, document disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=27&idLigne=1494> , (page consultée le 11 juillet 2009)
- [14] Académie de médecine française, Bulletin Académie Nationale de Médecine, *A propos des chiropracteurs et ostéopathes*. Bull. Acad. Nationale Méd., 2004, 188, n° 3, 523

[15] République Française

Décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, NOR: SANH0721330D, Version consolidée au 31 décembre 2008

[16] Cour de Cassation, chambre criminelle, 1961-03-08, bulletin criminel 1961 N° 146 p. 286, document disponible sur : <http://www.meridiens.org/acuMoxi/legislation/Cour%20de%20Cassation%201987-02-03,%2086-92954.pdf>

[17] B.M. Berman, B. B. Singh, L. Lao, et al. *A randomized trial of acupuncture as an adjunctive therapy in osteoarthritis of the knee*, Oxford University, Rheumatology, volume 38, number 4, April 1999, pp. 346-354

[18] Irnich D, Behrens N, Molzen H, et al, *Randomized trial of acupuncture compared with conventional massage and "sham" laser acupuncture for treatment of chronic neck pain*, BMJ 2001; 322 : 1574-8

[19] White P, Lewith G, Conway J, et al. *Acupuncture versus placebo for the treatment of chronic mechanical pain: a randomized, controlled trial*, Ann Intern Med 2004; 141:911-9

[20] Vas J, Mendes C, Perea-Milla E, Vega E, et al. *Acupuncture as a complementary therapy to the pharmacological treatment of osteoarthritis of the knee : randomized control trial*, BMJ 2004; 329:1216-1221

[21] Witt C, Brinkhaus B, Jena S, et al, *Investigation of the acupuncture's efficiency compared with minimal acupuncture and with no acupuncture in patients with osteoarthritis of the knee*. Lancet 2005;366:136-43

[22] Scharf H P,, Mansmann U, Steitberger K, Witte S, et al. *Acupuncture and knee Osteoarthritis, A three-armed randomized trial*, Ann Intern Med. 2006;145:12-20

[23] Haake M, Müller H H, Schade-Brittinger C, et al. *German acupuncture trials for chronic low back pain, randomized, multicenter, blinded, parallel-group trial with 3 groups*, Arch Intern Med. 2007;167(17):1892-1898

[24] Ezzo J, Harhasy V, Birch S, et al. *Acupuncture for osteoarthritis of the knee, A systematic review*, 2001, ARTHRITIS & RHEUMATISM Vol. 44, No. 4, April 2001, pp 819–825

[25] Manheimer E, White A, Berman B, et al. *Meta-Analysis: Acupuncture for low back pain*, Ann Intern Med, 2005; 142:651-663

[26] Andersson B.J, Lucente T, Davis A.M, et al. *A comparison of osteopathic spinal manipulation with standard care for patients with low back pain*, New England J Med 2000; 342:817

- [27] Chown M, Wittamore L, Rush Mark, et al. *A prospective study of patients with chronic back pain randomized to group exercise, physiotherapy or osteopathy*, Elsevier; Physiotherapy, Vol 94, issue 1, Mars 2008, pages 21-28
- [28] Santilli V, Beghi E, Finucci S, *Chiropractic manipulation in the treatment of acute back pain and sciatica with disc protrusion : a randomized double-blind clinical trial of active and simulated spinal manipulation*. Spine, J 2006;6:131-7
- [29] Hancock J M, Maher G C, Latimer J, et al. *Assessment of diclofenac or spinal manipulative therapy, or both, in addition to recommended first-line treatment for acute low back pain: a randomized controlled trial*; Lançet 2007; 370: 1638-43
- [30] Cherkin D, Sherman K, Deyo R, et al. *A review of the evidence for the effectiveness, safety and cost of acupuncture, massage therapy, and spinal manipulation for back pain*, Ann Intern Med. 2003; 138:898-906
- [31] Assendelft W.J.J, Morton S.C, Yu.E.I, *spinal manipulative therapy for low back pain. A meta-analysis of effectiveness relative to other therapies*. Ann Intern Med. 2003;138:871-881
- [32] Vernon H, Humphreys K, Hagino C, *Chronic mechanical neck pain in adult treated by manual therapy : a systematic review of change scores in randomized clinical trials*, 2008 Journal of Manual & Manipulative Therapy, 16(2): E42–E52.
- [33] étude DRESS, janvier 2001, N° 99
- [34] Cadiou-Combot christelles, *les conditions de travail des médecins à exercice particulier*, Thèse, Université de Brest-Bretagne Occidentale, 12 avril 2006, N°2906013, p9

# ANNEXES

Annexe 1 :

DISPOSITIF INFOSOINS = Le dispositif Infosoins, prévu par la loi du 13 août 2004, est un service destiné aux assurés et déployé dans l'ensemble des organismes locaux depuis le 15 janvier 2007. Il délivre les coordonnées de tous les professionnels de santé libéraux, mais aussi les tarifs des consultations médicales pratiqués sur les trois derniers mois et mis à jour chaque mois. Ces mises à jour sont effectuées par l'Assurance Maladie. En 2008, le dispositif Infosoins a été étendu en termes de support (internet) et de champ couvert (extension aux dentistes et aux actes techniques des spécialistes).

Annexe 2 :

Cass.crim. 3 février 1987 (Gaz.Pal. 1987 I 398) :

*A caractérisé l'infraction d'exercice illégal de la médecine reprochée au prévenu la Cour d'appel qui a retenu que l'acupuncture constituait une thérapeutique à raison tant des moyens d'action qu'elle utilise que des actions organiques qu'elle est susceptible de susciter et qu'elle ne peut dès lors être pratiquée, en vertu de l'art. L 372 C. santé publ., que par les personnes titulaires du diplôme d'État de docteur en médecine ou bénéficiaires des dispositions spéciales visées aux art. L 356, L 357-1, L 359 et L 360 dudit Code.*

Annexe 3 :

Liste des établissements agréés\* dispensant une formation en ostéopathie

ouverts aux non-titulaires d'un diplôme, certificat, titre ou autorisation leur permettant l'exercice d'une des professions de santé mentionnées au livre Ier et aux titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique :

- Collège ostéopathique du Pays basque, Bayonne ;
- Institut de formation en ostéopathie du grand Avignon, Avignon
- Institut supérieur d'ostéopathie d'Aix-en-Provence, Meyreuil.
- Institut Dauphine d'ostéopathie, Paris
- Centre européen d'enseignement supérieur de l'ostéopathie, Lyon
- Centre européen d'enseignement supérieur de l'ostéopathie, Paris ;

- Centre international d'ostéopathie, Saint-Etienne
- Centre d'ostéopathie Atman, Sophia-Antipolis ;
- Collège ostéopathique européen, formation initiale, Cergy-Pontoise ;
- Collège ostéopathique de Provence, Marseille ;
- Ecole supérieure d'ostéopathie et de biomécanique appliquée (OSTEObio), Cachan ;
- Ecole supérieure d'ostéopathie, Emerainville ;
- Institut des hautes études ostéopathiques de Nantes, Orvault ;
- Institut supérieur d'ostéopathie de Lyon, Limonest ;
- Institut toulousain d'ostéopathie, Labège.
- institut supérieur d'ostéopathie, Lille ;
- institut supérieur d'ostéopathie, Paris-Est (CETOHM-FI), Lognes;
- collège ostéopathique Sutherland Aquitaine, formation initiale, Bordeaux ;
- collège ostéopathique Sutherland Atlantique, formation initiale, Saint-Herblain ;
- collège ostéopathique Sutherland Ile-de-France, formation initiale, Saint-Ouen.
- institut privé d'enseignement ostéopathique, formation initiale, Pantin. »

\*Arrêté du 9 août 2007, publié au Journal officiel le 17 août ; arrêté du 20 septembre 2007, publié au Journal officiel le 4 octobre ; arrêté du 11 octobre 2007, publié au Journal officiel le 14 octobre ; arrêté du 5 décembre 2007 publié au Journal officiel le 15 décembre ; arrêté du 26 février 2008 publié au Journal officiel le 1<sup>er</sup> mars 2008.

Annexe 4 :

Décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, article 4

L'usage professionnel du titre d'ostéopathe est réservé :

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

2° Aux titulaires d'un diplôme délivré par un établissement agréé dans les conditions prévues aux articles 5 à 9 du décret du 25 mars 2007 susvisé ;

3° Aux titulaires d'une autorisation d'exercice de l'ostéopathie ou d'user du titre d'ostéopathe délivrée par l'autorité administrative en application des articles 6 ou 16 du présent décret

Annexe 5 :**SCORE WOMAC****(Western Ontario and Mc Master University Osteo-arthritis Index)***Référence Bellany***WOMAC : index de sévérité symptomatique de l'arthrose des membres inférieurs**

Le WOMAC est l'index validé dans l'évaluation d'une arthrose des membres inférieurs. Il existe 2 systèmes de cotation des réponses aux questions : soit l'échelle de Lickert avec 5 réponses possibles (nulle = 0, minime = 1, modérée = 2, sévère = 3, extrême = 4), soit une échelle visuelle analogique de 100 mm. Il est possible de calculer les scores dans chaque domaine ou pour l'ensemble du WOMAC.

**WOMAC domaine douleur : quelle est l'importance de la douleur ?**

- 1 Lorsque vous marchez sur une surface plane ?
- 2 Lorsque vous montez ou descendez les escaliers ?
- 3 La nuit, lorsque vous êtes au lit ?
- 4 Lorsque vous vous levez d'une chaise ou vous asseyez ?
- 5 Lorsque vous vous tenez debout ?

**WOMAC domaine raideur**

- 1 Quelle est l'importance de la raideur de votre articulation lorsque vous vous levez le matin ?
- 2 Quelle est l'importance de la raideur de votre articulation lorsque vous bougez après vous être assis, couché ou reposé durant la journée ?

**WOMAC domaine fonction : quelle est l'importance de la difficulté que vous éprouvez à :**

- 1 Descendre les escaliers ?
- 2 Monter les escaliers ?
- 3 Vous relever de la position assise ?
- 4 Vous tenir debout ?
- 5 Vous pencher en avant ?
- 6 Marcher en terrain plat ?
- 7 Entrer et sortir d'une voiture ?
- 8 Faire vos courses ?
- 9 Enfiler collants ou chaussettes ?
- 10 Sortir du lit ?
- 11 Enlever vos collants ou vos chaussettes ?
- 12 Vous étendre sur le lit ?
- 13 Entrer ou sortir d'une baignoire ?
- 14 Vous asseoir ?
- 15 Vous asseoir et vous relever des toilettes ?
- 16 Faire le ménage « à fond » de votre domicile ?
- 17 Faire l'entretien quotidien de votre domicile ?

## Annexe 6 ( 2 pages ) :

Le score de Lequesne permet de faire l'évaluation initiale et le suivi de la gêne douloureuse et fonctionnelle induite par une gonarthrose

<i>1. Douleur ou gêne</i>	
ressentez-vous une gêne ou une douleur la nuit?	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> seulement en remuant, ou selon la posture <input type="radio"/> même immobile
ressentez-vous une gêne ou une douleur lors du dérouillage matinal?	<input type="radio"/> moins d'une minute <input type="radio"/> une à quinze minutes <input type="radio"/> plus de quinze minutes
ressentez-vous une gêne ou une douleur lors de la station debout, ou s'il faut piétiner une demi-heure?	<input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui
ressentez-vous une gêne ou une douleur lorsque vous marchez?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> seulement après une certaine distance <input type="radio"/> très rapidement et de façon croissante
Pouvez-vous vous relever d'un siège sans l'aide des bras?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<i>2. Périmètre de marche maximal</i>	
En acceptant d'avoir mal, quel est votre périmètre de marche maximal?	<input type="radio"/> aucune limitation <input checked="" type="radio"/> limité, mais plus d'un kilomètre (plus de 15 mns) <input type="radio"/> environ 1 km (environ 15 mns) <input type="radio"/> entre 500 et 900 mètres (environ 8 à 15 mns) <input type="radio"/> 300 à 500 mètres <input type="radio"/> 100 à 300 mètres <input type="radio"/> moins de 100 mètres
pour parcourir la distance ci-dessus:	<input type="radio"/> je n'ai pas besoin de canne ni de béquille <input type="radio"/> j'ai besoin d'une canne,

	<p>ou d'une béquille</p> <p>☞ j'ai besoin de deux cannes ou de deux béquilles</p>
<i>3. Difficultés dans la vie quotidienne</i>	
avez vous une difficulté pour monter un étage?	<p>☞ aucune</p> <p>☞ c'est un peu difficile</p> <p>☞ c'est moyennement difficile</p> <p>☞ c'est très difficile</p> <p>☞ c'est impossible</p>
avez vous une difficulté pour descendre un étage?	<p>☞ aucune</p> <p>☞ c'est un peu difficile</p> <p>☞ c'est moyennement difficile</p> <p>☞ c'est très difficile</p> <p>☞ c'est impossible</p>
avez vous une difficulté pour vous accroupir?	<p>☞ aucune</p> <p>☞ c'est un peu difficile</p> <p>☞ c'est moyennement difficile</p> <p>☞ c'est très difficile</p> <p>☞ c'est impossible</p>
avez vous une difficulté pour marcher en terrain irrégulier?	<p>☞ aucune</p> <p>☞ c'est un peu difficile</p> <p>☞ c'est moyennement difficile</p> <p>☞ c'est très difficile</p> <p>☞ c'est impossible</p>

## Annexe 7 :

The Neck Disability Index
---------------------------

Patient name: \_\_\_\_\_ File# \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Please read instructions:

This questionnaire has been designed to give the doctor information as to how your neck pain has affected your ability to manage everyday life. Please answer every section and mark in each section only the ONE box that applies to you. We realize that you may consider that two of the statements in any one section relate to you, but please just mark the box that most closely describes your problem.

## SECTION 1-PAIN INTENSITY

- I have no pain at the moment.
- The pain is very mild at the moment.
- The pain is moderate at the moment.
- The pain is fairly severe at the moment.
- The pain is very severe at the moment.
- The pain is the worst imaginable at the moment.

## SECTION 2-PERSONAL CARE (Washing, Dressing, etc.)

- I can look after myself normally, without causing extra pain.
- I can look after myself normally, but it causes extra pain.
- It is painful to look after myself and I am slow and careful.
- I need some help, but manage most of my personal care.
- I need help every day in most aspects of self care.
- I do not get dressed; I wash with difficulty and stay in bed.

## SECTION 3-LIFTING

- I can lift heavy weights without extra pain.
- I can lift heavy weights, but it gives extra pain.
- Pain prevents me from lifting heavy weights off the floor, but I can manage if they are conveniently positioned, for example, on a table.
- Pain prevents me from lifting heavy weights off the floor, but I can manage light to medium weights if they are conveniently positioned.
- I can lift very light weights.
- I cannot lift or carry anything at all.

## SECTION 4-READING

- I can read as much as I want to, with no pain in my neck.
- I can read as much as I want to, with slight pain in my neck.
- I can read as much as I want to, with moderate pain in my neck.
- I can't read as much as I want, because of moderate pain in my neck.
- I can hardly read at all, because of severe pain in my neck.
- I cannot read at all.

## SECTION 5-HEADACHES

- I have no headaches at all.
- I have slight headaches that come infrequently.
- I have moderate headaches that come infrequently.
- I have moderate headaches that come frequently.
- I have severe headaches that come frequently.
- I have headaches almost all the time.

## SECTION 6-CONCENTRATION

- I can concentrate fully when I want to, with no difficulty.
- I can concentrate fully when I want to, with slight difficulty.
- I have a fair degree of difficulty in concentrating when I want to.
- I have a lot of difficulty in concentrating when I want to.
- I have a great deal of difficulty in concentrating when I want to.
- I cannot concentrate at all.

## SECTION 7-WORK

- I can do as much work as I want to.
- I can do my usual work, but no more.
- I can do most of my usual work, but no more.
- I cannot do my usual work.
- I can hardly do any work at all.
- I can't do any work at all.

## SECTION 8-DRIVING

- I can drive my car without any neck pain.
- I can drive my car as long as I want, with slight pain in my neck.
- I can drive my car as long as I want, with moderate pain in my neck.
- I can't drive my car as long as I want, because of moderate pain in my neck.
- I can hardly drive at all, because of severe pain in my neck.
- I can't drive my car at all.

## SECTION 9-SLEEPING

- I have no trouble sleeping.
- My sleep is slightly disturbed (less than 1 hr sleepless).
- My sleep is mildly disturbed (1-2 hrs sleepless).
- My sleep is moderately disturbed (2-3 hrs sleepless).
- My sleep is greatly disturbed (3-5 hrs sleepless).
- My sleep is completely disturbed (5-7 hrs sleepless).

## SECTION 10-RECREATION

- I am able to engage in all my recreation activities, with no neck pain at all.
- I am able to engage in all my recreation activities, with some neck pain at all.
- I am able to engage in most, but not all, of my usual recreation activities, because of pain in my neck.
- I am able to engage in few of my recreation activities, because of pain in my neck.
- I can hardly do any recreation activities, because of pain in my neck.
- I can't do any recreation activities at all.

## Annexe 8

### Stades radiologiques d'arthrose selon Kellgren et Lawrence

Le score de Kellgren et Lawrence est un index composite prenant en compte à la fois les ostéophytes et le pincement de l'interligne articulaire.

Cette classification comporte 4 classes : arthrose douteuse, minime, certaine, évoluée.

### Intérêt

Comme critère d'inclusion de malades dans un essai clinique, pour homogénéiser la sélection des patients (seront par exemple inclus les malades dont les arthroses sont classées stades 2 et 3, excluant ainsi les arthroses douteuses ou débutantes et les arthroses évoluées ou terminales)

Stades radiologiques de la gonarthrose	
Stade 0	radiographie normale
Stade 1	ostéophyte de signification douteuse
Stade 2	ostéophyte net sans modification de l'interligne articulaire
Stade 3	ostéophyte net et diminution de l'interligne articulaire
Stade 4	pincement sévère de l'interligne articulaire et sclérose de l'os sous-chondral.

Stades radiologiques de la coxarthrose	
Stade 0	radiographie normale
Stade 1	pincement articulaire, ostéophytose péricapitale douteuse
Stade 2	pincement articulaire, ostéophytose, sclérose osseuse modérée
Stade 3	pincement articulaire net avec discrète ostéophytose, sclérose osseuse avec kyste, déformation de la tête fémorale et de l'acétabulum minime
Stade 4	disparition de l'espace articulaire avec sclérose osseuse et kyste, importante déformation de la tête fémorale et de l'acétabulum, avec ostéophytose majeure.

## Annexe 9 :

**Tableau I – CRITÈRES DE CLASSIFICATION DE L'ACR POUR LA GONARTHROSE [1].  
IL Y EN A TROIS TYPES.**

<b>Clinico-biologiques</b>	<b>Clinico-radiographiques</b>	<b>Cliniques</b>
Douleur du genou + Au moins 5 des 9 critères : Âge > 50 ans Raideur < 30 mn Crépitation Sensibilité osseuse Élargissement osseux Pas de chaleur palpable VS < 40 mm/h Facteur rhumatoïde - Liquide d'arthrose	Douleur du genou + Au moins 1 des 3 critères : Âge > 50 ans Raideur < 30 mn Crépitation et ostéophytes	Douleur du genou + Au moins 3 des 6 critères : Âge > 50 ans Raideur < 30 mn Crépitation Sensibilité osseuse Élargissement osseux Pas de chaleur palpable

Annexe 10**Le score d'Eifel (Roland-Morris)****Items****Oui ou n**

1. *Je reste pratiquement tout le temps à la maison à cause de mon dos*
2. *Je change souvent de position pour soulager mon dos*
3. *Je marche plus lentement que d'habitude à cause de mon dos*
4. *A cause de mon dos, je n'effectue aucune des tâches que j'ai l'habitude de faire à la maison*
5. *A cause de mon dos, je m'aide de la rampe pour monter les escaliers*
6. *A cause de mon dos, je m'allonge souvent pour me reposer*
7. *A cause de mon dos, je suis obligé(e) de prendre appui pour sortir d'un fauteuil*
8. *A cause de mon dos, j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place*
9. *A cause de mon dos, je m'habille plus lentement que d'habitude*
10. *Je ne reste debout que de courts instants à cause de mon dos*
11. *A cause de mon dos, j'essaie de ne pas me baisser ni m'agenouiller*
12. *A cause de mon dos, j'ai du mal à me lever d'une chaise*
13. *J'ai mal au dos la plupart du temps*
14. *A cause de mon dos, j'ai des difficultés à me retourner dans mon lit*
15. *J'ai moins d'appétit à cause de mon mal au dos*
16. *A cause de mon mal au dos, j'ai du mal à mettre mes chaussettes (bas ou collants)*
17. *Je ne peux marcher que sur de courtes distances à cause de mon mal au dos*
18. *Je dors moins à cause de mon mal au dos*
19. *A cause de mon mal au dos, quelqu'un m'aide pour m'habiller*
20. *A cause de mon mal au dos, je reste assis(e) la plus grande partie de la journée*
21. *A cause de mon dos, j'évite de faire de gros travaux à la maison*
22. *Je suis plus irritable que d'habitude et de mauvaise humeur avec les gens à cause de mon dos*
23. *A cause de mon dos, je monte les escaliers plus lentement que d'habitude*
24. *A cause de mon dos, je reste au lit la plupart du temps*

24 items, le dernier, s'il est positif, dispense de remplir les autres. Reconnu par l'ANAES

Annexe 11

Test non paramétrique de type Mann et Whitney pour comparer le mode d'utilisation initiale et actuelle selon le sexe

**U de Mann-Whitney pour installation**

Variables groupe : Sexe

U	195.000
U Prime	240.000
Valeur de z	-.557
Valeur de p	.5775
z corrigé pour ex-aequo	-.617
p corrigé pour ex-aequo	.5375
# ex-aequo	3

Cas omis (manquants).

**Infos Mann-Whitney pour installation**

Variables groupe : Sexe

	Nombre	Somme des rangs	Moy. des rangs
0	15	360.000	24.000
1	29	630.000	21.724

Cas omis (manquants).

Annexe 12

Test non paramétrique de type Mann et Whitney pour comparer la dur MEP selon le sexe ( $p < 0.05$ , significatif)

**U de Mann-Whitney pour dur?csMEP**

Variables groupe : Sexe

U	59.500
U Prime	204.500
Valeur de z	-2.613
Valeur de p	.0090
z corrigé pour ex-aequo	-2.725
p corrigé pour ex-aequo	.0064
# ex-aequo	6

11 cas omis (manquants).

**Infos Mann-Whitney pour dur?csMEP**

Variables groupe : Sexe

	Nombre	Somme des rangs	Moy. des rangs
0	12	282.500	23.542
1	22	312.500	14.205

11 cas omis (manquants).

## Annexe 13

## Comparaison de moyenne de type ANOVA variable tarif MEPmaxi selon le t

Tableau ANOVA pour tarifMEPmaxi

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
utili	1	1070.782	1070.782	6.760	.0133	6.760	.721
Résidu	37	5860.654	158.396				

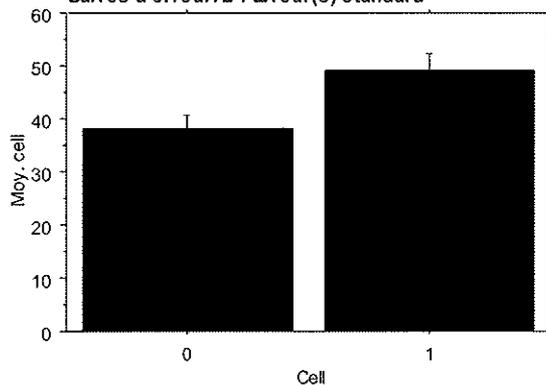
Tableau de moyennes pour tarifMEPmaxi

Effet : utili

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
0	26	38.038	13.192	2.587
1	13	49.154	11.216	3.111

Graphique des interactions pour tarifMEPmaxi

Effet : utili

Barres d'erreur:  $\pm 1$  Erreur(s) standard

Test PLSD de Fisher pour tarifMEPmaxi

Effet : utili

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
0, 1	-11.115	8.662	.0133 S

Annexe 14

Test non paramétrique de type Mann et  
Whitney pour comparer la dur MEP selon le  
sexe ( $p < 0.05$ , significatif)

**U de Mann-Whitney pour dur?csMEP**

Variables groupe : Sexe

U	59.500
U Prime	204.500
Valeur de z	-2.613
Valeur de p	.0090
z corrigé pour ex-aequo	-2.725
p corrigé pour ex-aequo	.0064
# ex-aequo	6

11 cas omis (manquants).

**Infos Mann-Whitney pour dur?csMEP**

Variables groupe : Sexe

	Nombre	Somme des rangs	Moy. des rangs
0	12	282.500	23.542
1	22	312.500	14.205

11 cas omis (manquants).

## Annexe 15

Test non paramétrique de type Mann et Whitney pour comparer la dur MG selon le sexe (Non significatif)

**U de Mann-Whitney pour dur?csMG**

Variables groupe : Sexe

U	44.500
U Prime	115.500
Valeur de z	-1.805
Valeur de p	.0710
z corrigé pour ex-aequo	-1.889
p corrigé pour ex-aequo	.0589
# ex-aequo	4

17 cas omis (manquants).

**Infos Mann-Whitney pour dur?csMG**

Variables groupe : Sexe

	Nombre	Somme des rangs	Moy. des rangs
0	8	151.500	18.938
1	20	254.500	12.725

17 cas omis (manquants).

---

## Annexe 16

Tableau ANOVA pour dur?csMEP

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
utili	1	524.610	524.610	5.194	.0295	5.194	.593
Résidu	32	3232.008	101.000				

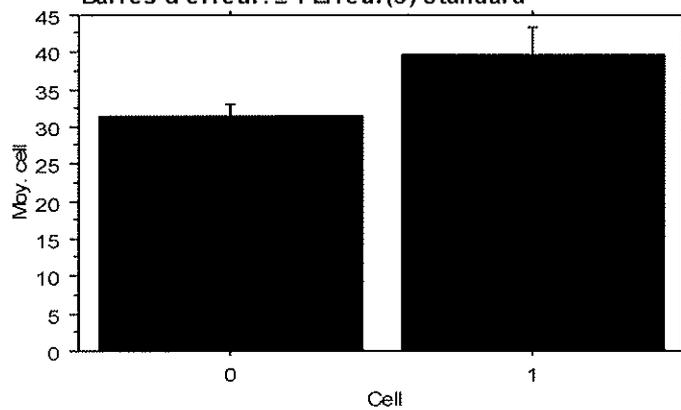
Tableau de moyennes pour dur?csMEP

Effet : utili

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
0	22	31.364	8.045	1.715
1	12	39.583	13.049	3.767

Graphique des interactions pour dur?csMEP

Effet : utili

Barres d'erreur:  $\pm 1$  Erreur(s) standard

Test PLSD de Fisher pour dur?csMEP

Effet : utili

Niveau de significativité : 5 %

	Diff. moy.	Diff. crit.	Valeur p
0, 1	-8.220	7.346	.0295

S

Annexe 17

Test non paramétrique de Mann –Whitney concernant le niveau de stress en fonction du taux d'utilisation

**U de Mann-Whitney pour stress**

**Variables groupe : utili**

U	35.000
U Prime	141.000
Valeur de z	-2.486
Valeur de p	.0129
z corrigé pour ex-aequo	-2.789
p corrigé pour ex-aequo	.0053
# ex-aequo	2

15 cas omis (manquants).

**Infos Mann-Whitney pour stress**

**Variables groupe : utili**

	Nombre	Somme des rangs	Moy. des rangs
0	22	394.000	17.909
1	8	71.000	8.875

15 cas omis (manquants).

Annexe 18

## Test de corrélation de Spearman pour remplacement

**Corrélation de Spearman pour rempla, remplaMGexclu**

Somme des carrés des écarts	840.000
Rho	.635
Valeur de z	3.044
Valeur de p	.0023
Rho corrigé pour ex-aequo	.412
z corrigé pour ex-aequo	1.975
p corrigé pour ex-aequo	.0483
# ex-aequo, rempla	2
# ex-aequo, remplaMGexclu	2

21 cas omis (manquants).

Coeff de corrélation rho= 63,5% (p=0,0023)

---

## Annexe 19

**U de Mann-Whitney pour actucompat**

Variables groupe : utili

U	43.000
U Prime	187.000
Valeur de z	-2.820
Valeur de p	.0048
z corrigé pour ex-aequo	-3.384
p corrigé pour ex-aequo	.0007
# ex-aequo	2

12 cas omis (manquants).

**Infos Mann-Whitney pour actucompat**

Variables groupe : utili

	Nombre	Somme des rangs	Moy. des rangs
0	23	463.000	20.130
1	10	98.000	9.800

12 cas omis (manquants).

Si 0 réponse idem VS si 1 réponse oui

Annexe 20

**U de Mann-Whitney pour actucompat**  
**Variables groupe : utili**

U	43.000
U Prime	187.000
Valeur de z	-2.820
Valeur de p	.0048
z corrigé pour ex-aequo	-3.384
p corrigé pour ex-aequo	.0007
# ex-aequo	2

12 cas omis (manquants).

**Infos Mann-Whitney pour actucompat**  
**Variables groupe : utili**

	Nombre	Somme des rangs	Moy. des rangs
0	23	463.000	20.130
1	10	98.000	9.800

12 cas omis (manquants).

Si 0 réponse idem VS si 1 réponse oui

---

**Annexe 21 : Lettre d'accompagnement du questionnaire**

JAUBERTIE Fabien,

Étudiant 3eme cycle des études médicales

Saint Yrieix la Perche, le 23.07.2009

Chers confrères,

Je suis un jeune généraliste remplaçant, en cours de préparation de thèse.

J'ai choisi comme sujet de dresser une sorte de panorama des médecines à exercice particulier que sont ***l'acupuncture*** et la ***médecine manuelle***.

L'intérêt envers ces deux orientations s'est peu à peu imposé à moi lors de mes différents remplacements, que ce soit au travers des discours des patients ou par ceux des médecins généralistes qui les pratiquaient. Mais parallèlement, beaucoup de question d'ordre scientifique et pratiques se sont posées.

J'ai donc décidé de répondre à ces questions, très personnelles, en en faisant le sujet de ma thèse.

Comme vous le verrez, ce sont des questions concrètes, en rapport direct avec votre activité de tous les jours.

J'ai réalisé un questionnaire regroupant la plus grande partie de mes interrogations. Y répondre devrait vous prendre 10 minutes maximum. **La réponse est anonyme.**

Cette enveloppe contient le questionnaire de 5 pages précédé d'une page d'entête, d'une enveloppe timbrée et déjà adressée que vous n'aurez qu'à poster.

Bien sûr, si les résultats de ma thèse vous intéressent, vous pouvez joindre vos coordonnées ou votre adresse e-mail afin que je puisse, avec grand plaisir, vous envoyer la synthèse de mon travail

En vous remerciant par avance de l'intérêt que vous porterez à ce questionnaire.

*Mes coordonnées :*

*JAUBERTIE Fabien, adresse.....*

*Tel : .....*

*E-mail : .....*

## TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS p 10

INTRODUCTION p 12

**1. LES MEDECINES A ORIENTAION COMPLEMENTAIRE p 14**

*1.1. Définitions p 14*

1.1.1 La médecine générale p 14

1.1.2 Les médecines à exercice particulier p 16

*1.2. Etat des lieux des MEP en France et en Limousin p 17*

1.2.1 Effectifs p 17

1.2.2 Répartition en fonction de l'âge, le sexe et le type d'activité p 21

*1.3. Acupuncture et ostéopathie : historique p 24*

1.3.1 L'acupuncture p 24

1.3.2 L'ostéopathie p 27

*1.4 Législation et cadre d'exercice p 29*

1.4.1 Généralités sur l'exercice des MEP p 29

1.4.2 L'ostéopathie p 30

1.4.3 L'acupuncture p 33

*1.5 Les études sur l'efficacité de ces deux MEP p 35*

1.5.1 L'acupuncture p 35

1.5.2 L'ostéopathie p 41

**2. QUESTIONNAIRE A L'INTENTION DES GENERALISTES PROPOSANTS UNE MEDECINE A EXERCICE PARTICULIER ACUPIUNCTURE OU OSTEOPATHIE EN LIMOUSIN-POITOU-CHARENTES p 45**

*2.1. Matériel et méthode p 46*

*2.2. Le questionnaire p 49*

*2.3. Les résultats p 55*

2.3.1 Le sexe p 55

2.3.2 L'âge p 55

2.3.3 Situation familiale p 55

2.3.4 Par quel biais avez-vous eu accès à votre MEP ? p 55

2.3.5 Situation géographique par zone et population totale p 57

2.3.6 Mode d'installation fiscal p 56

2.3.7 Installation seul ou en groupe ? p 58

2.3.8 Si vous êtes installés en cabinet de groupe, combien de vos collègues proposent aussi une MEP ? p 58

2.3.9 Vous utilisez votre MEP de manière exclusive ou totale ? p 58

2.3.10 Taux d'utilisation de la MEP lors du début de l'installation comme médecin p 59

- 2.3.11 Durée de la transition d'une médecine allopathique vers une MEP p 59
  - 2.3.12 Motivation ayant motivé l'intérêt vers la MEP 59
  - 2.3.13 Perte de clientèle lors du passage MG exclusive vers une MEP ? p 60
  - 2.3.14 Avez-vous par la suite récupéré une partie de cette patientèle ? p 61
  - 2.3.15 Si oui, quelle part avez-vous récupéré ? p 61
  - 2.3.16 Composition de la patientèle de retours p 61
  - 2.3.17 Changement de secteur géographique p 61
  - 2.3.18 Si oui, de quel secteur vers quel secteur p 62
  - 2.3.19 Changement de secteur fiscal p 62
  - 2.3.20 Evolution des revenus depuis le passage vers une MEP p 62
  - 2.3.21 Tarifs minimum et maximum d'une consultation e MEP p 63
  - 2.3.22 Nombre de consultations quotidiennes p 63
  - 2.3.23 Modification des horaires de consultation p 64
  - 2.3.24 Nombre d'heures en plus ou en moins quotidiennes p 64
  - 2.3.25 Jours de consultations hebdomadaires p 64
  - 2.3.26 Demie journées de repos par semaine en plus ou en moins p 64
  - 2.3.27 Avez-vous déjà assuré des gardes de ville p 64
  - 2.3.28 Assurez vous actuellement des gardes de ville p 65
  - 2.3.29 Durée moyenne d'une consultation de MEP et de médecine générale p 65
  - 2.3.30 Vous sentez vous mieux dans votre nouvelle activité p 66
  - 2.3.31 Votre nouveau mode d'exercice est' il au final en accord avec les raisons qui vous y ont fait vous y intéresser p 66
  - 2.3.32 Modification de la patientèle p 66
  - 2.3.33 Quelles sont ces modifications p 66
  - 2.3.34 La patientèle est' elle plus ou moins sympathique p 67
  - 2.3.35 Les trois grands types de pathologies les plus rencontrés p 67
  - 2.3.36 Plus ou moins stressé p 68
  - 2.3.37 Nombre de semaines de vacances par an p 68
  - 2.3.38 Vacances en période péri scolaire p 68
  - 2.3.39 Quantité de vacances en semaines en plus ou an moins p 68
  - 2.3.40 Prenez vous un remplaçant p 68
  - 2.3.41 Pensez vous que votre vie actuelle est plus ou moins compatible avec votre vie de famille qu'auparavant p 69
  - 2.3.42 Comment le conjoint vit' il ou elle la situation actuelle p 70
  - 2.3.43 Envisagez-vous d'abandonner votre MEP pour retourner vers la MG p 70
- 2.4 Discussion sur l'étude p 71
    - 2.4.1 *Les biais* p 71
      - 2.4.1.1 le mode de recrutement des médecins p 71
      - 2.4.1.2 l'élaboration du questionnaire p 71
      - 2.4.1.3 choix des questions p 72
    - 2.4.2 *Discussion* p 72

- 2.4.2.1 Féminisation p 72
- 2.4.2.2 L'âge p 73
- 2.4.2.3 La situation familiale p 73
- 2.4.2.4 Le secteur géographique p 73
- 2.4.2.5 Installation seul ou en groupe p 74
- 2.4.2.6 Mode d'utilisation de la MEP = exclusive ou partielle p 76
- 2.4.2.7 Taux d'utilisation de la MEP au début de l'installation en médecine générale p 76
- 2.4.2.8 Durée de transition d'une activité de MG vers une activité utilisant une MEP p 78
- 2.4.2.9 Les motivations p 79
- 2.4.2.10 Perte de clientèle p 80
- 2.4.2.11 Changement de secteur géographique p 81
- 2.4.2.12 Tarifs minimum et maximum d'une MEP p 81
- 2.4.2.13 Nombre de consultations quotidiennes p 81
- 2.4.2.14 Les gardes de nuit et weekend p 82
- 2.4.2.15 Durée moyenne d'une consultation de MEP et de MG p 83
- 2.4.2.16 Accord avec les motivations premières p 83
- 2.4.2.17 Modifications de la clientèle et principales pathologies rencontrées p 84
- 2.4.2.18 La question du stress p 84
- 2.4.2.19 La question du remplaçant p 85
- 2.4.2.19 La question de la vie privée et du conjoint p 85
- 2.4.2.20 Alors abandon ? p 86
- 2.4.3 *Conclusion* p 87

BIBLIOGRAPHIE p 89

ANNEXES p 93

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

**TITLE : Osteopathy and acupuncture : majorities on their efficiency. Investigate into the profiles and the motivations, the impacts on the professional, personal and economic quality of life of the concerned general practitioners.**

---

In France, the osteopathy and the acupuncture are two medicines with particular exercise recognized by the General Medical Council. The number of general practitioners proposing these therapeutic alternatives are more and more numerous, as well as the patients consulting for them.

These disciplines are not approached on the faculties, and the implications of their use in the activity of a general practitioner, and their efficiency remain underestimated for a doctor being interested in it.

Objective: bring to the student or to the general practitioner interested in the acupuncture or the osteopathy some information on the studies of efficiency concerning these therapeutic in the rheumatic pains, as well as the realities of their use in a cabinet of general medicine.

Material and method: majorities and syntheses of analytical studies and méta analytical on their efficiency. Realization of a descriptive study led in Limousin-Poitou-Charentes, from a questionnaire sent to 117 proposing general practitioners one of these two orientations.

Results: it seems that the acupuncture and the osteopathy have both places them in the treatments of rheumatic pains, acute or chronic, in the second intention after the reference treatment. All the studies carried out suffer from methodological problems and from reference reliable placebos, not allowing to rule in a firm way.

The use of the acupuncture and the osteopathy in general medicine gives to the doctor an interesting therapeutic alternative in the treatment of certain pathologies, allow preserved incomes, greater professional and personal quality of life. Two populations distinguish themselves: the general practitioners using their orientation in a partial way and those in a exclusive way, defining two very different mode of life.

Conclusions : The use of the acupuncture and the osteopathy in general medicine gives to the doctor an interesting therapeutic alternative in the treatment of certain pathologies, allow kept(preserved) incomes, greater professional and personal quality of life. Two populations distinguish themselves: the general practitioners using their orientation in a partial way and those in a exclusive way, defining two very different mode of life.

---

**KEYWORDS:**

General practitioners  
 Medicine with particular exercise  
 Acupuncture  
 Osteopathy  
 Quality of life

---

BON A IMPRIMER N° 3134

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

**TITRE : Ostéopathie et acupuncture : généralités sur leur efficacité. Enquête sur les profils et les motivations, impacts sur la qualité de vie professionnelle, personnelle et économique des médecins généralistes concernés.**

---

En France, l'ostéopathie et l'acupuncture sont deux médecines à exercice particulier reconnues par le conseil de l'ordre. Le nombre de médecins généralistes proposant ces alternatives thérapeutiques sont de plus en plus nombreux, ainsi que les patients consultant pour elles. Ces disciplines ne sont pas abordées dans les facultés, et les implications de leur utilisation dans l'activité d'un médecin généraliste, et leur efficacité restent méconnues pour un médecin s'y intéressant.

Objectif : apporter à l'étudiant ou au généraliste intéressé par l'acupuncture ou l'ostéopathie des informations sur les études d'efficacité portant sur ces thérapeutiques dans les douleurs rhumatismales, ainsi que sur les réalités de leur utilisation dans un cabinet de médecine générale.

Matériel et méthode : Généralités et synthèses d'études analytiques et méta analytiques sur leur efficacité. Réalisation d'une étude descriptive menée en Limousin-Poitou-Charentes, à partir d'un questionnaire envoyé à 117 médecins généralistes proposant une de ces deux orientations.

Résultats : Il semble que l'acupuncture et l'ostéopathie aient tous les deux leur place dans les traitements de douleurs rhumatismales, aiguës ou chroniques, en deuxième intention après le traitement de référence. Toutes les études réalisées souffrent de problèmes méthodologiques et de référentiels placébos fiables, ne permettant pas de statuer de manière ferme. L'utilisation de l'acupuncture et de l'ostéopathie en médecine générale donne au médecin une alternative thérapeutique intéressante dans le traitement de certaines pathologies, permettent des revenus conservés, une qualité de vie professionnelle et personnelle accrue. Deux populations se distinguent : les généralistes utilisant leur orientation de manière partielle et ceux de manière exclusive, définissant deux mode de vie très différents.

Conclusion : des études complémentaires et sérieuses sont nécessaires pour statuer de façon claire sur leur efficacité. Leur utilisation apporte en pratique aux généralistes des solutions thérapeutiques et des avantages intéressants pour leur exercice professionnel et leur vie personnelle.

---

DISCIPLINE-MEDICINE GENERALE

---

**MOTS CLES :**

Médecins généralistes  
Médecine à exercice particulier  
Acupuncture  
Ostéopathie  
Qualité de vie

---

**FACULT2 DE MEDECINE DE LIMOGES**

**2 rue du docteur Marcland – 87025 LIMOGES CEDEX**

---