Université François Rabelais - Tours
UFR Arts et Sciences Humaines
Département des Sciences de l'Education et de la Formation

Education au partenariat entre soignants dans la formation initiale en ostéopathie, étude auprès de quatre cadres pédagogiques.

Présenté par
Yann Kéromnès
Pour l'obtention du Diplôme Universitaire des Hautes Etudes de la Pratique Sociale, mention Formateur en Ostéopathie

Sous la direction de M. Noël DENOYEL

Roland Fonteneau, Maître de conférences, Université Rabelais de Tours
Formation de l'Académie d'Ostéopathie de France

Année Universitaire 2013

« *Ne mettez pas de barrières entre les différentes professions, car un jour vous devrez utiliser plus d'énergies pour détruire ces barrières. Nous sommes tous au service de l'humanité avec nos mains, notre esprit et notre cœur.* »

(John Upledger)

Sommaire

Sommaire 3

INTRODUCTION GÉNÉRALE 5

1ère PARTIE :La notion de soin en ostéopathie : genèse et contexte de la recherche. 7

CHAPITRE 1 : GENÈSE ET CONTEXTUEL..... 9

1.1 GENÈSE..... 9
1.2 APPROCHE CONTEXTUELLE..... 13

CHAPITRE 2 : FORMATION ET PROFESSIONNALISATION DES OSTÉOPATHES

2.1 LA FORMATION..... 25
2.2 L'ALTERNANCE 31

CHAPITRE 3 : LE PARTENARIAT ENTRE SOIGNANT 36

3.1 LES DIFFERENTES FORMES DE PARTENARIAT 36
3.2 LE PARTENARIAT ENTRE SOIGNANTS..... 39
3.3 LES PRINCIPES DU PARTENARIAT 40
3.4 LES DISCIPLINES..... 41
3.5 LA COMMUNICATION..... 43

2ème PARTIE:Soin et partenariat dans la formation professionnelle en ostéopathie Méthodologie et traitement des données 51

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE ET ANALYSE THÉMATIQUE : un panel hétérogéne de cadre formateur en ostéopathie 53

4.1 LA MÉTHODE DE L'ENTRETIEN..... 53
4.2 LE GUIDE D'ENTRETIEN 55
4.3 LA GRILLE D'ANALYSE DE CONTENU 56
4.4 LES ANALYSES THÉMATIQUES 58

CHAPITRE 5 : ANALYSE COMPARATIVE..... 82

5.1 ANALYSE COMPARATIVE PAR THÈME..... 82
5.2 SYNTHÈSE INTERPRÉTATION DE L'ANALYSE COMPARATIVE..... 98

CHAPITRE 6 DISCUSSION : l'éducation au partenariat entre soignant dans la formation initiale en ostéopathie une nécessité acceptée mais des outils peu développés. 101

6.1 LE PARTENARIAT ENTRE SOIGNANTS : UNE RÉALITÉ AVEC SES DIFFICULTÉS..... 101
6.2 LA FORMATION À L'ÉDUCATION AU PARTENARIAT : DES OUTILS PEU DÉVELOPPÉS..... 103
6.3 L'ÉDUCATION AU PARTENARIAT POUR UNE RECHERCHE DE COMPÉTENCE ET DE VISIBILITÉ..... 105

CONCLUSION GÉNÉRALE 110

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... 116

ANNEXES..... 121

INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'ostéopathie à l'heure de la reconnaissance légale se doit de faire évoluer ses relations avec les autres acteurs de santé sans perdre sa spécificité. Elle doit communiquer avec les autres professionnels dans le cadre d'un partenariat entre soignants et se donner les moyens d'éduquer les étudiants futurs professionnels au partenariat entre soignants. Pour cela elle se doit d'incorporer le partenariat entre soignants dans son enseignement. Pas seulement dans le rapport soignant soigné mais aussi dans le partenariat entre soignants pouvant avoir une culture commune ou différente. Car les étudiants devenus professionnels devront trouver leur place dans la communauté des soignants.

Le cadre légal de l'ostéopathie définit par la loi de 2002 et l'application du décret de 2007 a modifié la profession en lui définissant un cadre légal de pratique et de formation qui lui permet de trouver un statut légal dans la recherche de partenariats. L'histoire de l'ostéopathie de sa naissance Stillienne (Andrew Tailor Still fondateur de l'ostéopathie) à nos jours est jalonnée par des conflits avec les acteurs de santé et au sein même des ostéopathes. L'enseignement de l'ostéopathie est largement influencé par cette histoire avec aujourd'hui une formation pour les professionnels de santé et une formation initiale. Les besoins de ces deux formations ne sont pas les mêmes, leur place acquise dans le partenariat thérapeutique diverge selon leur formation d'origine. Dans le cadre de ce travail j'ai choisi de me limiter à la formation initiale. Les études ont pour finalité de former des professionnels ostéopathes, des soignants ayant toute leur légitimité dans le parcours de santé. Le soignant est l'unité de posture permettant le partenariat positionnant le patient au centre de tout intérêt.

Dans mon parcours de soignant, de masseur kinésithérapeute à ostéopathe puis actuellement en temps que praticien enseignant, l'absence de connaissance de l'environnement des acteurs de santé de nos étudiants en formation initiale a été une découverte. De part ma pratique de soignant ostéopathe, de professionnel qui est guidée par la nécessité d'aider le patient dans toute ma compétence, je suis convaincu de la nécessité du travail partenarial. Mon enseignement se doit de refléter cette notion et d'évoluer pour trouver les outils d'éducation au partenariat entre soignants.

Il me parait donc important de reprendre la définition du soin et le contexte du soin, de l'ostéopathie, de sa formation en France. Je vais présenter certains concepts de la formation ostéopathique, du partenariat. Puis je vais interroger et d'analyser méthodiquement les entretiens de quatre cadres pédagogiques sur leurs expériences dans leur pratique quotidienne de soignant au partenariat. et leurs réflexions et expériences à la formation au partenariat entre soignants.

1ère PARTIE :

La notion de soin en ostéopathie : genèse et contexte de la recherche

INTRODUCTION de la première partie

L'importance selon moi du partenariat entre soignants vient de mes rencontres, de mes échecs de mon histoire professionnelle. L'enseignement à des ostéopathes en formation initiale non professionnels de santé a augmenté à mes yeux l'importance de donner une place dans le projet pédagogique au partenariat avec les différents acteurs de santé. L'utilisation du mot soignant est pour moi le trait d'union entre les acteurs de santé ayant une posture commune auprès des patients. Le soin, le soignant, le système de santé sont important à définir pour tout thérapeute. Dés lors l'ostéopathie dans son histoire, dans son contexte se positionne dans un cadre légal de soignant.

Le partenariat entre soignants rentre dans le cadre de la compétence du professionnel ostéopathe et donc, l'éducation au partenariat doit rentrer dans sa formation. Cette formation est basée sur des apprentissages, le développement de savoir. Elle peut être comparée à des modèles existant comme l'alternance. Pour bien définir le partenariat il faut reprendre les différentes formes de partenariat et la spécificité du partenariat entre soignants. Les principes, les buts, les approches de disciplines doivent être présentés. Le choix d'une approche de pluridisciplinarité, d'interdisciplinarité et de transdisciplinarité va se faire avec le besoin créé par l'échange. Cet échange repose sur le besoin de partager et donc dans son sens premier, de communier et de communiquer. La compréhension des enjeux de communication est importante pour faire évoluer un partenariat. Il faut donc repositionner l'ostéopathe dans le monde des soignants et dès lors l'éducation au partenariat entre soignants devient une évidence.

CHAPITRE 1 : GENESE ET CONTEXTUEL

1.1 GENÈSE

Mon parcours professionnel a commencé par une formation de masseur kinésithérapeute à l'IFMK de Limoges en 1997. Cette formation était de trois ans suite à un concours. Elle était encadrée par des masseurs kinésithérapeutes issus de l'école des cadres ou du CHU de limoges et par des médecins. Elle proposait dès la deuxième année une alternance des temps de stages dans des structures hospitalières et des temps de formation dans l'école. Les temps de stages étaient d'une durée de deux mois dans des services pluridisciplinaires du CHU ou de centres de rééducation. La durée du stage était propice à l'intégration et aux échanges avec des professionnels et étudiants de profession de santé

Ma place d'étudiant auxiliaire de santé dans le cadre d'un centre hospitalier universitaire était définie par une convention de stage avec des limites qui dépendent de l'organisation de chaque service. Les échanges avec les médecins demeuraient pyramidaux avec des actes prescrits. L'encadrement par les masseurs kinésithérapeute était de l'ordre du tutorat avec la prise en charge de patient seul ou en doublon selon les structures. Ces stages permettaient de rencontrer différents intervenants de santé et de comprendre leurs rôles respectifs dans le cadre de l'hôpital.

Entre les périodes de stage et de cours, l'école organisait des rencontres sur une période d'une semaines avec des acteurs de santé divers comme des ostéopathes, des réflexologues, des ergothérapeutes, des orthophonistes…

Par la suite je me suis formé en ostéopathie au Collège Ostéopathique Sutherland Atlantique par un cursus de temps partiel sur six ans à raison de dix week-ends de quatre jours par an. Le Collège est composé d'une formation initiale post bac et d'une formation professionnelle pour les métiers médicaux et paramédicaux sur quatre sites de Nantes, Paris, Bordeaux et Strasbourg. Cette école est agrée depuis 2007 par le ministère de la santé.

Les enseignants étaient soit ostéopathes soit médecins sans intervention d'autres acteurs de santé. Elle se déroulait dans les locaux de l'école avec une confrontation aux patients dans le cadre de la clinique interne à l'école sous le regard d'enseignants à partir de la troisième année et des stages d'observation chez des professionnels. La formation regroupait

des étudiants professionnels de santé principalement masseurs kinésithérapeutes et médecins. Elle se déroulait en alternance avec une pratique de masseur kinésithérapeute en libéral dans le centre de Nantes de 2001 à 2006. Le cabinet était commun avec une orthophoniste. Le libéral favorise des échanges plus simplifiés avec les médecins qui orientent les patients vers des thérapeutes mais toujours dans le cadre d'actes prescrits. Le partage de patients avec l'orthophoniste a développé mon intérêt du partenariat thérapeutique.

Le partenariat de soins s'est développé avec d'autres professionnels comme des infirmières, des aides soignantes dans le cadre des maisons de retraite. La rencontre d'autres professionnels s'est fait par le besoin des patients de pouvoir être orienter vers d'autres compétences comme les pédicures podologues et les sages femmes. Les premières rencontres étaient principalement dans un souci de proximité du cabinet puis par une qualité des échanges et le retour des patients.

Suite à l'obtention de mon clinicat d'ostéopathie ma pratique d'ostéopathe en libéral à suivi cette orientation avec des partenaires définis et évoluant avec mes compétences et les besoins des patients vers d'autres professionnels comme les chirurgiens dentistes ou vers des médecins en dehors d'un rapport de prescripteur comme des nutritionnistes, des homéopathes ou des acupuncteurs.

Mon évolution vers l'enseignement de l'ostéopathie est liée à une proposition du responsable clinique d'intervenir comme coordinateur clinique au sein de la clinique du Collège Ostéopathique Sutherland Atlantique de Nantes en 2007.

Le coordinateur clinique est chargé de l'encadrement des cliniques et des temps d'astreinte des étudiants sous la direction d'un responsable clinique. Cette approche pratique m'a permis de constater la méconnaissance des étudiants en formation initiale du rôle de chaque intervenant de santé. Cette constatation était évidente dans le cadre des conseils de suivi de soins donnés par les étudiants aux patients par rapport aux autres acteurs de santé qui ne correspondait pas à la réalité de la pratique professionnelle.

Par la suite j'ai évolué vers l'enseignement de l'anatomie palpatoire en début formation et du Viscéral en fin de formation des étudiants. Cette matière me permet

d'insister avec des étudiants plus avancés dans leur formation sur la place de chaque intervenant de santé comme les diététiciens, les nutritionnistes, les gastro-entérologues et de partager ma connaissance de la nécessité de partenariat professionnel…Elle me permet aussi lors de certains cours de faire venir un médecin enseignant théorique de l'équipe pédagogique de l'école pour échanger sur nos pratiques différentes de palpation des viscères et des indications en présence des étudiants.

Le DUHEPS m'a été proposé par le directeur de l'école. Cette formation s'est présentée comme une opportunité de réfléchir sur ma pratique d'enseignant dans une période ou les écoles d'ostéopathie recherchent un rapprochement de leurs enseignants avec l'université. Elle présente aussi l'intérêt de regrouper des enseignants d'écoles différentes. Suite à un début de formation DUHEPS qui souléve de nouveau la difficulté de certains enseignants ostéopathes à accepter la différence d'autres professionnels ayant des parcours initiaux de professionnels de santé. Le choix du sujet du partenariat thérapeutique et surtout de « Comment éduquer les étudiants en ostéopathie au partenariat entre soignants » me paraît aujourd'hui primordial pour les nouveaux ostéopathes issus de la formation initiale qui devront trouver demain leur place dans le partenariat entre soignants, accepter et être accepté par les autres. Celui ci doit être non seulement interne avec les autres ostéopathes issus d'horizons diverses mais aussi externe vers les autres praticiens de santé.

Le projet pédagogique de cette formation initiale a été adapté à partir de l'expérience de la formation temps partielle puis du référentiel demandé pour les agréments des écoles d'ostéopathie. Dés le départ, les étudiants devaient faire des stages d'observation dans des cabinets d'ostéopathie avec des ostéopathes ayant une formation reconnue dans le cadre d'une convention de stage et en milieu hospitalier. Mais le nombre de structures recevant des étudiants de formation initiale est devenu inadapté à la capacité d'accueil et de disponibilité des professionnels de part le contexte (augmentation du nombre d'étudiants), les difficultés d'accès et le rapport interprofessionnel et la présence de deux écoles de formation en ostéopathie à Nantes le COS et l'IDHEO (Institut Des Hautes Etudes en Ostéopathie). Les étudiants ont une difficulté croissante pour trouver des terrains de stages.

Le choix actuel de l'école est de développer la clinique professionnelle comme terrain de stages pour les étudiants. Elle se situe dans les locaux de l'école avec la présence d'un professionnel ostéopathe diplômé qui consulte un patient observé par plusieurs étudiants. Le fonctionnement de cette clinique nécessite un nombre de professionnel exerçant supérieur par rapport à l'offre actuelle. Elle ne permet pas à l'heure actuelle de répondre aux besoins des étudiants et aux objectifs de l'école. Le choix de favoriser cette clinique vient de l'opposition de plus en plus importante de l'ordre des médecins de la présence d'étudiants ostéopathes issue de formation initiale dans des stages avec des médecins.

1.2 APPROCHE CONTEXTUELLE

1.2.1 LE SOIN

Le partenariat thérapeutique se définit autour d'un dénominateur commun : le soignant. Le soignant est selon sa définition celui qui apporte le soin. D'après le dictionnaire Larousse, le soin : « C'est une attention, une application à quelque chose. Ceux sont les moyens pour lesquelles ont s'efforce à rendre la santé à un malade. Soigner signifie réaliser des actes courants pour le bien être et la vie de chacun, c'est apporter une réponse satisfaisante aux besoins. » Etymologiquement, le mot " **soigner**" vient du latin "soniare" qui signifie : s'occuper de.

Il faut donc préciser la définition du soin dans le cadre de l'homme :

- Définition du Larousse de l'homme : « C'est un être doué d'intelligence, d'un langage articulé ; rangé parmi les mammifères, de l'ordre des primates et caractérisé par son cerveau volumineux, sa stature verticale et ses mains préhensibles. »

- Définition d'Hildegarde PEPLO (en 1952) : «l'Homme est un organisme vivant dans un état d'équilibre instable et qui lutte pour atteindre un état d'équilibre parfait qu'il atteindra qu'à sa mort. »

- Définition de Dorothy JONHSON (en 1958) : « l'Homme est un système en matière de comportement tendant à se réaliser et à stabiliser son fonctionnement. »

Le soignant soigne l'homme dans son environnement. L'Environnement : C'est le milieu dans lequel un être humain vit et ce trouve engagé. Ce terme comprend trois milieux : physique, social et culturel (croyance, coutumes, loisirs).

Il existe deux aspects du soin, des actes quotidiens d'entretiens et des actes avisés curatifs. Chez une personne ces deux aspects sont indissociables. Les soins sont une traduction de relations, ils tendent à mener la personne (ou le groupe) au degré d'autonomie optimale qu'il lui soit propre, à l'aider à mourir dans la dignité, à éviter ou à soulager la souffrance physique et/ou morale. Préventifs, curatifs ou palliatifs, les soins sont de nature technique, relationnelle et éducative. ***Virginia HENDERSON*** en 1955 a définie le soin :

« Les soins consistent à apporter à la personne malade, ou en santé, de l'aide dans l'exécution des activités liées à la satisfaction des besoins fondamentaux. Ces personnes pourraient accomplir ces activités sans aide si elles en possédaient la force, la volonté et les connaissances nécessaires. »

Le soignant soigne l'homme malade ou en santé dans son environnement. La notion de maladie est importante dans le cadre de la compréhension du soignant.

La définition de la maladie : « Altération de la santé qui se traduit notamment par un ensemble de rupture d'ordre physique, mentale et/ou sociale, et se manifeste par les symptômes objectifs et subjectifs. Elle est source de difficultés : la ou les causes de la dépendance chez la personne, c'est-à-dire tout empêchement majeur à la satisfaction à l'un ou plusieurs besoins fondamentaux. »

Le soin associe deux notions le cure et le care qui sont deux notions complémentaires et nécessaires dans la prise en charge du patient. Le cure est associé au traitement médical, la méthodologie, la compétence de l'acte technique.

Arlie Russel Hochschild professeur de sociologie à l'Université de Berkeley a donné une définition du concept du care : « Le terme, sans équivalent en français, caractérise une relation d'aide, familiale ou professionnelle ; il désigne tout à la fois l'activité de soin à une personne qui en dépend et le souci de la réception de ce soin, sa singularité résidant dans cette combinaison affûtée de compétences techniques et émotionnelles. » Donc le care associe une notion d'écoute et d'accompagnement pas uniquement dans le rapport technique quantifiable en acte de soin. Cette notion de care et de cure est au cœur de l'opposition de vision de santé dans les discussions actuelles d'économie de la santé. Un soin est un acte qui nécessite une évaluation qualitative (le care) et quantitative (le cure).

1.2.2 LA SANTÉ, LE SYSTÈME DE SANTÉ

L'objectif du soignant, du care, du cure est d'amener le patient vers un meilleur état de santé. Il faut présenter la notion de santé.

La santé est définie par l'organisation mondiale de la santé (O.M.S) telle quelle a été adopté en 1946, dont le premier paragraphe stipule que « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »

La santé est un concept complexe. Dans la charte d'OTTAWA (1986) la santé est définie comme « La mesure dans laquelle un individu ou un groupe peut d'une part, réaliser ses aspirations et satisfaire ses besoins et d'autre part évoluer avec le milieu et s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques. »

Le partenariat thérapeutique est un échange entre divers sous-ensembles de soignants qui font système. Cela aboutit à la notion du système de santé .

Le système de santé est défini par l'O.M.S comme : « L'ensemble des moyens humains, organisationnels, structurels, financiers, destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé. »

Il est composé de la demande de soins, de l'offre de soins, du financement des soins et du pilotage des soins.

L'offre de soins contient les professionnels, les établissements et les services de prévention.

Dans le cadre de mon mémoire, je me limite à la présentation des différents professionnels dans leur rôle de soignant. Le vocabulaire commun utilise pour ces soignants la dénomination de profession de santé. Dans le cadre légal, le ministère de la santé différentie les professions de santé par rapport aux professionnels exerçant dans le domaine de la santé.

Dans le rapport relatif aux professions de santé de niveau intermédiaire, « professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer », le rapporteur précise

l'organisation de la classification des professionnels de santé.

Le code de la santé publique fournit une classification des professions de la santé avec trois catégories :

- Les professions médicales : les médecins, les sages femmes et les odontologistes.
- Les professions de la pharmacie : les pharmaciens, les préparateurs en pharmacie.
- Les professions d'auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les pédicures podologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les audioprothésistes, les opticiens lunetiers, les prothésistes et orthésistes, les diététiciens.

D'autres professions sont cités dans les parties législatives et /ou réglementaires du code de la santé publique :

- Soit ils sont placés en relation avec le secteur et les professions dont ils dépendent : les techniciens en analyse biomédicale, les préparateurs en pharmacie hospitalière, les ambulanciers.
- Soit ils sont notés en relation avec le secteur et les professions dont ils dépendent : les aides soignants, auxiliaires de puéricultures et aides médico-psychologiques ;
- Soit ils sont notifiés selon une logique de nature d'activités : les conseillers en génétique ;
- Soit ils sont considérés comme ayant l'usage d'un titre et donc d'une activité, mais sans être qualifiés de profession de santé : les ostéopathes, les psychothérapeutes.

Dans cette organisation du système de santé, l'ostéopathie a une place définie par le code de santé depuis la loi de 2002. Cette profession a un cadre légal récent mais une histoire plus ancienne. Elle se place dans une organisation de soin ou chaque acteur s'articule autour d'un projet commun le soigné.

Cette organisation ressemble à une fleur avec chaque pétale représentant une profession et au centre le soigné.

La marguerite des soignants- Roland Fonteneau- schéma Yann Kéromnès

1.2.3 L'OSTÉOPATHIE

Elle trouve son origine aux Etats-Unis d'Amérique au XIXe siècle: Andrew Taylor Still en est le fondateur. Son éducation méthodiste rigoureuse, l'observation de la nature, ses contacts avec la population indienne, ainsi que sa participation à la guerre de Sécession en tant que médecin, sont fondamentaux pour sa recherche. L'observation des effets désastreux de la médecine de l'époque, utilisant des drogues et poisons, ainsi que la mort de trois de ses enfants le poussent à émettre le postulat suivant : Dieu, grand architecte de l'univers, créa l'homme de manière parfaite et il plaça dans le corps humain tous les éléments thérapeutiques nécessaires pour recouvrer la santé.

Il définit donc l'origine de la maladie comme une perturbation anatomique et fluidique au sein de la perfection corporelle. L'ostéopathie, forte de connaissances anatomiques et mécaniques, utilise comme moyen thérapeutique des mobilisations articulaires et tissulaires ; elle se différencie totalement des médecines de l'époque utilisant drogues, foi religieuse, magnétisme, médecine éclectique.

Still cherche à élaborer une cohérence pour son système. Il conçoit le système corporel comme une globalité appartenant à d'autres globalités plus vastes qui l'englobent, avec lesquelles il entretient des relations mutuelles indispensables à sa survie. Il lui semble évident que ces relations doivent s'observer au niveau matériel, mais aussi au niveau social, psychologique voire même spirituel. Pour lui, enseigner ne consiste donc pas seulement à transmettre un savoir-faire, mais également un savoir-penser qui fait défaut aux systèmes thérapeutiques de son époque. C'est auprès du philosophe anglais Herbert Spencer et de son concept évolutionniste qu'il trouve les éléments essentiels qui lui permettront d'élaborer le modèle ostéopathique.

Selon le Pr Bertrand LUDES dans son rapport de mission Ostéopathie Chiropraxie du 25 janvier 2007, il définit l'ostéopathie : « L'ostéopathe se définît par une pratique exclusivement manuelle dont le but est de pallier aux dysfonctionnements de mobilité des tissus du corps humain. Pour la réalisation de l'acte, l'ostéopathe recherche le dysfonctionnement de mobilité tissulaire par un diagnostic ostéopathique dit «spécifique» qui se définît comme une recherche de la lésion fonctionnelle tissulaire.

La lésion fonctionnelle tissulaire ou « dysfonction ostéopathique » au sens large est caractérisée par une modification de mobilité des tissus où quelle soit, et réversible par une manipulation appropriée.
Le diagnostic ostéopathique spécifique établit un lien entre l'anatomie de la structure a mobilité perturbée, la physiopathologie de la fonction perturbée et l'expression du trouble fonctionnel. »

Les décrets d'application de la loi de 2002 associés aux décrets d'ostéopathie 2007-437-jo du 27 mars 2007 donnent le cadre légal de la profession.
Le législateur a probablement voulu composer avec les multiples origines des ostéopathes français ; la réglementation ne codifie pas une profession de santé, mais donne les conditions d'obtention et d'usage d'un titre partagé par plusieurs acteurs : les ostéopathes médecins, les ostéopathes para médicaux et les ostéopathes ni médecins, ni para médicaux, issus des formations initiales.
Il fixe la formation des ostéopathes par un minimum de 2660 heures ou trois ans, ces décrets officialisent la possibilité pour un ostéopathe non médecin de recevoir un patient en première intention, en l'absence de prescription médicale.
Par ailleurs, les ostéopathes retiendront l'interdiction des manipulations gynéco obstétricales et des touchers pelviens, et la subordination de certains actes à un certificat médical préalable de non contre indication à ces techniques ; ainsi que l'interdiction d'enseigner une « approche viscérale ou crânio sacrée », ce dernier article ayant été abrogé par la suite.

1.2.4 LA FORMATION EN OSTÉOPATHIE

1.2.4.1 Historique de la formation initiale

1990- création des premiers établissements français d'enseignement supérieur en ostéopathie. Ils dispensent un enseignement conforme aux normes nationales ou internationales ouvert aux bacheliers inscrits en formation initiale. Avant1990, seuls les professions de santé (médecin, kinésithérapeute ...) avaient accès en France à cet apprentissage dans le cadre de la formation en alternance.

Mars 2002 - la loi Kouchner relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé légalise la profession d'ostéopathe en France.

Mars 2007- décrets d'ostéopathie 2007-437-jo du 27 mars 2007 donnent le cadre légal de la profession

Août 2007 – un arrêté dresse la liste des s établissements agréés par le Ministère de la Santé.

Les écoles d'ostéopathie cherchent à référencer leurs pratiques de formation dans un contexte économique difficile de part le nombre d'écoles et leur concurrence en France. Il n'existe pas d'unité actuelle dans cette organisation de la formation. Selon le Pr Bertrand LUDES dans son rapport de mission Ostéopathie Chiropraxie du 25 janvier 2007 : « Il existe actuellement un grand nombre d'établissements délivrant une formation non universitaire et non en convention avec le ministère de la santé et des solidarités concernant l'ostéopathie, formant de nombreux professionnels et il nous semble que si le cursus pour des non-professionnels de santé devait être autorisé, le nombre de centres de formation devrait être limité avec un accès restreint des étudiants pouvant suivre cet enseignement. Un établissement par inter-région (7 inter-régions) serait pertinent avec un nombre d'étudiants variant en fonction des possibilités d'accueil de 50 à 100. » Selon l'Union nationale des étudiants en ostéopathie (UNEO) il sort actuellement 880 étudiants diplômés par an. Le nombre d'étudiants actuellement en formation initiale est estimé à 8000. Ce qui selon l'UNEO doublera en 2016 le nombre d'ostéopathes.

Dès lors la difficulté de l'assimilation de ces nombreux ostéopathes dans le système

de santé devient problématique dans le contexte économique actuel. Il se pose la question de la place des étudiants diplômés en ostéopathie de formation initiale dans le partenariat thérapeutique.

1.2.4.2 L'organisation

La plupart des écoles fonctionnent avec une équipe administrative et une équipe pédagogique. Elles forment des étudiants en formation initiale et/ou en formation par alternance de professionnels de santé.

Dans le cadre de l'institut de formation dans lequel je travaille, il appartient à un groupe d 'écoles : l'équipe administrative est composée d'une direction avec des attachés de directions et des secrétaires. Le rôle du directeur dans l'organisation pédagogique et de surveiller l'exécution des décisions du conseil scientifique.

Le conseil scientifique regroupe le directeur général, les directeurs des différentes écoles, les responsables pédagogiques, les responsables cliniques et certains anciens enseignants fondateurs de l'école. Il a pour objectif de coordonner, de faire évoluer le projet pédagogique des différentes écoles.

Au niveau d'une école, l'équipe pédagogique est composée par le directeur de site, le responsable pédagogique des matières ostéopathiques, le responsable pédagogique des matières fondamentales, le responsable clinique et l'ensemble des enseignants.

Le responsable pédagogique a un rôle de coordination et d'organisation des cours selon les consignes du conseil scientifique. Il existe un responsable pédagogique pour les matières ostéopathiques et un autre pour les matières fondamentales.

Les matières ostéopathiques sont les matières enseignées par les ostéopathes principalement d'ordre pratiques et théoriques comme le concept ostéopathique, l'anatomie palpatoire, les techniques ostéopathiques générales, le bilan, le structurel, le viscéral, le crânien.

Les matières fondamentales regroupent l'ensemble des disciplines anatomie, physiologie, sémiologie, anglais, psychologie. Elles sont enseignées par des universitaires, des médecins, des psychologues.

Les assistants sont des anciens étudiants de formation initiale ou par alternance qui sont récemment diplômés. Ils assistent l'enseignant dans les cours théoriques et en clinique.

Le responsable clinique a pour objectif l'organisation des cours et des ateliers cliniques ainsi que le fonctionnement de la clinique. Il est responsable des stages ostéopathiques et d'une partie des stages hospitaliers. Il s'occupe aussi, des cas cliniques. Il est responsable des coordinateurs cliniques qui encadrent les consultations cliniques en dehors des cours et avec les enseignants et les assistants pendant les cours. Les coordinateurs cliniques sont d'anciens étudiants de formation initiale ou par alternance récemment diplômés.

1.2.5 La formation

Le cadre légal du décret de compétence décrit par l'arrêté du 25 mars 2007 définit :
S'agissant de l'enseignement, les études initiales sont réparties en deux corpus :
- « une phase d'enseignements théoriques des sciences fondamentales et de biologie humaine » de 1435 heures, se répartissant en six Unités de Formation classées de 1 à 6 ;

- « une phase d'enseignements théoriques et pratiques de l'ostéopathie » de 1225 heures, se répartissant en trois Unités de Formation dénommées A, B, et C.

Les écoles sont privées avec un agrément de formation. L'agrément est délivré aux établissements remplissant les conditions suivantes :

I. Assurer une formation conforme aux modalités prévues à l'article 2 du décret en matière de durée et de contenu de la formation.
II. Etre engagé dans une démarche d'évaluation de la qualité de l'enseignement dispensé.
III. Disposer d'un projet pédagogique respectant le référentiel de formation, notamment la qualité des lieux de stage et leur tutorat.
IV. Assurer la formation sous la responsabilité d'une équipe pédagogique composée *d'enseignants permanents*, de professionnels de santé et de personnes autorisées à pratiquer l'ostéopathie. Cette équipe est placée sous l'autorité d'un conseil scientifique comprenant un titulaire du diplôme de docteur en médecine.

Aucune autre précision n'est donnée quand à la formation et à la compétence des membres de l'équipe pédagogique pour enseigner.

A ce jour plus de 74 établissements en France ont reçu l'agrément ministériel pour enseigner l'ostéopathie et délivrer un diplôme.

L'agrément est délivré pour une durée de 4 ans et des audits sont prévus dans les établissements pour son renouvellement.

Concernant les formations dites « en alternance » pour les professionnels médicaux, para médicaux, les textes prévoient une dispense de validation de certaines des Unités de Formation de la première phase d'enseignement, en fonction des pré acquis de ces professions. Dans le cadre de ce travail, je me limite à la formation initiale.

Cette formation théorique et pratique des savoirs faires ostéopathiques est complétée par les stages pratiques.

Les stages sont très importants pour la formation au partenariat entre soignants. Ils sont organisés en stage interne dans la clinique ostéopathique et externe avec les autres acteurs de santé et des ostéopathes en dehors de l'école.

Les stages externes sont constitués de stages en cabinet libéral, de stages hospitaliers, de stages ostéopathiques de pratique et ou d'observation en milieu sportif. Ils représentent 260 heures pour les formations initiales (100 heures en stages hospitaliers et 160 heures en stages en cabinet libéral). « Les stages externes : l'étudiant stagiaire est placé sous la responsabilité d'un maître de stage travaillant dans la structure d'accueil. Le maître de stage externe est signataire de la convention de stage et a pris connaissance des objectifs du stage (…) lieux de stages autorisés : la philosophie du stage hospitalier est d'être baigné dans une structure multidisciplinaire.

- Hôpitaux
- Cliniques
- Maisons d'acceuil pluridisciplinaire
- Maison de retraite
- Maison de rééducation
- Maison de santé
- Cabinet de radiologie »

Les stages internes se font dans le cadre de la clinique pédagogique. Ils sont composés d'observations, de consultations cliniques avec des patients externes et des patients dits référents que l'étudiant suivra pendant plusieurs consultations. Ils représentent 610 heures sur l'ensemble des cinq années de formation. Ils sont sous la surveillance du responsable clinique, du coordinateur clinique, de l'enseignant et des assistants.

La formation en ostéopathie est donc théorique et pratique. Elle nécessite l'acquisition de savoir théorique, de savoir faire pratique qui sont enseignés dans le cadre de la structure de l'école. Le savoir être avec les patients et les acteurs de santé soit le savoir sociétal est acquis dans le cadre de la clinique pour les stages internes et dans le cadre extérieur pour les stages externes. La formation se rapproche du modèle dit en alternance avec cependant la majorité de la formation dans l'école 2400 heures et 260 heures en externe.

CHAPITRE 2 : FORMATION ET PROFESSIONNALISATION DES OSTÉOPATHES

2.1 LA FORMATION

La formation en ostéopathie a pour objectif d'organiser le passage d'un étudiant vers un professionnel. Il faut développer l'autonomie de l'apprenant pour le transformer en soignant face à un élément complexe, le patient. Cette formation est au cœur de l'apprentissage de compétences pour devenir un professionnel qui doit continuer toute sa vie à se former.

Le patient va juger la compétence professionnelle du thérapeute, cette compétence est au centre de la formation de l'étudiant.

2.1.1 Le professionnel

La société actuelle pousse vers la professionnalisation qui est synonyme de compétence de savoir, de savoir faire et de savoir être. Selon Guy Leboterf, la compétence du professionnel est de pouvoir lui faire confiance dans le fait de trouver des réponses pertinentes dans la situation problème de son cadre de reconnaissance sociétale. Il doit être compétent dans le cadre de l'ostéopathie pour :

- répondre à la demande et aux spécificités du destinataire
- évaluer la situation problème
- respecter les règles de l'art et de l'éthique propre à son métier
- activer et combiner ses capacités propres et celles de son réseau
- avoir une capacité d'écoute
- avoir une capacité d'initiative

- avoir une capacité de prendre en compte tous les paramètres du problème

Jacques Tardif est professeur au Département de pédagogie à l'Université de Sherbrooke au Canada. Dans une série d'articles parus en 2006 dans la revue *« L'ostéopathie....précisément »*, intitulés : *« La pédagogie au service de la formation en ostéopathie »,* il est un des premiers professionnels de la pédagogie à se pencher sur l'enseignement de l'ostéopathie.

Dans son article du journal de l'ostéopathie de septembre 2005 intitulé « la pédagogie au service de la formation en ostéopathie : axer la formation sur le développement de compétences », Jacques Tardif définit la notion de compétence et propose un éventuel référentiel de compétences en ostéopathie, de compétences professionnelles.

2.1.2 La compétence

Pour produire de la compétence, il faut du savoir et de l'expérience. Il faut un mélange de savoir, de savoir-faire et de savoir être. La compétence est en effet l'aptitude à mettre en œuvre des savoirs, des connaissances et des capacités, de façon responsable dans des situations déterminées.

Pour Guy Le Boterf, la compétence évolue selon les situations de deux types :

- une compétence pour les activités routinière où on exécute des consignes
- une compétence pour les activités complexes où il faut prendre des initiatives

La notion de « compétence » est donc évolutive selon les besoins et se substitue à la notion de savoir à l'école et de qualification dans l'entreprise. L'école a pour finalité l'acquisition des savoirs et des connaissances alors que pour l'entreprise, c'est une finalité productive avec la possibilité d'acquérir l'expérience de l'action. De la rencontre de ces deux acquisitions sortira le savoir pratique qui est une synthèse entre l'expérience et le savoir, que l'on appelle la compétence. Toute formation qui associe les deux systèmes a pour finalité la production de ces compétences.

Les principales caractéristiques des compétences sont d'être :

- Finalisées et contextualisées, on est compétent pour une classe de tâches et dans un domaine d'activités
- Opérationnelles et fonctionnelles : la compétence est inséparable de l'action
- Apprises : on ne naît pas compétent, on le devient
- A la fois explicites et incorporées, selon la part de l'activité dont le sujet est ou n'est pas conscient.

Les savoirs d'expériences ne peuvent s'acquérir qu'en situation car ils ne peuvent se transmettre par les mots : ils ne sont pas enseignables. La formation doit permettre d'apprendre ce qui ne s'enseigne pas à l'école et qui constitue l'essentiel de la compétence : le savoir de l'expérience. Cette notion est entièrement liée à la notion de formation des professionnels. Il sera un élément moteur de la formation continu de tout professionnel.

Ce savoir a besoin des savoirs et des compétences de l'école pour que l'expérience puisse être transformée en savoir d'expériences.

2.1.3 Expérience, expérientielle

La notion d'expérience est à la base de la compétence et donc de la formation. Dans un article intitulé alternance tripolaire et raison expérientielle à la lumière de la sémiotique de Pierce, Noël Denoyel insiste sur le paradigme de l'interprétant de Pierce qui se transforme en un paradigme des trois raisons : sensible, expérientielle et formelle.

L'expérience pour devenir une compétence doit être associée à un savoir faire habile et rusé un savoir mémoire. C'est une notion ancienne qui reprend le Kairos grec et le métis qui est une connaissance oblique des habiles. Pour l'ostéopathe c'est le geste correctif juste et au bon moment de disponibilité du patient à la recherche de la lésion primaire permettant de favoriser le vitalisme du patient en limitant les réactions secondaires : par exemple une manipulation localisée et adaptée. Ce savoir associe la raison sensible et la raison formelle vers une raison transversale appelée la raison expérientielle. L'expérience passe d'un acquis sur une tâche à une forme dynamique de compétence transversale la raison expérientielle. Pierce a théorisé

ces mécanismes de passage des objets et des règles générales vers les trois raisons en définissant des notions d'abduction, d'induction et de déduction et par la raison sensible la transduction. Ces trois raisons sont compatibles avec trois formes de logiques :

- la raison sensible fonctionnant en transduction utilise une logique analogique
- la raison expérientielle fonctionnant en abduction et induction utilise une logique dialogique
- la raison formelle fonctionnant en induction utilise une logique tautologique

C'est trois raisons associées à la connaissance du paradigme de l'interprétant de Pierce avec ces trois catégories de priméité (possibilité), secondéité (existence concrète) et tiercéité (loi habitude) permettent dans la rencontre interprétative avec leurs interférences de trouver un mode opératoire d'apprentissage de compétences qui correspond au paradigme des trois raisons :

- la raison sensible est associée à la priméité par la possibilité de médiation mentale avec un interprétant immédiat par représentation.
- la raison expérientielle est associée à la secondéité par une médiation par processus avec un interprétant dynamique par la stratégie du sens.
- La raison formelle est associée à la tiercéité par la loi, l'habitude, par une médiation continue avec un interprétant final par la stratégie de la signification.

Ces dialogues permanent de l'interprétant avec soi même, les autres, son environnement qui est à la base de l'apprenant à une formation professionnelle, un métier.

L'apprentissage doit prendre en considération non seulement la formation à l'expérience mais aussi l'introduction à l'apprentissage expérientiel.

2.1.4 L'apprentissage

Dans ces articles, Jacques Tardif fait référence à trois paires de concepts d'apprentissage :

- l'apprentissage informel et l'apprentissage formel ;
- l'apprentissage machinal et l'apprentissage signifiant ;
- l'apprentissage en surface et l'apprentissage en profondeur.

L'apprentissage informel correspond à celui qui se produit dans un environnement naturel qui n'a pas été constitué à des fins d'apprentissage. C'est l'apprentissage du jeune enfant dans son milieu familial et social. Tout se déroule comme si l'être humain était « génétiquement programmé » pour réaliser ces apprentissages.

L'apprentissage formel se produit dans des lieux dédiés à la scolarisation ou à la formation. Dans ces lieux, des programmes sont établis en vue de l'acquisition dans un ordre pré-établi de la formation visée. Ces apprentissages formels sont toujours mieux définis que les apprentissages informels, et leur évolution est programmée.

L'apprentissage machinal correspond à l'apprentissage par la mémoire. Il s'agit essentiellement d'apprentissages résultant de la mémorisation. Ces apprentissages ne requièrent pas de stratégies d'apprentissage particulières, à l'exception de quelques techniques de mémorisation.

L'apprentissage signifiant exige un investissement cognitif important. Les apprenants cherchent à donner du sens à chacun de leurs apprentissages. Ils créent des liens entre ce qui est déjà acquis et ce qu'ils sont en train d'apprendre, ils établissent des relations entre les différents éléments contenus dans la situation d'apprentissage. La formation en ostéopathie nécessite une transversalité entre les différentes matières fondamentales. L'approche systémique de l'ostéopathe se retrouve dans son concept de globalité dont l'ensemble complexe ne peut être abordé que par l'interaction de sous ensembles que l'ostéopathe cherche à articuler. Dans ce cadre l'étudiant doit être stimulé vers l'apprentissage signifiant.

Dans un **apprentissage en surface**, l'étudiant n'étudie pas pour évoluer dans sa démarche de professionnalisation, mais apprend uniquement dans le but de bien répondre aux questions, en vue d'obtenir la meilleure note possible. L'étudiant a une tendance normale à évoluer vers un apprentissage en surface pour répondre à la pression sociale de la réussite scolaire même si tous les concepts ne sont pas acquis. De plus, le contexte du coût de la formation initiale en ostéopathie pousse les étudiants à être des spécialistes des examens.

Dans un contexte **d'apprentissage en profondeur**, l'intention première de l'étudiant est d'aboutir à une compréhension approfondie de la matière étudiée.

« Dans une formation en ostéopathie, l'apprentissage en profondeur permet à l'étudiant de faire les liens entre ce qu'il apprend et ce qu'il sait déjà, et entre ce qu'il apprend et la pratique ostéopathique appliquée aux différentes situations cliniques auxquelles il sera confronté. La formation ostéopathique, puisqu'il s'agit d'une formation axée sur la professionnalisation des étudiantes et des étudiants, doit mettre l'accent sur l'apprentissage signifiant et exiger des apprentissages en profondeur. » (Tardif J., 2006). Cet apprentissage en profondeur correspond à l'acquisition de la raison expérientielle qui est transversale de la raison sensible et formelle.

La notion de clinique présentée par Tardif est un facteur essentiel de la formation en ostéopathie qui doit associer des apprentissages en profondeur et des apprentissages signifiants pour favoriser le développement de la raison expérientielle.

La clinique signifie au chevet du malade. Ce terme est utilisé par tous les acteurs de santé qui se caractérisent dans l'action du soin comme des cliniciens. La clinique est donc au cœur du métier d'ostéopathe ainsi que dans sa formation.

Dans son livre « L'atlantique est mon désert », Jean François Deniau présente l'historique du terme patient comme la personne qui jusqu'au 18ème siècle était amenée à l'échafaud vers son bourreau. Pour ne pas que le patient qui va voir l'ostéopathe reprenne son sens ancien, il faut que les étudiants soient formés à cette rencontre. Pour cela des cliniques sont obligatoires dans toutes les écoles d'ostéopathie agrées par le ministère de la santé. Il y a donc une nécessité de forme d'alternance dans l'apprentissage des savoirs.

La formation d'ostéopathe nécessite d'autre forme d'enseignement que le savoir fondamental, le savoir faire mais aussi le savoir expérientiel de la rencontre avec le patient.

Selon Roland Fonteneau les savoirs ne peuvent se limiter au savoir théorique, savoir faire, et savoir être. Il a différencier le savoir être en savoir comportemental et en savoir social.

Le savoir être nécessite de comprendre son environnement pour adapter son comportement à la société. Pour cela la seule solution est d'être confronté aux différents acteurs de la société. Le savoir comportemental et le savoir social ne peuvent pas s'apprendre complètement dans un espace fermé comme l'école.

2.2 L'ALTERNANCE

Gaston Pineau a proposé le modèle tripolaire da la formation initiale :

- l'autoformation
- l'hétéro formation
- l'éco formation ou la formation par les choses

Pour pouvoir être dans l'éco formation, il faut avoir la possibilité d'être confronté au « choses » ou encore à l'écosystème professionnel.

Dans le livre « L'école de l'alternance » écrit en 1998 André Geay, il propose une formation par l'alternance qui correspond au concept de la formation initiale vers la professionnalisation de Gaston Pineau. Il définit l'alternance comme : « une procédure d'entrée dans la vie » qui associe la certification des connaissances assurée par l'école et l'acquisition d'une expérience et d'une identité professionnelle. Elle permet cette transition de l'étudiant vers le professionnel. L'alternance permet d'apprendre ce qui ne s'enseigne pas dans les écoles, à savoir des capacités d'initiative, d'autonomie, de communication, d'organisation, des aptitudes à repérer rapidement les dysfonctionnements et même à anticiper les problèmes, à travailler en équipe et à s'insérer dans une culture d'entreprise.

Pour les étudiants en formation initiale en ostéopathie cette alternance commence dès qu'il prend conscience que la personne sur laquelle il pratique est un patient et non plus en cobaye. Puis réellement il rentre dans la professionnalisation après des stages d'observation dans les deux premières années, et en troisième année. C'est à partir de la troisième année que

l'étudiant rentre dans le cadre de la pratique avec un vrai patient. Il va rencontrer toutes ces choses qui ne peuvent s'acquérir qu'en situation réelle de travail. Dans notre profession c'est la rencontre avec la complexité du patient et non en école théorique, puisque l'école enseigne plus des certitudes, elle apprend à résoudre des problèmes plus qu'à les poser. Or avec un patient, le soin comme toute discipline de sciences humaines sera toujours dans une vraisemblance et non une certitude.

Dans la vie professionnelle, dans la rencontre avec le patient, il s'agit d'abord de réussir à voir le problème et à bien le poser, avant de choisir entre les différentes solutions possibles celle qui paraît la plus appropriée.

L'alternance exige la construction d'un système interface entre l'école et l'entreprise, c'est-à-dire une école de l'alternance qui va comporter quatre dimensions essentielles.

Les quatre dimensions de l'alternance :

- **La dimension institutionnelle** par la nécessité de partenariat et coopération de formation avec le monde professionnel que ce soit dans du partenariat interne entre ostéopathes ou externe entre acteurs de santé, ces notions seront abordées dans le chapitre sur le partenariat.
- **La dimension pédagogique** par le partage du savoir et du métier avec un accompagnement tutoral.
- **La dimension didactique** par une stratégie de formation inversée et une interdisciplinarité des accompagnants de la formation.
- **La dimension personnelle** par un apprentissage par production de savoir et socialisation dans le cadre de partager expérientiel.

Dans le système de soin, on a une logique économique de production de biens le cure et de services le care qui utilisent des savoirs dans des pratiques. Là, les choses ne se passent jamais totalement comme on l'a appris à l'école car la réalité professionnelle au contact du patient est toujours interdisciplinaire et plus complexe que tous les modèles : c'est une logique qui n'admet pas l'erreur. Dans le système école, l'enseignement est une logique de transmission des savoirs en vue de leur acquisition : c'est une logique linéaire qui va du simple au complexe et dont le modèle est la leçon. L'école simplifie, gomme le flou et l'incertitude pour mieux faire comprendre. En fait, l'école, avec ses savoirs, sert de moyen au service de la

production pour le système travail, le système soin. Par contre, la production n'est qu'un moyen au service des apprentissages dans l'école. En somme, l'alternance est encore trop souvent organisée comme deux espaces-temps formatifs différents et complémentaires. Entre les deux, entre les savoirs acquis à l'école et l'expérience acquise au travail, au chevet du patient, l'alternance visera directement les compétences comme savoir-en-action dans un contexte de production de compétence de soignant.

L'alternance est centrée directement sur la production des compétences, à l'articulation de l'expérience et du savoir. Et cela, parce que les compétences ne peuvent s'acquérir qu'en situation réelle et qu'elles ne s'enseignent donc pas. Le savoir de l'expérience n'est pas transmissible en dehors de la situation de travail. C'est là qu'intervient le tutorat, comme mode de transmission et de transformation des compétences en savoir d'expérience ou d'action, par une activité de compagnonnage et d'explicitation.

Dans la fonction tutorale se joue un échange symbolique fort dans lequel les tuteurs mettent en œuvre des rôles d'aînés par rapport à des jeunes en remaniement identitaire. Ces jeunes vont alors construire leur identité professionnelle par des identifications successives à des adultes pris comme modèles de rôles professionnels. L'adulte, figure d'identification, joue alors un rôle de mentor. Cette fonction de socialisation rejoint l'alternance civique dans l'entreprise citoyenne (transmission de savoir-faire sociaux). Les phénomènes d'identification sont très forts dans l'apprentissage par compagnonnage. Les fonctions de socialisation et de construction identitaire sont donc une composante essentielle du tutorat. Le tutorat ne vise pas à transmettre des connaissances (enseigner), mais à transmettre des pratiques professionnelles (former), donc à organiser le parcours initiatique, à repérer les situations de travail aux effets les plus formateurs. Les deux grandes missions de la fonction tutorale dans l'alternance sont : la mission de socialisation et la mission de transmission. La formation en situation de travail devra s'appuyer sur une pédagogie de l'incident ou du dysfonctionnement, c'est-à-dire que c'est à partir des pannes, des anomalies, des imprévus, bref, des problèmes rencontrés que se développent les capacités de résolution de problèmes en situation et que se constituent les compétences professionnelles.

A l'entre-deux, l'alternance nécessite une pédagogie de mise en cohérence des deux rapports au savoir dans un projet de formation. L'alternance implique une pédagogie du savoir partagé

et du tutorat où le rôle des tuteurs est essentiel, à la fois comme modèle, guide et valideur de projet.

L'intérêt de l'alternance, est de confronter les apprentissages expérientiels avec les apprentissages formels des sciences et des techniques dans la situation scolaire. A l'entre-deux, l'alternance est une manière d'apprendre : elle oblige l'apprenant à confronter les savoirs transmis à l'école aux savoirs produits par son expérience. L'alternance implique une démarche autonome de production de savoir. Il ne s'agit pas d'une démarche d'application des enseignements théoriques comme dans les études de cas, mais d'une implication personnelle dans une action dont on est responsable. On débouche alors sur l'autonomie et la responsabilité des apprentissages dans une alternance conçue comme système de production de savoirs, avec l'aide d'un médiateur enseignant et une organisation pédagogique particulière.

L'intérêt de l'alternance sous contrat est de donner au jeune un statut de salarié et de l'engager dans des activités avec implication et responsabilité. Elle en fait un membre de l'entreprise à part entière, impliqué dans un rapport salarial et dans une logique de socialisation professionnelle. Par contre, les formations avec stages et périodes en entreprise ne peuvent pas être appelées « alternances » car le jeune n'est pas rémunéré.

L'alternant s'est constitué un savoir en entreprise quand il arrive au Centre de Formation et il retourne en entreprise avec les acquisitions scolaires. Dans les deux lieux, il est donc possible de permettre à l'alternant d'exprimer ce qu'il sait et de valoriser ce qu'il a appris dans l'autre instance. Le savoir du métier devient alors le point de rencontre et le médiateur entre le maître et l'élevé apprenti. Le tuteur et le formateur ne sont plus perçus comme des maîtres (d'apprentissage ou d'école) mais comme des adultes qui font partager leurs connaissances et leur expérience. Un enseignant en alternance devient donc un formateur où il devient un accompagnateur, un initiateur, un facilitateur qui fait partager ses connaissances à des gens qui possèdent eux aussi des connaissances déjà acquises dans le même domaine ou dans d'autres. On est donc dans une relation de partage de savoir plus que de transmission au sens strict. Il faut donc faire prendre conscience aux apprenants et de valoriser leurs acquis et par une démarche de production de savoir, de faciliter leurs apprentissages.

L'alternant va donc se trouver au centre d'un conflit de logique et il devra réussir à transférer les acquisitions d'une situation à l'autre. Ce transfert sera donc la clé de l'apprentissage car il n'y a d'apprentissage que s'il y a transfert de connaissances.

L'apprentissage est un processus de « construction de savoir et non une simple accumulation de données qui s'empileraient comme des briques. Le savoir se construit et ne se transmet pas au sens strict du terme, car seules les informations sont directement transmissibles ».

L'alternance, c'est d'abord une autre vie, l'entrée dans une communauté d'adultes au travail, avec laquelle on cherche à s'identifier et être reconnu. L'alternance, c'est aussi et d'abord un processus de socialisation identitaire (selon André Geay), ce qui met en avant le rôle et la place du maître d'apprentissage et du tuteur.

La situation de travail favorise le développement d'une stratégie d'apprentissage de type « Réussir Comprendre » alors que l'école se situe dans une stratégie « Comprendre Réussir » qui permet de développer au maximum l'aptitude à l'abstraction. La particularité de l'alternance, c'est d'associer les apprentissages expérientiels et formels, elle permet ainsi de sortir du tout école. Redonner sa place à l'expérience dans la formation, c'est ouvrir un espace de liberté pour l'apprenant, c'est lui permettre d'apprendre à sa façon autrement que par consommation du savoir de l'école.

Le cadre de la formation en ostéopathie avec la clinique et les stages extériorisés non rémunérés ne peut pas entrer dans la définition de l'alternance d'André Geay. Cependant ce savoir expérientiel ou encore le développement de la raison expérientielle est essentiel dans le développement de sa compétence. La notion du tutorat des stages est à l'heure actuel complètement sous utilisée, elle ne rentre pas complètement dans le projet pédagogique. Il y a donc une réelle nécessité de réflexion sur l'adaptation du modèle de l'alternance pour les formations en ostéopathie. Il faut pouvoir redonner du lien à l'étudiant entre l'acquisition de ses différentes raisons sensibles formelles et expérientielles et savoirs dans le procès d'augmentation de ses compétences.

CHAPITRE 3 : LE PARTENARIAT ENTRE SOIGNANT

Dans sa définition du professionnel Guy Le Boterf insiste sur la compétence de travailler en réseau en coopération donc en partenariat. Le partenariat, le réseau, la coopération de travail sont des notions qui ont un grand écho sociétal actuel. Il permet une ouverture à d'autres compétences. Si le ministère de la santé a choisi de faire de la coopération de soin une de ses priorités, j'ai choisi d'utiliser le terme partenariat qui permet une plus grande ouverture que la coopération. La coopération a pour étymologie co operare. Ce mot operare, opérer, à aujourd'hui surtout une notion d'acte médical même s'il faut le comprendre sur la notion d'œuvrer en commun. Le partenariat peut être une interface sans que les participants aillent dans le même sens en commun (co).

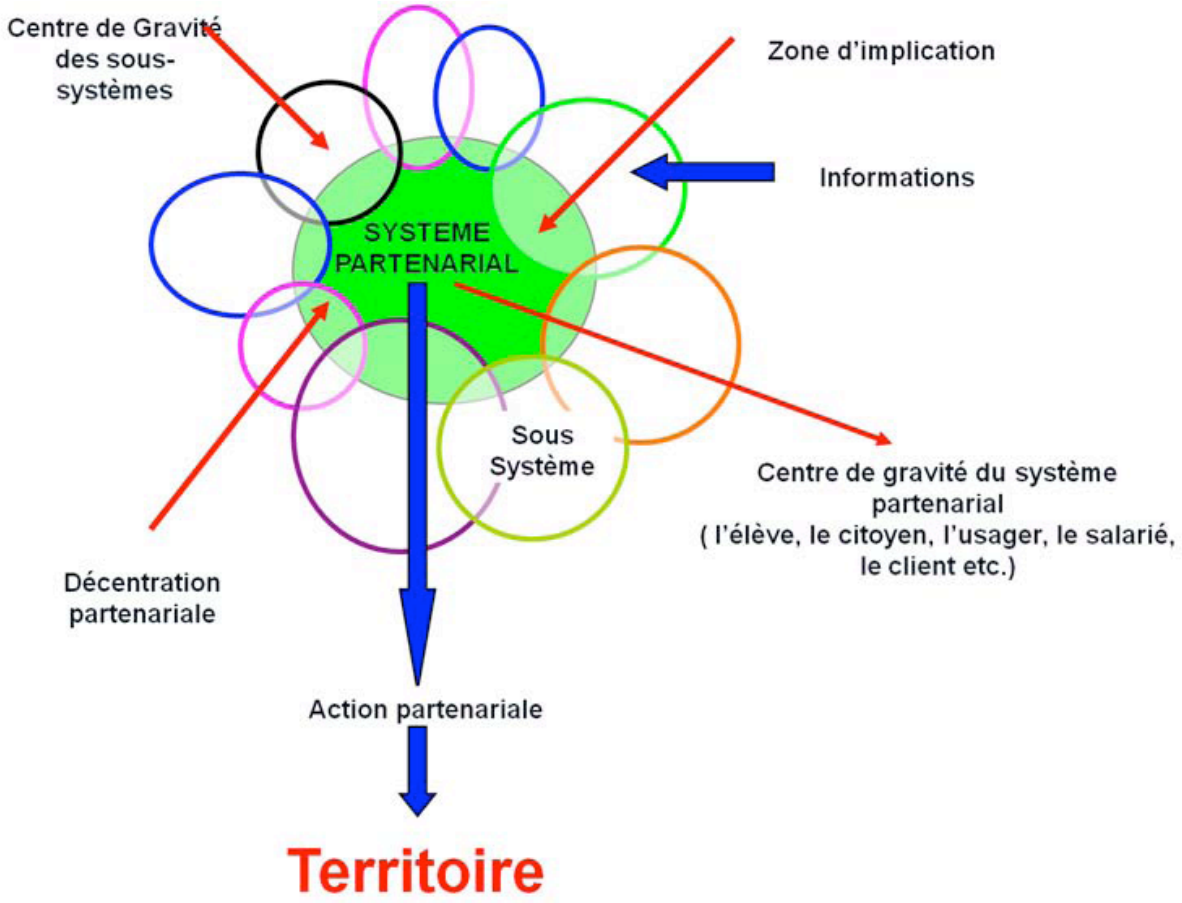
3.1 LES DIFFERENTES FORMES DE PARTENARIAT

Le partenariat entre soignants est une sous partie de la notion de partenariat. Ce partenariat lie des organisations, des savoirs, des individus. Il est au centre de nombreuses publications dans des domaines divers. Selon Fabrice DHUME tout le monde parle de partenariat et utilise ce concept de façon inadaptée. Il précise le paradigme du partenariat par « Le partenariat pose, par essence, les questions en terme d'interface, de relations et de tout ce qui interagit, voir interfère, à l'occasion de la rencontre. L'un de ses intérêts est justement de favoriser la cohérence dans l'action ».

Dans un article intitulé « Développer le management partenarial dans le médico social », Roland Fonteneau, maître de conférence en Sciences de l'éducation à l'Université de Tours propose une définition du partenariat.

Le partenariat : Le travail en partenariat consiste à définir et réaliser un projet avec des acteurs et des organisations clairement identifiés. Le projet est central et chaque partenaire doit faire un effort afin d'accepter jusqu'à un certain point, de mélanger sa culture à celle des autres. Les affinités n'existent pas obligatoirement d'emblées. Celles-ci se construisent dans l'action. Le partenariat repose fondamentalement sur les logiques des organisations. Ainsi, le

partenariat peut survivre au départ des acteurs. C'est un système complexe qui peut être compliqué entre autres facteurs, par les jeux de pouvoir des organisations.



La Marguerite du partenariat Roland Fonteneau

Il précise différentes formes de partenariats :

- Le partenariat interne :

C'est un partenariat interne à une organisation. Cela signifie que chaque acteur relativise son approche personnelle dans une approche globale. De fait, les démarches qualitées reposent sur la dynamique partenariale des organisations. Entrer dans une démarche qualité c'est devenir partenaire des acteurs des différentes composantes de son organisation.

- Le partenariat externe :

C'est le sens commun du terme partenariat. C'est un partenariat entre deux ou plusieurs organisations qui vont tenter de conjuguer des cultures différentes pour construire et réaliser un projet commun. Chaque partenaire devient alors sous-système du système partenarial global. Devenir sous-système constitue une certaine violence psychologique qui explique les résistances à entrer dans les dispositifs partenariaux.

- Le partenariat contraint :

C'est un partenariat décidé par une instance de « pilotage politique » pris au sens large. On dit aussi qu'il est « descendant » ou à « caractère étatique » pour signifier qu'il s'impose aux organisations concernées. Il repose sur une volonté de mutualiser les moyens sous toutes leurs formes et produire des compétences collectives en réponse à des besoins de plus en plus complexes.

- Le partenariat librement consenti :

C'est un partenariat qui relève d'une volonté de construire ensemble à partir d'une obligation de terrain. Le constat d'un manque de réponse adéquat à un besoin immédiat peut conduire plusieurs organisations à construire elles-mêmes leur propre partenariat. Ces innovations inspirent en général les futurs « partenariats contraints », du fait de leur exemplarité.

Corinne MERINI maître de conférences de l'UFM de Versailles précise « Le colloque INRP de 1993 a défini le partenariat comme étant "le minimum d'action commune négociée visant à la résolution d'un programme reconnu commun". C'est-à-dire que le partenariat ne se situe pas dans le projet ni dans le dogme mais authentiquement dans l'action, dans une action commune et négociée qui n'a rien a voir avec la délégation et ou la sous-traitance.

3.2 LE PARTENARIAT ENTRE SOIGNANTS

Le partenariat entre soignant est une partie du partenariat thérapeutique. Celui ci est une notion ouverte qui peut associer différents partenaires.

- Le premier partenariat thérapeutique est celui entre un soignant et son patient, c'est la base du soin qui nécessite en permanence une inter relation. Le sujet du soignant et de sa relation au soigné est très riche avec une nombreuse littérature sur la communication, l'accompagnement, la distance. Il est la base de la formation au soin. Il fait parti de tout projet pédagogique d'une école en ostéopathie.

- Le deuxième partenariat thérapeutique est un partenariat entre professionnels exerçant la même activité. C'est un partenariat entre soignant interne avec des acteurs ayant la même culture. La formation en ostéopathie dans la pratique est basée principalement sur un partenariat interne. Dans le cadre de l'ostéopathie le titre étant partagé entre acteurs d'origines différentes ce partenariat est toujours en cours de construction au niveau politique et local.

- Le troisième partenariat thérapeutique est un partenariat entre différents acteurs de santé. C'est un partenariat externe entre soignants.

Le point commun de tous ces partenariats est de placer le soin et le patient au centre du partenariat. Il associe le « care » et le « cure » pour trouver toutes les possibilités d'union de compétence pour aider le patient.

Dans le cadre de ce DUHEPS, j'ai choisi de limiter mon approche au partenariat avec les différents acteurs de santé. Il correspond par rapport aux critères définis précédemment à un partenariat externe avec des acteurs ayant des cultures différentes et un trait d'union majeure, le besoin de soigner. Il est principalement librement consenti et commence à évoluer vers un partenariat contraint par la volonté des patients d'améliorer leur prise en charge par un suivi de professionnels ayant des approches différentes.

Ce partenariat thérapeutique externe librement consenti ou contraint réside sur les principes de création d'un partenariat. Dans un article paru dans la Revue des Échanges, Volume 14, n°3, septembre 1997, dossier « Éducation et partenariat » intitulé « Le partenariat : du discours à l'action », Guy Pelletier propose lui les principes d'un partenariat.

3.3 LES PRINCIPES DU PARTENARIAT

1. Le principe d'intérêt mutuel des partenaires Pour être viable un partenariat doit, dès le départ, susciter une source d'intérêt pour les différentes parties.
2. Le principe d'égalité des partenaires Le partenariat repose sur des relations d'égal à égal, non hiérarchiques.
3. Le principe d'autonomie des partenaires Les différentes parties s'engagent de leur propre chef et demeurent libres dans leur action.
4. Le principe de coopération entre les partenaires Une entente partenariale s'inscrit dans un projet partagé et celui-ci n'a de sens que s'il y a entraide et échanges signifiants entre les partenaires.
5. Le principe d'évolution entre les partenaires Un partenariat s'inscrit au sein d'un espace-temps limité nécessitant une évaluation continue dont la résultante peut se traduire par des changements ou une cessation de l'entente de coopération.

Il découle un processus de gestion ou de décision pour créer un partenariat :

1- Analyse du problème par identification des besoins, des objets, du type de partenariat ;
2- Planification de l'action, donc définir les partenaires, les rôles ;
3- Réalisation du partenariat avec si besoin des adaptations ;
4- Évaluation du partenariat à partir de l'analyse des résultats obtenus selon les objectifs.

Dans le cadre de l'enseignement et de la recherche le partenariat a pour objectif de lier différentes disciplines. Le cadre du soin dans le partenariat thérapeutique correspond à une recherche autour du patient.

3.4 LES DISCIPLINES

La discipline est une catégorie organisationnelle au sein de la connaissance scientifique ; elle y institue la division et la spécialisation du travail et elle répond à la diversité des domaines que recouvrent les sciences. Les inters relations entre ces disciplines sont définis selon trois concepts :

- la pluridisciplinarité
- l'interdisciplinarité
- la transdisciplinarité

Dans son livre *Nos savoirs sur nos savoirs : un lexique d'épistémologie pour l'enseignement*, *Bruxelles : De Boeck, 1997. 169 p*, Gérard FOUREZ propose une définition de ces concepts.

La pluridisciplinarité est la rencontre autour d'un thème commun entre chercheurs, enseignants de disciplines distinctes mais où chacun conserve la spécificité de ses concepts et méthodes. Il s'agit d'approches parallèles tendant à un but commun par addition des contributions spécifiques. Jean Pierre Resweber précise que la mise en commun de connaissance ne s'accompagne pas d'une synthèse qui permettrait en toute cohérence d'harmoniser les prises de décisions disciplinaires.

L'interdisciplinarité suppose un dialogue et l'échange de connaissances, d'analyses, de méthodes entre deux ou plusieurs disciplines. Elle implique qu'il y ait des interactions et un enrichissement mutuel entre plusieurs spécialistes. Il s'agit là d'une approche globale systémique. Selon Joel De Rosnay, l'interdisciplinarité ne se contente pas de juxtaposition de matières, mais vise à jeter des ponts entre les disciplines, par l'utilisation de thèmes conjoignant celles-ci. (« Utiliser des thèmes d'intégration » De Rosnay J. 1975, p.299).

Jean pierre Resweber insiste sur le fait que l'interdisciplinarité va plus loin que la pluridisciplinarité. L'interdisciplinarité en liant les matière donne une cohérence à l'objet étudié.

La transdisciplinarité désigne un savoir qui parcourt diverses sciences sans se soucier des frontières. Elle va plus loin que l'interdisciplinarité car elle offre une autre vision de la réalité en « ouvrant » les disciplines, les traversant et les dépassant. Basarad Nicolescu précise que l'approche transdisciplinaire conduit à l'explosion des disciplines qui va rendre notre monde de plus en plus complexe, plus fidèle à sa nature.

Ces concepts ne sont pas à opposer mais à savoir utiliser selon les besoins définis du partenariat. Basarab Nicolescu (1996) dans son livre : *La transdisciplinarité – manifeste.* Monaco, Éditions du Rocher, Collection "Transdisciplinarité", écrit : « La disciplinarité, la pluridisciplinarité, l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité sont les quatre flèches d'un seul et même arc : celui de la connaissance. » Jean noël DEMOL (didactique et transdisciplinarité) explique que la transdisciplinarité n'exclut pas les disciplines, c'est au contraire grâce à la pluridisciplinarité et à l'interdisciplinarité que la transdisciplinarité peut se développer et se nourrir. Cette convergence permet une meilleure connaissance du monde.

Le partenariat thérapeutique externe contraint ou librement consenti s'appui sur un besoin d'une meilleure connaissance d'un petit bout du monde qu'est le patient. Le choix d'une approche de pluridisciplinarité, d'interdisciplinarité et de transdisciplinarité va se faire avec le besoin créé par l'échange. Cet échange repose sur le besoin de partager et donc dans son sens premier, de communier et de communiquer.

3.5 LA COMMUNICATION

La définition contemporaine la plus courante, celle du *Petit Robert*, associe communication et transmission d'information : « passage ou échange de messages entre un sujet émetteur et un sujet récepteur au moyen de signes, de signaux ».

3.5.1 L'historique du terme communication

Les dictionnaires historiques font remonter les premières occurrences du mot aux alentours de 1350. Communication est à l'époque interchangeable avec communion, et signifie partage, mise en commun. On retrouve encore aujourd'hui ce sens ancien dans le terme du vocabulaire ecclésiastique « excommunication », qui est l'exclusion de la communauté, la sortie de la « communion ». Ce n'est qu'au XVIe siècle qu'apparaîtra une spécialisation des termes : communion gardera son acception religieuse, tandis que communication va se séculariser, tout en signifiant toujours partage, mise en commun. C'est un sens qui va traverser les siècles en s'affaiblissant progressivement. Au XIXe siècle, on retrouve encore dans le *Littré* le terme « communier », pour parler des fermiers qui mettent leurs terres en commun.

Ce sens de mise en commun, de partage en dehors du contexte religieux prend une grande valeur dans le sujet du partenariat, ce qui positionne la communication au centre de celui ci.

Mais un autre sens commence à apparaître au XVIIe siècle : de partage, on passe à faire part, c'est-à-dire à transmettre, comme dans le célèbre exemple du dictionnaire de Furetière (1690) : « l'aimant communique sa vertu au fer ». Le terme va ainsi devenir de plus en plus technique. Aux XVIIIe et XIXe siècles, les « moyens de communication » désignent les routes, les canaux, puis le chemin de fer. À la fin du XXe siècle, les « nouvelles technologie » renvoient aux multiples combinaisons entre informatique et télécommunications. Il s'agit plus que jamais de moyens de transmission d'un point vers un autre.

Les premiers travaux universitaires sur la communication, dans le premier tiers du XXe siècle,

mettaient en place un rapport très large entre communication et société. Mais la place que prennent la presse, le cinéma, la radio puis la télévision dans les événements dramatiques du deuxième tiers du siècle va amener les chercheurs à ne plus voir dans la communication qu'une transmission de messages par les médias. Ce recadrage du rapport entre communication et société doit en outre beaucoup à l'apparition d'une « théorie générale » à la fin des années 1940.

Cette approche historique permet d'expliquer deux tendances schématiques de la définition de communication :

- La conception large des sociologues que résume l'affirmation d'Ithiel de SOLA POOL : «l'étude de la communication n'est rien moins que l'étude des sociétés ».

- La conception plus restrictive de certains psychologues et linguistes : la communication n'est plus qu'une composante de l'interaction entre agents, celle qui recourt à l'échange de signes codés.

Dans le cadre plus restrictif de l'interaction entre agents, du dialogue la communication a des buts bien définis.

3.5.2 Les buts et les enjeux de la communication

3.5.2.1 Les buts

Les buts de la communication répondent à la question: pourquoi devons nous communiquer ?

Selon Gail E Myers (1990) il définit cinq buts :

- **1er but** : nous communiquons pour découvrir qui nous sommes et apprendre à nous connaître davantage. Cela induit le concept de soi et la question de l'identité.

- **2ème but** : nous communiquons pour connaître le monde qui nous entoure.

la communication nous permet de maîtriser le monde qui nous entoure, les événements et de prendre connaissance de choses antérieures, de l'histoire et de choses éloignées de nous. C'est un axe majeur de la perception.

- **3ème but** : nous communiquons pour partager le monde avec celui des autres.

L'objectif est d'entrer en relation avec l'autre et de bénéficier de l'information avec lui. Il faut aussi maintenir, gérer la relation et pouvoir la clore.

- **4ème but** : nous communiquons pour persuader ou influencer les autres.
- **5ème but** : nous communiquons pour nous amuser, nous détendre et nous distraire des autres formes de communication.

Ces 5 buts sont traduits par des enjeux fondamentaux de communication.

2.5.2.3 Les enjeux

Mucchielli (1995) et Lipiansky (1998) décrits les enjeux psycho-sociaux.

« Tout comportement communicatif s'inscrit dans un jeu social nécessairement porteur d'enjeux » (Bourdieu).

1) Enjeux informatifs : ils sont le plus immédiat quand on parle de communication.

L'objectif est de diffuser la connaissance, la transmission de l'information entre l'émetteur et le récepteur.

Il est souvent reproché à la théorie de ne prendre que cet enjeu en compte alors que les enjeux psychiques sont essentiels à la communication.

2) Enjeux identitaires : ne pas perdre la face, défendre sa position et son message dans la communication. L'objectif est de parler, de défendre sa propre identité, sa position.

L'identité est la condition nécessaire pour qu'il y ait communication, chaque intervenant est défini par une limite qui sert de zone frontière à l'échange. Toute parole est faite à partir d'une certaine place. Elle est liée au statut, même anonymat, et va déterminer la position de l'interlocuteur.

L'identité est définie par des marqueurs : par le style, le vocabulaire, l'intonation de la voix, la position corporelle…

L'identité est un enjeu car dans les échanges, on va défendre cette identité. L'émetteur va attendre que le récepteur renvoie l'image qu'il voudrait donner.

C'est le principe de la valorisation: être reconnu comme un interlocuteur valable, être un individu propre qui a son mot à dire dans la négociation, être digne d'être écouté, de ne pas perdre la face, son identité dans la communication.

3) Enjeux territoriaux : ils sont définis selon un aspect physique et un aspect psychique.

Aspect physique

La communication se passe dans l'environnement, dans un espace défini. Cet espace doit être contrôlé pour permettre à quelqu'un d'y entrer. Cela crée la notion de distance, du respect de la position.

La distance interpersonnelle est différente selon chaque personne, chaque culture. Elle peut évoluer selon les besoins de la communication et les informations émis par chaque interlocuteur. En cas de transgression, des mécanismes de défense se mettent en place pour tenter de récupérer son espace. Il est important de trouver la bonne distance dans toute communication.

Aspect psychique

Les manières de s'adresser, de rentrer en interaction, d'aborder les personnes sont des aspects psychiques des enjeux territoriaux. L'utilisation du tu et du vous est une façon dans la langue française de créer une distance, une limite de familiarité identifiée par l'ensemble de la population. Cette notion ramène à la communication dans la famille, les proches avec le « tu ». Le « vous » reste une marque de distance envers un inconnu, de protection et aussi de respect. Le respect de la bonne distance psychologique.

Outre la forme du message, les sujets abordés constituent aussi un aspect psychique des enjeux territoriaux. La communication sur sa sphère privée, sa famille est une façon de rentrer dans une interaction de proximité. Au contraire l'utilisation de sujets environnementaux comme les faits de sociétés repositionne l'interlocuteur au niveau de la sphère publique.

La dimension de l'estime de soi est essentielle pour permettre la définition de l'individu dans ses limites, ses frontières. Mais aussi elle permet de conserver sa capacité à se positionner dans le libre choix de la distance d'interaction. Pour exemple une personne en phase de dépression évoluée a tendance à rompre les liens sociaux par incapacité à protéger ses frontières.

Cette notion nous amène à la question des relations, les enjeux relationnels.

4) Enjeux relationnels

Pour nouer des relations, physiques, interlocutives, la communication est nécessaire. Elle permet de mettre en place des relations sociale face à un individu ou à un groupe. Ces relations vont se réaliser sous des formes diverses comme des relations autoritaires, normatives, hiérarchiques, affectives, amoureuses…

Dans tous les cas dans les premiers temps de la communication, il faut instaurer la relation. C'est une combinaison de l'identité que l'on défend ou veut défendre et la nécessité d'aller vers l'autre en s'adaptant à ses signaux et en trouvant la distance pour défendre ses frontières. Cela se manifeste souvent par des rituels. C'est une alternance de communication verbale et corporelle, d'ouverture et de fermeture de la communication. Il se créer la possibilité ou non de créer la relation. Toute communication nécessite dans la relation de définir la personne, l'identité du groupe en face. Si ce n'est pas respecté, la communication est marginalisée. Il n'y aura pas d'intérêt à poursuivre l'interrelation.

Plusieurs indicateurs dans la communication permettent de déterminer si la relation se crée : thèmes abordés, distances interpersonnelles, tu-vous, la recherche de renouveler l'échange. Cette relation créée va pouvoir évoluer avec se jeux d'interaction par le comportement. C'est les enjeux conatifs.

5) Enjeux conatifs :

Ce sont les enjeux d'influence de comportement. Ils associent aussi une notion d'effort dans la volonté de faire évoluer cette relation.

Pour convaincre, influencer, le faire agir d'une certaine façon, pour modifier une relation ou une position dans cette relation, les différents acteurs vont mettre en place des stratégies. Elles sont résumées selon deux notions : la stratégie du pouvoir et celle de la séduction.

La stratégie du pouvoir

C'est un rapport de force, soit dans l'affrontement, soit dans le soumission. Ce pouvoir peut avoir différentes formes. Comme le pouvoir légal par reconnaissance des institutions sociales, le pouvoir hiérarchique dans une organisation de groupe. Le pouvoir peut être rapproché à une notion de compétences dans différentes formes de savoir. Ce savoir peut être un savoir faire, un savoir être, un savoir théorique ou encore un savoir sociétal selon les quatre niveaux du savoir. Mais le pouvoir peut être dissocié de ses compétences et de ces savoirs.

Dans cette stratégie la communication sera majoritairement uni directionnelle du décideur vers l'effecteur. C'est une organisation de type pyramidale.

Cette stratégie ne peut correspondre à toutes les organisations de communications. Il existe donc une autre forme de stratégie.

La stratégie de la séduction

C'est une recherche de complicité, de sympathie. Elle a pour objectif de créer une attirance. Elle a moins besoin d'argument.

Dans les mêmes enjeux conatifs il peut y avoir des alternances de stratégie du pouvoir et de la stratégie de la séduction.

Ces enjeux informatifs, identitaires, térritoriaux, relationnels, conatifs, sont présents dans toute les communications mais avec des prépondérances de l'un ou de l'autre.

Les données informatives sont souvent abordés dans notre société comme prépondérentes dans la communication. Mais il ne faut pas limiter la communication à l'information sous risque d'échec de l'interaction dans une relation.

CONCLUSION PROBLEMATISANTE

La première partie s'intitule : la notion de soin en ostéopathie, genèse et contexte de la recherche.

Dans le premier chapitre genèse et contextuel, je résume mon chemin de professionnel vers l'ostéopathie puis la formation initiale en ostéopathie. Elle retrace aussi mon parcourt d'enseignant à la rencontre de la formation initiale. Mon choix pédagogique d'insister sur l'importance de travailler en partenariat avec les autres acteurs de santé à travers la discipline que j'enseigne, le viscéral.

J'ai voulu reprendre la notion du soin et du soignant autour du patient. Le soin dans son entité associant le care et le cure. L'ostéopathie depuis sa reconnaissance légale est entrée dans le cadre du code de santé mais débute son histoire, elle garde un lien avec tous les acteurs de santé hors cadre légal. Ces acteurs de santé sont présentés sous la forme de la marguerite des soignants où chaque acteur est en interrelation autour du soin et du soigné.

L'ostéopathie a sa propre histoire et défend ses propres concepts qui lui donnent sa spécificité. Son exercice est partagé entre catégorie socio professionnels différente ce qui lui donne des critères de formation adaptée. Le choix de ce travail est de rester sur la formation initiale des ostéopathes non professionnels de santé. Leur formation est régit par un décret de compétence et organisée au sein d'écoles agrées.

Dans le deuxième chapitre intitulé formation et professionnalisation des ostéopathes, je présente une étude de concept de formation adaptée aux besoins du professionnel ostéopathe.

La formation en ostéopathie est une formation professionnalisante. La compétence du futur professionnel est au cœur du projet pédagogique. Ce professionnel doit être formé et continué à développer ses compétence durant toute son activité. La notion de compétences est une notion qui c'est développée avec la nécessité de faire appel à des universitaires comme Jacques Tardif ou Guy Le Boterf pour faire avancer la profession.

La connaissance des différents apprentissages positionne l'ostéopathe vers une recherche d'apprentissage en profondeur et des apprentissages signifiants. Pour cela la raison expérientielle doit être développée en interrelation de la raison sensible et de la raison formelle.

La place des stages remet en relation la formation de l'ostéopathie avec le concept de l'alternance. L'alternance développée par Gaston Pineau et André Geay est un concept qui va vers les apprentissages en profondeurs et signifiant, à partir de la stimulation de l'expérience sous tutorat. La formation actuelle en ostéopathie diffère sur plusieurs notions de la formation en alternance.

Dans le troisième chapitre le partenariat entre soignants, je reprends les concepts et les moyens de création d'un partenariat entre soignants.

La formation du professionnel doit passer dans sa capacité à créer des réseaux, à coopérer, à faire du partenariat entre ostéopathes (interne) mais aussi du partenariat entre soignants (externe). Le partenariat est le lien contraint, librement consenti autour d'un projet commun. Les formes d'échanges et de partages peuvent différer. Ils peuvent être pluridisciplinaire, interdisciplinaire ou transdisciplinaire. Dans tous les cas ils sont au cœur de la problématique du soignant et des organisations socioprofessionnelles.

Le lien est au cœur du partenariat avec une notion associée évidente de tout lien : la communication. Ces enjeux informatifs, identitaires, térritoriaux, relationnels, conatifs, sont présents dans toute les communications mais avec des prépondérances de l'un ou de l'autre.

Les données informatives sont souvent abordées dans notre société comme prépondérentes dans la communication. Mais il ne faut pas limiter la communication à l'information sous risque d'échec de l'interaction dans une relation.

Ces notions ont renforcé mon hypothèse de travail : le partenariat entre soignants est une nécessité pour l'ostéopathie. Il faut donc éduquer les étudiants en ostéopathie au partenariat entre soignants dans la formation initiale.

J'ai choisi de limiter la notion de partenariat thérapeutique au partenariat externe entre l'ostéopathe et les autres acteurs de santé. Le travail présenté s'intéresse au vécu du partenariat entre soignants et aux expériences de formation au partenariat.

Pour ce faire, je vais m'intéresser à l'expérience de professionnels ostéopathes sur leur relation au partenariat entre soignants. Puis je vais m'intéresser chez ses quatre cadres pédagogiques à leur réflexion sur l'éducation au partenariat. Je vais les interroger sur leur expérience et les outils qu'ils ont pu développer.

2ème PARTIE

Soin et partenariat dans la formation professionnelle en ostéopathie

Méthodologie et traitement des données

INTRODUCTION de la deuxième partie

Dans cette deuxième partie intitulée soin et partenariat dans la formation professionnelle en ostéopathie, méthodologie et traitement des données, je vais présenter la méthodologie et le résultat des entretiens auprès de quatre cadres pédagogiques en ostéopathie.

La première partie contextuelle présente mon histoire et ma relation au partenariat entre soignants puis une partie contextuelle qui éclaire sur la notion de soignant et le contexte de l'ostéopathe et de sa formation. Elle se continue par la nécessité d'une partie conceptuelle qui présente les notions de formations adaptées à l'ostéopathie et une présentation du partenariat entre soignants.

La deuxième partie va me permettre d'éclairer mon contexte et mes concepts par un entretien mené auprès de quatre cadres pédagogiques en ostéopathie. Le choix de ses cadres a été guidé par le fait d'avoir des professionnels expérimentés avec des origines de travail différentes. Ils forment un panel hétérogène de cadres formateurs en ostéopathie.

Dans le quatrième chapitre intitulé méthodologie de la recherche et analyse thématique, un panel hétérogéne de cadres formateurs en ostéopathie, j'explique ma méthodologie de recherche : les concepts de l'entretien, le choix de la population de l'étude, le choix des moyens, le guide d'entretien, et la grille d'analyse de contenu. Puis je présente les quatre analyses thématiques des quatre entretiens.

Dans le cinquième chapitre , j'ai fait une analyse comparative des données de l'étude en rassemblant les réponses des quatre entretiens selon la grille d'analyse avec les thèmes .Puis j'ai réalisé une synthèse pour chaque thème.

Dans le sixième chapitre, la discussion, j'ai interprété les résultats de l'analyse comparative à l'aide des notions conceptuelles et contextuelles de la première partie.

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE ET ANALYSE THÉMATIQUE : UN PANEL HETEROGENE DE CADRES FORMATEURS EN OSTEOPATHIE

4.1 LA MÉTHODE DE L'ENTRETIEN

Robert Weil dans son livre « Les techniques de recueil et de traitement des données » donne une définition de la technique de l'entretien : « La technique de l'entretien consiste à provoquer une conversation réglée entre un enquêté et un enquêteur muni de consignes et, le plus souvent, d'un guide d'entretien. Celui-ci se présente sous la forme d'une liste de questions ou de thèmes qui doivent obligatoirement être abordés au cours de l'opération, soit spontanément parce que l'enquêté en parle de lui-même au cours de la séance, soit sur la demande expresse de l'enquêteur. Le plus souvent ce dernier doit relancer l'entretien en s'aidant du guide créé auparavant. »

Il faut distinguer habituellement trois types d'entretiens selon le degré de liberté laissé à l'enquêter:

a) l'entretien libre ou non directif : l'enquêteur lance un thème puis tous ses efforts consistent à faire explorer ce thème par l'enquêté. Il est très rare en sociologie. L'entretien libre est souvent utilisé en psychologie et en psychologie sociale.

b) l'entretien directif qui ressemble fort à une enquête par questionnaire avec questions ouvertes c'est-à-dire sans réponses préétablies ou précodées : l'enquêteur interroge l'enquêté au moyen d'une liste de questions établies dans un certain ordre.

c) l'entretien semi directif n'impose pas une standardisation de la forme et de l'ordre des questions comme dans le cas du questionnaire. C'est un type d'entretien fréquemment pratiqué en sociologie, selon Robert Weil: « il consiste à faire produire par l'enquêté un discours plus ou moins linéaire avec le minimum d'interventions de la part de l'enquêteur. Il

s'agit de provoquer ce discours, après accord avec l'intéressé, puis de le faciliter pour explorer les informations dont dispose l'enquêté à ce sujet, c'est-à-dire ce qu'il peut en dire. »

Dans le cadre de ce travail, j'ai choisi la forme de l'entretien semi directif qui me semble plus adapté. Il permet de favoriser le développement d'idées de l'interroger et de le laisser organiser sa pensée.

4.1.1 LE CHOIX DE LA POPULATION DE L'ÉTUDE

Les questions de recherche sont posées à des responsables pédagogiques ou des directeurs d'école. Trois responsables interrogés sont ou ont été responsables dans l'établissement ou j'enseigne. Actuellement deux d'entres eux ne font plus parti des cadres de l'établissement. Le dernier été responsable pédagogique dans une autre école et intervient actuellement uniquement en tant qu'enseignant.

Ce sont des hommes qui enseignent l'ostéopathie depuis plus de 6 ans sauf un directeur d'école non ostéopathe. Ils sont tous expérimentés que ce soit comme professionnel ou enseignant.

Les ostéopathes sont des anciens kinésithérapeutes et sont issus de la formation par alternance. Ils enseignent tous aux formations intiales.

Ils sont tous prévenus et consentants de participer à un entretien enregistré sans avoir eu les questions par avance. L'entretien s'est déroulé de façon individuelle à la convenance des interrogés.

4.1.2 LE CHOIX DES MOYENS

Les quatre entretiens se sont déroulés entre décembre et mars 2012.

La durée moyenne de l'entretien est de 45 minutes, avec utilisation d'un dictaphone pour recueillir les réponses.

Les trois entretiens se sont déroulés dans une salle fermée dans la partie administrative de l'établissement où j'enseigne. Un entretien a eu lien à mon domicile dans mon bureau fermé.

Ils se sont tous déroulés en une seule fois sans interruption.

4.2 LE GUIDE D'ENTRETIEN

Jean Pierre Olivier de Sardan dans son livre Anthropologie et développement présente la notion du guide d'entretien : « Le guide d'entretien organise à l'avance les « questions qu'on pose », et peut dériver vers le questionnaire ou l'interrogatoire. Le canevas d'entretien, lui, relève du « pense-bête » personnel, qui permet, tout en respectant la dynamique propre d'une discussion, de ne pas oublier les thèmes importants. Il en reste aux « questions qu'on se pose », en laissant à l'improvisation et au « métier » le soin de les transformer au fil de l'entretien en « questions qu'on pose ».

Le guide d'entretien est composé de 10 questions ouvertes, avec l'utilisation de questions de relance.

L'ordre des questions a différé selon certaines réponses pour favoriser la continuité d'une argumentation d'idées.

1- Depuis combien de temps votre école forme des étudiants ostéopathes en formation initiale ?

2- Quels sont les acteurs de santé qui interviennent pendant la formation de vos étudiants ?

3- Quels sont les principaux partenaires de santé des ostéopathes en libéral ?

4- Comment sont perçus les ostéopathes par les autres intervenants de santé ?

5- Quels retours avez vous des relations de vos anciens étudiants avec les autres professions de santé ?

6- Selon vous le partenariat thérapeutique est-il nécessaire ?

7- Faut-il former les étudiants au partenariat thérapeutique ?

8- Comment préparer vous les étudiants en ostéopathie au partenariat thérapeutique ? - Où, comment et quand sont organisés les stages professionnels dans votre école ?

9- Après avoir redéfini les termes de pluridisciplinarité, d'interdisciplinarité et de transdisciplinarité ensemble, selon vous de quels types doivent êtres le partenariat professionnel des ostéopathes ?

10- Est-il nécessaire de créer ou de faire évoluer les outils existants ?

4.3 LA GRILLE D'ANALYSE DE CONTENU

Les réponses à ces entretiens permettent de concevoir une grille d'analyse de contenu. Elle se constitue des notions les plus importantes qui se dégagent des quatre entretiens. Ces notions se rejoignent autours de thèmes. La grille est composée de quatre thèmes :

1-Thème de la RECONNAISSANCE, relation à l'autre

- La complémentarité, la distance
- Le partage des compétences
- La disponibilité
- L'ouverture

2-Thème de la COMMUNICATION

- L'isolement spatiotemporel, la représentation aux autres
- L'espace unité
- Le réseau relationnel

- La maturité

3-Thème de l'OSTÉOPATHIE en général, ce qui est dit de l'ostéopathie

- Le cadre légal
- La notion d'omnipotent
- L'opposition
- La reconnaissance politique
- Le contexte

4-Thème de la FORMATION, les moyens liés à la formation : humains et matériels

- L'aspect financier
- L'organisation pédagogique et sa complexité
- La nécessité d'adaptation
- Le recul d'expérience, ce qui est dit sur la pédagogie

4.4 LES ANALYSES THÉMATIQUES

4.4.1 ANALYSE DE CONTENU DE L'ENTRETIEN 1 DE BENOIT, rédaction à partir de la grille

La première enquête s'est déroulée le 10 décembre 2012 à mon domicile avec M. Benoit. Il est ostéopathe praticien et enseignant dans plusieurs autres écoles.

Il est un ancien responsable clinique de l'établissement dans lequel j'enseigne : « J'ai enseigné pendant 8 ans dans une seule école, actuellement j'enseigne dans 2 autres écoles une à Nantes et une à Paris. (…)Dans ma première école j'étais essentiellement enseignant en structurel, puis en clinique et en cas clinique. … à partir de 2007 je suis devenu responsable clinique jusqu'en 2011. Actuellement je suis enseignant en structurel à Paris et assistant en clinique à Nantes. »

1-Thème de la RECONNAISSANCE, relation à l'autre

- **Concernant la complémentarité, la distance,** Benoit dit pour les différents acteurs de santé : « Pour les kinés j'oriente fréquemment suite à des pathologies chroniques (…) Les psychothérapeutes, les dentistes, de temps en temps. Les podologues de temps en temps aussi mais je trouve que l'on a tendance à leur envoyer trop régulièrement des patient. »

Pour la distance par rapport aux soins, Benoit précise : « Il y a plusieurs choses, premièrement lorsque je n'ai pas de résultats thérapeutiques je pense qu'il faut passer la main en fonction de ce que j'ai pu percevoir du cas du patient au niveau de l'anamnèse des tests des techniques etc. J'enverrai plus chez un médecin éventuellement chez un rhumatologue pour faire une infiltration, voir des fois chez un guérisseur. Donc, c'est quand j'ai des échecs que j'envoie et après c'est quand j'ai des cas chroniques comme par exemple la personne qui serait très raide avec des douleurs chroniques par exemple au niveau bas du dos dorsal cervical qui est vraiment voûté qui a besoin d'un travail de posture globale, pour qui le traitement ostéopathie ponctuel qu'il soit structurel viscéral facial, ou quoi que ce soit, ne suffira pas. »

- **Le partage des compétences,** Benoit affirme : « moi je pense que tout est complémentaire, il y a des indications pour chacun, pour chaque type de pathologie, pour chaque type de patient en fonction de leurs pathologies (…) Pour ce qui est du partenariat bien sûr il n'y a aucun souci, au contraire. »

- La disponibilité, Benoit dit : « Ce n'est pas moi qui fais le pas, c'est plus lorsqu'on fait le pas vers moi. Je trouve cela très bien, quand on fait le pas, je trouve ça très bien vraiment. Mais j'ai pas l'impression qu'il y a beaucoup de gens qui travaillent en interdisciplinarité car on a tous nos choses à faire… » Il précise : « il est vrai que nos échanges ne sont pas toujours suffisants mais cela vient peut-être du fait qu'en ostéopathie on est devenu légal depuis peu de temps. Il faut peut être du temps pour que les relations soient plus importantes. »

- L'ouverture, Benoit propose : « On aurait peut-être intérêt à emprunter ce que fait la médecine justement comme les médecins généralistes avec les spécialistes qui font des compte rendu (…) Pour la transdisciplinaire je pense que cela peut être très intéressant mais il faut des locaux communs, être en centre. » et « Il y avait quelques cours sur la posturologie et l'ostéopathie, sur l'acupuncture et l'ostéopathie, sur la nutrition et l'ostéopathie, sur la psychothérapie et l'ostéopathie. Le but de ces cours était d'éveiller la curiosité des étudiants et éventuellement pour certains d'aller un peu plus loin là-dedans, comme moi j'ai pu faire par exemple avec la psychologie. ».

2-Thème de la COMMUNICATION

- **L'isolement spatio temporel, la représentation aux autres** Benoit déclare : « Il est vrai que l'ostéopathie est souvent un métier où on se retrouve seul dans son cabinet, donc je n'ai pas eu beaucoup de retour sur ce que peut donner leurs relations dans le temps. Mais je sais que certains des étudiants devenus professionnels travaillent régulièrement avec certains médecins et que leurs relations se passent plutôt bien. » et précise :« Pour la transdisciplinaire je pense que cela peut être très intéressant mais il faut des locaux communs, être en centre,

cela nécessiterait aussi que l'ostéopathie soit mieux connu par les autres professionnels de santé qu'il soit plus au courant de notre fonctionnement. »

Il ajoute pour les stages professionnels « Ces stages permettent aux étudiants de voir beaucoup de choses importantes mais tout dépend de la qualité du stage que l'on fait. Mais comme cela est réalisé en kiné, c'est l'occasion de voir différents services et intervenants. »

- L'espace unité pour Benoit il faut : « Pour la transdisciplinaire je pense que cela peut être très intéressant mais il faut des locaux communs, être en centre »

- Le réseau relationnel pour sa création Benoit explique : « J'ai quelques retours, c'est principalement lorsque les gens s'installent, ils vont voir les médecins, les pharmaciens etc… Le retour que j'ai des étudiants est qu'ils ont un retour plutôt censé avec le domaine médical, je pense que ça passe plutôt bien avec les médecins quand ils se présentent, quand ils vont voir les médecins le retour est plutôt bon globalement par rapport à cela. »

Puis il précise à partir des stages : « Je pense que cela serait positif pour tout le monde car vu le nombre d'ostéopathes formés et le nombre d'écoles, pour faire son trou il va falloir se créer un réseau relationnel, non seulement pour vivre, mais cela peut être un des moyens d'augmenter sa patientèle et puis de faire un travail toujours plus intéressant. »

- La maturité, Benoit dit : « lorsque l'on s'installe, il y a un façon d'aborder les professionnels de santé, de faire la démarche, je pense que lorsqu'on a un peu de métier ou de maturité la plupart des gens arrivent au niveau relationnel à gérer cela. »

3-Thème de l'OSTÉOPATHIE en général, ce qui est dit de l'ostéopathie

- **Le cadre légal** pour Benoit : « cela nécessiterait aussi que l'ostéopathie soit mieux connue par les autres professionnels de santé qu'ils soient plus au courant de notre fonctionnement. »

- La notion d'omnipotent, dans son fonctionnement Benoit explique : « Je pense que tout seul et même si la personne souhaite bien faire cela sera compliquée d'où l'intérêt de la kiné éventuellement pour aider, pour compenser, tout dépend évidemment de tout cela. Par rapport à un podologue lorsqu'il y a une importante différence de longueur des membres inférieurs de plus d'un centimètre par exemple dans un 1er temps je n'envoie pas. Par contre si par la suite il n'y a pas de résultat thérapeutique à savoir une tendance à retrouver les douleurs je peux dans ce cas renvoyer vers le podologue pour aider à diminuer ses compensations. »

Comme cadre pédagogique, il précise : « on a fait des ateliers pour expliquer qu'il fallait passer la main qu'on n'est pas psychothérapeute lorsqu'on est ostéopathe, qu'on n'est pas nutritionniste qu'on peut avoir des notions mais il faut passer la main qu'on n'est pas kiné, on peut avoir des notions mais il faut passer la main. On avait mis en place pour expliquer ses relations des cours en 4heurres où on parlait du relationnel avec les autres praticiens de santé, on essayait de dire qu'on n'était pas omnipotent. »

- L'opposition, pour les stages Benoit constate : « Là je crois que c'est compliqué, car dernièrement le conseil de l'ordre des médecins a donné son véto pour recevoir les étudiants ostéopathes en stage que ce soit dans les cabinets libéraux et à la fois dans les hôpitaux. »

- La reconnaissance politique, Benoit déclare « Au niveau des médecins généralistes on a les deux positions, des médecins qui sont plutôt pour et d'autres plutôt contre. Mais globalement cela évolue plutôt positivement même si l'évolution reste lente. Pour les autres médecins on retrouve la même situation. Par contre pour les rhumatologues l'avis reste plutôt négatif que positif. Pour les kinés et les podologues l'image reste très positive. J'ai oublié de préciser précédemment, j'envoie de temps en temps à des nutritionnistes ou des diététiciens mais je n'ai pas de nom à conseiller comme pour les acupuncteurs. Pour ces dernières professions l'image de l'ostéopathie reste positive. » Il ajoute : « Oui, je pense que c'est politique avant tout, car le refus des stagiaires dans le milieu médical est d'ordre politique (...) Il y a d'autres formes de partenariats qui sont intéressantes, c'est ce que j'avais essayé de mettre en place avec les possibilités que j'avais. On avait mis en place et je pense que cela est très important, c'était vraiment le début et il fallait progresser dans ce sens là : c'est comment développer ce partenariat, je pense que des gens dans le coaching ou autre pourrait être

intéressant ou encore dans le cadre du management ou encore des gens qui sont dans les chambres de commerce et d'industrie. Des gens qui peuvent être en dehors des professionnels de santé mais qui peuvent apporter leur savoir-faire pour favoriser le développement de ce type de partenariat.

En tout cas cela peut être une ouverture à prendre en compte ou pas mais cela donne une autre vision avec un regard extérieur, ils peuvent apporter des choses. Il faut à la fois la présence des autres professionnels de santé pour expliquer comment ils fonctionnent, mais après lorsque l'on s'installe, il y a un façon d'aborder les professionnels de santé de faire la démarche ».

- Le contexte, Benoit dit : « pour faire son trou, il va falloir se créer un réseau relationnel, non seulement pour vivre, mais cela peut être un des moyens d'augmenter sa patientèle »

4-Thème de la FORMATION, les moyens liés à la formation humains et matériels

- **L'aspect financier**, Benoit indique : « il est vrai que d'un point de vue pratique faire venir des intervenants est compliqué par rapport aux possibilités de cours et au budget. »

- L'organisation pédagogique et sa complexité, Benoit dit : « Parce qu'il faut trouver des ostéopathes qui connaissent bien l'autre domaine aussi. Pour podologie et ostéopathie, il faut trouver un ostéopathe qui travaille beaucoup en podologie. Là-dessus il y avait aussi des cours articulation temporo mandibulaire et ostéopathie, mais là aussi il faut avoir des bonnes notions au niveau dentaire pour présenter un cours intéressant. Ces cours avaient été très appréciés par exemple. Quelqu'un qui fait de la posturologie, il faut qu'il soit aussi formé à l'ostéopathie et il est vrai que d'un point de vue pratique faire venir des intervenants est compliqué par rapport aux possibilités de cours ».

Par rapport aux stages, il déclare : « de plus c'est quelque chose de compliqué à dire. Est ce qu'ils auraient beaucoup de terrain de stage ? Après le problème qu'on rencontrerait à mon

avis sur ce point là est que lorsque nos stagiaires allaient voir des ostéopathes au cours de stages l'intérêt dépendait de la qualité des gens qui recevaient nos étudiants. Car il y avait de tout. Des professionnels catastrophiques, des gens très intéressants. »

- La nécessité d'adaptation, Benoit explique : « J'évite personnellement les gens qui ont 50 casquettes car je trouve que cela fait beaucoup et qu'ils ne peuvent pas maîtriser tous les domaines. Mais des gens qui ont deux casquettes par exemple ostéopathe kiné ou encore ostéopathe acupuncteur, me paraissent tout à fait apte à présenter et à faire le parallèle entre les différentes disciplines. Après il faut des gens qui soient intéressés par partager sa voie avec des autres. Il faut une ouverture d'esprit de ces gens-là. »

- Le recul d'expérience, ce qui est dit sur la pédagogie, Benoit dit sur les stages : « quelque part je pense que cela peut servir aux étudiants comme moi ça m'a servi pour m'installer quand on voit quelqu'un qui fonctionne avec quand même un certain nombre de patients qui travaille d'une façon à priori pas exceptionnelle mais qui fonctionne quand même. Cela peut permettre de donner confiance aux étudiants et donner le petit truc qui donne envie de s'installer. Il y a toujours du positif même dans le négatif. »

Par rapport au retour des étudiants, il explique : « Ils avaient principalement un intérêt pour le cours de posturo et d'ostéopathie qui avait bien plu, sur ce sujet les étudiants sont très demandeurs cela est sûr. Après cela passe ou ça ne passe pas, mais cela dépend beaucoup des cours. Car ces cours ne sont pas faciles à préparer mais globalement les étudiants étaient plutôt satisfaits et curieux par nature ».

Pour les cours : « Je pense que diminuer, on ne peut pas vraiment car les formations n'existent pratiquement pas. Je sais que les cours relationnel/patients basés sur la psychothérapie où ces choses-là, le relationnel n'est pas enseigné en ostéopathie, en kinésithérapie je ne crois pas que cela soit enseigné, en tout cas à mon époque cela ne l'était pas. Je pense par exemple que c'est très important, les cours comme les strapping certains étirements, je ne crois pas que cela soit enseigné dans beaucoup d'établissements. Je pense qu'on ne peut pas les enlever car il n'y en a quasiment pas ; donc on ne peut que les augmenter. Je pense que cela serait positif pour tout le monde ».

4.4.2 ANALYSE DE CONTENU DE L'ENTRETIEN 2 DE DOMINIQUE, rédaction à partir de la grille

La deuxième enquête s'est déroulée le 1er mars 2012 dans une salle fermée dans la partie administrative de mon établissement de formation. Il est ostéopathe clinicien et enseignant dans plusieurs autres écoles. Il est l'actuel responsable clinique de l'établissement dans lequel j'enseigne : « Ma fonction c'est responsable clinique. J'organise les cours et les ateliers cliniques. Je suis aussi responsable des stages ostéopathiques et d'une partie des stages hospitaliers. Je m'occupe aussi, des cas cliniques d'un point de vue pédagogique. J'ai un regard sur l'organisation de la clinique. »

1-Thème de la RECONNAISSANCE, relation à l'autre

- La complémentarité, la distance Dominique dit par rapport aux acteurs de santé : « Il se trouve, que je travaille de façon préférentielle, avec des médecins généralistes avec qui j'ai des échanges d'ordre privé. Généralement je les ai déjà soignés. En fait, c'est un problème de connaissance. C'est des gens que je j'ai pu connaître en tant que thérapeute ou en tant que confrère. »

- Le partage des compétences Dominique déclare : « C'est pouvoir échanger sur certains patients qui me posent souci. C'est dans l'intérêt du patient et dans l'intérêt du soin que je peux lui apporter dans la compréhension de ceux que peuvent lui apporter les autres intervenants de santé. »

- La disponibilité Dominique explique : « Moi je suis plutôt pluri que transdisciplinaire. Je n'ai malheureusement pas le temps, ou je ne le prends pas pour tout ce que j'aimerai faire. »

Pour le directeur de site il précise : « Il doit être là à plein temps car je ne prends pas le temps et je n'ai pas le temps. »

- L'ouverture Dominique dit « On a des retours avec la jeune génération de médecins qui sont très bons. Ils se sont beaucoup plus ouverts à nous. Et nous on s'est beaucoup plus ouverts à eux. »

2-Thème de la COMMUNICATION

- L'isolement spatio temporel, la représentation aux autres, Dominique déclare : « De façon générale je ne suis pas très bon pour travailler avec d'autres professionnels. »

Pour le partenariat il précise « Il y aurait bien sûr un intérêt de passer de pluridisciplinaire à interdisciplinaire. Encore faut-il le vouloir. À titre personnel, j'ai tendance à être trop refermé sur ma propre pratique. Dans ma petite chapelle à moi. Ce qui de mon avis est une erreur. »

- L'espace unité Dominique dit : « Il faudrait d'abord avoir sur place un directeur de site. Pour qu'il puisse travailler la communication. »

- Le réseau relationnel Dominique dit : « À titre personnel, j'interviens donc dans deux associations : la fédération bretonne interprofessionnelle où il y a un regroupement de tous les intervenants de santé au sens large qui se réunissent sur un sujet présenté par un praticien. Il y a un échange entre professionnels de santés locaux. C'est une façon de se rencontrer les uns les autres. Il y a une autre association à l'initiative d'une ostéopathe qui fait de l'interdisciplinarité, où tu présentes un patient qui te pose souci devant d'autres intervenants de santé. »

Il reprend cette notion par rapport aux stages : « dans le cadre des stages professionnels c'est principalement des rencontres entre ostéopathes donc du partenariat interne. »

- La maturité Dominique explique : « C'est sûr qu'il y a un intérêt à former les étudiants à ce partenariat. Justement c'est pour identifier nos propres manques à nous. En tout cas les miens.

Je les alerte énormément là-dessus. » Pour les stages : « Mes retours sont très variables selon les partenariats. Cela dépend peut-être aussi de l'attitude de l'élève… ».

3-Thème de l'OSTÉOPATHIE en général, ce qui est dit de l'ostéopathie

- Le cadre légal Dominique l'évoque par la notion d'opposition.

- La notion d'omnipotent Dominique indique : « Il est évident que l'on ne peut pas tout faire tout seul. Nous sommes amenés à travailler de façon conjointe. »

- L'opposition Dominique dit : « Il y a encore toute une catégorie socioprofessionnelle de professionnels de santé notamment des médecins qui sont encore très debout sur le frein par rapport à notre pratique. Je pense que le fait d'être intervenant de 1ère intention les dérange. » Il précise par rapport à l'ostéopathie : « Et aussi par ce qu'on a un arriéré de lutte de pouvoir. Mais tout cela change rapidement actuellement. »

- La reconnaissance politique, Dominique précise : « On n'a pas suffisamment le pied dans l'hôpital. »

- Le contexte, Dominique dit : « Je suis content qu'on ait pu ouvrir ses stages à des disciplines fermées avant comme les radiologues ». Pour le partenariat il indique: « C'est sans doute un des éléments où on a le plus besoin de travailler. À tous niveaux à savoir comment se vendre à l'extérieur : créer des partenariats pour la clinique, créer des terrains de stages. À l'heure actuelle, on est au début de cette prise de conscience. »

4-Thème de la FORMATION, les moyens liés à la formation humains et matériels

- L'aspect financier Dominique ne l'évoque pas.

- L'organisation pédagogique et sa complexité Dominique indique pour les stages : « Il faut faire parler les élèves et que moi-même j'aille dans les stages hospitaliers. Mais pour cela j'ai un problème de timing. Allez voir les autres intervenants c'est cela qu'il faudrait faire pour savoir comment s'est passé le stage. Actuellement je suis dépassé pour avoir le temps de cela. »

Il ajoute par rapport aux stages: « Les stages hospitaliers ne sont pas assez valorisés (…) On va rajouter aussi un courrier de remerciement après le stage. Pour ne pas fermer les portes et penser aux successeurs. »

- La nécessité d'adaptation Dominique nous rapporte par rapport à un stage : « on s'est rendu compte qu'il y a un énorme manque et on a pondu en catastrophe un support qui reprenait l'objet du stage pour le stagiaire et l'accueillant. Il y a certainement un problème de communication. »

- Le recul d'expérience, ce qui est dit sur la pédagogie Dominique indique : « Il y a une étudiante qui a fait un mémoire sur ce sujet il y a quelques années. »

Pour les cours il dit: « L'année dernière y avait des éléments concrets d'ordre ponctuel. Par exemple on parlait de comment écrire à un médecin. Je leur ai lu plusieurs courriers que j'avais faits. On les a interpellés là-dessus. C'était pendant un cours de cas cliniques. Et d'ailleurs je me dis que je vais le refaire. J'utilise le moment des cas cliniques pendant la phase des conseils pour préciser l'importance de la relation aux autres thérapeutes. »

Pour les stages : « on a décidé d'ajouter à chaque convention de stage un support explicatif de l'intérêt du stage. On va faire à côté un petit résumé de ce qu'est une formation d'ostéopathe et l'intérêt du stage hospitalier et dans le cadre de l'enseignement. Il propose : « Il faudrait externaliser la clinique. Pour pouvoir échanger et après comparer les pratiques. Par exemple une clinique aurait toute sa place dans un centre antidouleur. Pour arriver à créer des consultations connexes. »

4.4.3 ANALYSE DE CONTENU DE L'ENTRETIEN 3 DE NICOLAS, rédaction à partir de la grille

La troisième enquête s'est déroulée le 2 mars 2012 dans une salle fermée dans la partie administrative de mon établissement de formation. Il était à cette période directeur de l'école. Cette fonction consistait : « Je suis responsable de plusieurs domaines : le domaine administratif, le domaine de la gestion, le domaine pédagogique et le domaine du management de la relation en Ressources Humaines. De puis peu nous sommes chargés aussi de la relation sociale par l'intermédiaire des Délégués du Personnel.

Il est le seul non ostéopathe des personnes interrogées.

Il a un parcours et une culture du monde l'entreprise : « J'ai démarré en 92, dans le cadre de gestion de programmes nationaux de formation. C'était un programme d'accompagnement et de qualification à l'emploi pour un volume de 900 000 heures stagiaires à gérer. Par la suite j'ai travaillé en tant que directeur adjoint d'un grand CFA dont la vocation était la mise en place pour les écoles supérieures de l'apprentissage en fin de cursus. Ensuite j'ai travaillé en tant que consultant pour Bruxelles. Je devais coordonner des travaux d'intérêt communautaire de types transnationaux. Puis j'ai intégré le secteur automobile dans l'industrie notamment avec l'audit et la formation. Ensuite j'ai travaillé en tant que directeur de formation à l'AFPSA. Maintenant je suis directeur d'établissement aux COS. »

1-Thème de la RECONNAISSANCE, relation à l'autre

- **La complémentarité, la distance,** Nicolas dit par rapport aux relations aux différents partenaires de santé : « il y a le complexe de l'ostéopathe, c'est-à-dire des étudiants qui se disent que je ne suis que ostéopathe et que je n'ai pas de diplôme de l'éducation nationale donc je n'ose pas m'inscrire dans un parcours de santé ». Par rapport aux échanges avec les professionnels de santé : « Certains disent qu'ils sont très bien reçus. Les professionnels de santé ayant déjà adoptées les relations avec les ostéopathes. Souvent il travaille déjà avec des acupuncteurs ou des thérapeutes de médecine alternative. Dans ce cas-là ils arrivent même à travailler en pluridisciplinaire ».

Il ajoute : « Je pense que pour une approche thérapeutique globale il me semble indispensable qu'ils sachent travailler avec un médecin, avec un gastroentérologue, avec d'autres intervenants. »

- Le partage des compétences, Nicolas par rapport aux étudiants dit : « Puis il y a aussi le fait que les ostéopathes sont maintenant bien formés dans un cadre qui me semble maintenant bien établi en termes de compétences et que ils sont maintenant reconnus comme des interlocuteurs dignes d'une approche thérapeutique complémentaire alternative.»

Pour le partenariat il indique : « Notamment la transdisciplinarité n'est pas encore très développée. Je crois qu'il y a encore cette méfiance de la part des médecins, mais d'autres également de la relation entre les ostéopathes et les autres professionnels de santé. »

- La disponibilité, Nicolas en parle à travers la relation des étudiants aux acteurs de santé : « Donc je m'exclus du parcours de santé. Et puis il y a les décomplexés qui au contraire disent qu'ils sont ostéopathes et qu'ils ont bien compris comment ils pouvaient s'inscrire dans le cadre d'un parcours de santé pour construire des relations interdisciplinaires et j'envisage de m'installer en allant voir tous les professionnels de santé auprès de moi. »

- L'ouverture, Nicolas précise par rapport au partenariat thérapeutique : « J'ai l'impression qu'il est plutôt pluridisciplinaire à l'heure actuelle. Dans le sens où il me semble que les hostiles au ou les autres professionnels de santé sont en train de se découvrir. Ils apprennent à travailler ensemble. »

2-Thème de la COMMUNICATION

- L'isolement spatio temporel, la représentation aux autres Nicolas dit pour l'intérêt de la formation des étudiants au partenariat thérapeutique : « Je pense que ce serait nécessaire voir indispensable dans un but de promotion de la profession. »

- L'espace unité Nicolas dit : « C'est en parlant de l'ostéopathie en utilisant un jargon commun entre différents professionnels de santé, c'est cet échange qui permettra à la profession d'intégrer un parcours de santé ou l'approche thérapeutique et complémentaire. »

- Le réseau relationnel Nicolas dit : « Je pense que pour une approche thérapeutique globale il me semble indispensable qu'ils sachent travailler avec un médecin, avec un gastroentérologue, avec d'autres intervenants. »

- La maturité Nicolas précise : « La posture que je tiens quand je rencontre des étudiants au quotidien et quand j'en parle avec les enseignants c'est de dire que spontanément penser que vous êtes les acteurs du parcours de santé. Et en tant qu'acteurs du parcours de santé donc rapprochez-vous systématiquement quand vous vous installez. Quand vous allez faire un stage des professionnels de santé. C'est une posture, ce n'est pas une organisation particulière. C'est une nécessité thérapeutique et économique. »

3-Thème de l'OSTÉOPATHIE en général, ce qui est dit de l'ostéopathie

- Le cadre légal Nicolas dit par rapport à l'opposition du cadre légal de l'ostéopathie : « Récemment j'ai encore entendu une émission, où un médecin ostéopathe qui a fait 300 heures de formation ne comprenait pas comment un ostéopathe pouvait être capable d'établir un diagnostic. Je pense que cela fait parti d'une méconnaissance et d'une incompréhension. De toute façon ce discours est encore souvent présent. »

- La notion d'omnipotent Nicolas explique par rapport au besoin de partenariat thérapeutique des ostéopathes : « Pour moi l'ostéopathe n'a pas besoin de partenariat thérapeutique lorsqu'il a estimé qu'il pouvait prendre en charge. Mais effectivement on sait que l'ostéopathe ne peut pas prendre en charge toutes les pathologies. Alors je modère en disant que si l'ostéopathe a considéré qu'il n'y a pas de diagnostic d'exclusion et qu'il était

capable de prendre en charge et bien il n'a pas besoin de prescription. S'il a décidé que la prise en charge était réalisable avec ses compétences il n'a pas besoin de prescription. »

- L'opposition Nicolas précise par rapport aux relations aux différents partenaires de santé : « Ensuite il y a des étudiants qui disent que l'on n'est pas reconnu ou qu'on est décrié par le lobby des médecins et des kinésithérapeutes. Donc je m'exclus du parcours de santé (…) tous les étudiants sont bien conscients qu'il y a un lobby des médecins et des kinés qui s'interrogent sur la place de l'ostéopathie. Cette observation est une constante (…) Il y a aussi ceux qui disent qu'ils se sont faits jeter de partout. Je suis allé à l'hôpital je ne suis pas reconnu. On m'a même traité de charlatan. »

- La reconnaissance politique Nicolas explique : « De plus en plus de médecins ou des chirurgiens-dentistes disent l'ostéopathie oui. J'ai rencontré aussi des personnes qui travaillent dans le domaine pédiatrique qui dise qu'on fait appel à des ostéopathes dès les premiers mois de la naissance. Il me semble que l'ostéopathie évolue de façon très favorable. D'une part par ce que je crois que l'ostéopathie étant de plus en plus visibles, les professionnels de santé commencent à comprendre comment peuvent s'articuler leurs actions thérapeutiques. »

- Le contexte Nicolas dit par rapport à l'intérêt de former les étudiants au partenariat thérapeutique : « il n'y a qu'à travers ses approches que va se constituer la patientèle dans un parcours de santé élargie avec une approche pas exclusivement allopathique mais alternative qui pourront apporter d'autres éléments. C'est indispensable à terme pour des raisons de promotion de la profession et pour des raisons économiques également. »

4-Thème de la FORMATION, les moyens liés à la formation humains et matériels

- L'aspect financier, Nicolas déclare que la formation au partenariat thérapeutique est « indispensable (…) pour des raisons économiques, il n'y a qu'à travers ses approches que va se constituer la patientèle ».

- L'organisation pédagogique et sa complexité Nicolas répond à la question de concertation sur le partenariat thérapeutique au sein de réunions de responsables pédagogiques : « Pas encore, pas à ma connaissance. Je pense que vous mettez en avant un sujet qui est relativement nouveau en terme de formalisme de discussions au sein du COS. »

D'un point de vue personnel il propose : « Dans les outils ou dans l'approche pédagogique éducative je pense qu'il est intéressant d'en parler lors d'un cours. Je pense aussi qu'il faudrait interroger les étudiants sur leur perception de l'inter ou de la pluridisciplinarité. Il faudra fixer la problématique de formation sur le partenariat thérapeutique. Je devrais faire une analyse avant de l'aborder avec des étudiants. Celle-ci serait réalisée en partage avec les différents protagonistes. C'est-à-dire des gens qui œuvrent au quotidien en tant que professionnel de santé. Cette première approche permettrait de définir quelles seraient les modalités de la relation. Ensuite il faudrait présenter cette analyse aux étudiants. Il est important d'établir quel est le bénéfice de cette approche. Ensuite je pense qu'il faudrait au moins 3 aspects didactiques. Le premier aspect serait des témoignages : comment au quotidien on peut s'organiser. Il faudrait ensuite une pratique, en faisant travailler ses étudiants dans des environnements pluridisciplinaires. Il faudrait aussi un projet de construction d'un projet transdisciplinaire entre l'ostéopathe et au moins un domaine de pratiques de professionnel de santé. Globalement ça serait des modalités qui me sembleraient pertinentes. Évidemment cette première réflexion ne peut être exhaustive. »

Il conclut l'entretien par : « Donc cela traduit pédagogiquement d'abord la posture puis l'analyse puis la définition de ces objectifs. Pour l'instant je n'ai pas entendu parler d'éléments formels qui nous permettraient de considérer que l'on est vraiment dans une organisation pédagogique. »

- La nécessité d'adaptation, Nicolas déclare par rapport aux outils existant : « c'est une des modalités qui me semblent permettre d'être un levier pour travailler dans ce sens. Je pense que le stage ostéopathique devrait être modifié ».

- Le recul d'expérience, ce qui est dit sur la pédagogie Nicolas dit par rapport aux stages : « devraient être modifié car l'objectif est actuellement un objectif de confirmation ou, de consolidation de compétences ostéopathiques voir d'observation. Il faudrait évidemment lui donner une connotation complémentaire qui serait la mise en œuvre d'un projet interdisciplinaire. Il faudrait ajouter un objectif particulier. »

4.4.4 ANALYSE DE CONTENU DE L'ENTRETIEN 4 DE JEAN PIERRE, rédaction à partir de la grille

La quatrième enquête s'est déroulée le 3 mars 2012 dans une salle fermée dans la partie administrative de mon établissement de formation. Il est ostéopathe clinicien et enseignant dans plusieurs autres écoles : « J'ai commencé, mes premiers enseignements en ostéopathie en 1995 dans un établissement de temps partiel. En formation initiale, j'ai commencé en 1991 lors ce que j'ai créé avec Jean Perrière l'Institut Supérieur d'Ostéopathie à Lyon. »

Il a été cofondateur et codirecteur d'un institut de formation en ostéopathie : « J'étais codirecteur dans mon établissement avec Jean Perrière. Mon partenaire s'occupait beaucoup plus de l'administratif, moi j'étais aussi gérant de la société mais je m'occupais particulièrement de ce qui touchait à l'extérieur donc leur relationnel avec les autres écoles, avec tous les systèmes externes. J'avais aussi une fonction d'harmonisation pédagogique. »

1-**Thème de la RECONNAISSANCE, relation à l'autre**

-La complémentarité, la distance, Jean Pierre dit travailler le plus fréquemment : « Personnellement j'ai plus d'échanges avec quelques amis qui sont plutôt sur la médecine générale soit obstétriques notamment dans le cadre des femmes enceintes. Il y a aussi un ou deux pédiatres qui ont compris ce qu'on voulait faire avec les enfants. J'ai aussi un orthodontiste avec qui j'ai développé de très bons contacts professionnels. On arrive à échanger pas mal de choses. »

Pour le partenariat, il dit : « Il a besoin d'autres partenaires qui auront d'autres points de vue. Quand on arrive à réunir autour d'une table différents partenaires qui ont chacun leur vision des choses, on arrive à véritablement mieux cerner la globalité du patient. »

- Le partage des compétences, Jean Pierre déclare par rapport aux échanges avec les autres acteurs de santé: « Pour ceux qui se sont ouverts en tant qu'être humain en général cela se passe bien. Car à travers leur qualité de praticiens de santé, ils ont un certain humanisme. Ils

pensent beaucoup à leurs patients. Ils sont curieux de tout ce qui peut rendre service aux patients. Ils sont conscients qu'il n'y a pas une seule forme de médecine qui réponde de façon unique et universelle aux problèmes que rencontrent l'être humain. Ceux qui ont compris ça en tant qu'être humain sont des partenaires intéressants. »

Pour le partenariat, il dit : « Cela nécessite aussi le fait de définir le champ d'efficacité de chacun. Il faut définir le champ de partenariat à savoir qui fait quoi, quel est le degré d'autorité, qu'est-ce que je laisse à l'autre dans ce qu'il a à me dire, à quels moments je dois lui mettre une barrière (…). Avant d'arriver à la transdisciplinarité, je crois pouvoir dire que j'y suis arrivé uniquement à travers les relations que j'avais à l'école. Dans le cadre de partenaires plus directement liés à la formation. » Dans le cas de la transdisciplinarité, il dit : « Chacun connaît son rôle, chacun peut intervenir librement vis-à-vis de l'autre. Lorsque le but est plus flou, comme dans la relation partenariale thérapeutique là, personnellement, je n'ai pas vécu de véritables transdisciplinarités. De mon propre vécu, dans mes expériences je n'ai jamais vécu de véritables transdisciplinarités dans le partenariat thérapeutique. »

- La disponibilité, Jean Pierre explique par rapport à la perception des ostéopathes par les autres intervenants de santé : « Cela dépend des intervenants de santé. Derrière les intervenants de santé il y a des êtres humains. Certains sont assez fermés d'esprit donc les relations sont difficiles. Pour ceux qui se sont ouverts en tant qu'être humain en général cela se passe bien. »

Pour les outils de formation des étudiants, il explique : « Il avait donc pour mission d'aller chercher l'information particulière auprès de nos auteurs, de ses partenaires différents donc de leur faire comprendre qu'il était nécessaire qu'ils aillent contacter d'autres personnes d'autres ostéopathes. Cela concernait tous les enseignants de l'école, toute matière, toute particularité, qui pouvait avoir un lien avec le thème à étudier de manière à avoir une vision la plus large possible (…) On leur a expliqué que dans leur pratique professionnelle, s'ils restaient dans leur cabinet à attendre que les médecins viennent les voir, ils risquaient de passer un certain temps. Il valait mieux qu'ils prennent l'habitude d'aller vers les autres partenaires eux-mêmes. »

- L'ouverture, Jean Pierre dit travailler avec des acteurs de santé : « Déjà tous les acteurs du corps médical dans la mesure où ils se sont ouverts à l'ostéopathie. » De part son rôle de

directeur d'école ,il précise : « Parallèlement à l'école à Lyon, les contacts, les relations qu'on a pu développer avec le secteur médical pour la formation nous a permis de partager très largement nos visions avec ses acteurs là. »

Pour le partenariat, il dit : « Qu'est-ce que je laisse à l'autre dans ce qu'il a à me dire, à quels moments je dois lui mettre une barrière ? Est-ce que je suis complètement ouvert ou est-ce que je dois mettre des freins ? »

Pour favoriser la formation au partenariat, il dit : « Pas seulement avoir une vision ostéo ostéopathique. Il s'agit de savoir ce que pense le médecin général, l'ostéopathe, l'acupuncteur, l'homéopathe. Il nous a semblé qu'il s'agissait d'un outil permettant de prendre conscience de la nécessité d'ouvrir leurs esprits aux autres. Donc ils se retrouvaient seuls et ils se mettaient dans une situation où ils devaient aller eux-mêmes vers le partenaire ».

2-Thème de la COMMUNICATION

- L'isolement spatio temporel, la représentation aux autres, Jean Pierre décrit pour ses relations avec les acteurs de santé : « Cela se fait de façon progressive bien sûr au fil du temps, de la confiance qu'on a pu installer au sein de mon cabinet dans ma ville. »

- L'espace unité, Jean Pierre dit pour le partenariat : « Celle de mon point de vue un partenariat qui nécessite différents acteurs qui sont concentrés sur le même objet sur le même but. Donc il faut définir le but du partenariat comme qu'est-ce qu'on veut faire, à quoi on joue, pourquoi on se rencontre, de quoi on parle, comment est-ce qu'on considère le patient. Tous ces éléments sont essentiels pour établir un partenariat (…) Ce champ partenarial n'est pas très simple à construire au début car on débute rarement un partenariat thérapeutique en s'asseyant autour d'une table et en disant qu'on va devenir partenaire. En général cela se fait par une prise de contact, des discussions, par une sympathie. Le partenariat se construit comme il peut sur un chemin qui reste vivant. Si on n'est pas attentif à sa cohérence, on arrive à des choses qui dérapent. Il faudrait à la limite pour qu'un partenariat puisse bien fonctionner que tous les

partenaires aient le même langage du partenariat. » Il précise : « C'est dans la proximité et dans la précision du but qu'on peut passer de pluri a transdisciplinarité. »

Pour les outils à la formation, il explique : « on a d'abord commencé par essayer d'en parler. C'est-à-dire de discuter ensemble de cette notion de partenariat. Déjà c'est ce que j'appellerai ce niveau d'information qui permet d'envoyer l'information signifiante qui permet la réflexion. »

- Le réseau relationnel, Jean Pierre dit travailler : « Je dirais principalement toutes les parties du corps médical aussi bien la médecine générale que les différentes spécialitées. Il y a aussi des secteurs plus en rapport avec la psychologie ou les dentistes et encore d'autres. »

- La maturité, Jean Pierre dit pour le partenariat : « Cela nécessiterait de déclarer un jour qu'on est en train de jouer à un jeu qui s'appelle le partenariat qui a ses règles qu'on peut discuter ensemble et si on les accepte on peut jouer une partie intéressante. » Pour favoriser la formation au partenariat thérapeutique : « ce niveau d'information qui permet d'envoyer l'information signifiante qui permet la réflexion. Il va permettre le déclenchement chez l'autre, chez l'étudiant en l'occurrence de la conscience du concept. Cela permet d'augmenter le niveau d'échanges et de créer des réflexes, des besoins d'installer le partenariat.» Pour la formation des étudiants, il dit : « Évidemment ils allaient prendre des baffes, ils vont se retrouver devant des désillusions, mais c'est comme ça qu'on grandit. »

3-Thème de l'OSTÉOPATHIE en général, ce qui est dit de l'ostéopathie

- Le cadre légal, Jean Pierre dans sa présentation dit : « Je me suis installé deux ans après le début de ma formation dans un contexte d'illégalité complète et dans un complexe de responsabilité par rapport aux patients. » Pour la formation au partenariat des étudiants, il déclare : « Il faut les amener à développer ses partenariats. Ce sont des acteurs de santé même

si la loi nous dit aujourd'hui qu'on n'a qu'un droit de pratique, il s'avère que nous sommes des praticiens de santé. »

- La notion d'omnipotent, Jean Pierre dit par rapport au partenariat thérapeutique : « C'est fondamental, c'est incontournable. On ne peut pas considérer pratiquer l'ostéopathie dans une bulle. Tous les problèmes que le patient rencontre, on ne pourra pas les comprendre dans sa globalité. Même si l'ostéopathie à la prétention de comprendre la globalité de l'humain, l'ostéopathe tout seul ne le comprendra pas. Il a besoin d'autres partenaires qui auront d'autres points de vue. Quand on arrive à réunir autour d'une table différents partenaires qui ont chacun leur vision des choses, on arrive à véritablement mieux cerner la globalité du patient. » Il ajoute : « Donc si on veut maintenir le sujet en bon état de santé, il faut être conscient dès le départ qu'on n'y arrivera pas tout seul. »

- L'opposition, Jean Pierre explique dans le cadre de la formation au partenariat : « Il valait mieux qu'ils prennent l'habitude d'aller vers les autres partenaires eux-mêmes. Évidemment ils allaient prendre des baffes, ils vont se retrouver devant des désillusions, mais c'est comme ça qu'on grandit. »

- La reconnaissance politique, Jean Pierre ajoute par rapport à la perception des ostéopathes par les autres intervenants de santé : « à travers leur qualité de praticiens de santé ils ont un certain humanisme. Ils pensent beaucoup à leur patient. Ils sont curieux de tout ce qui peut rendre service aux patients. Ils sont conscients qu'il n'y a pas une seule forme de médecine qui réponde de façon unique et universelle aux problèmes que rencontrent l'être humain. » Pour leurs échanges avec les acteurs de santé il dit : « Si il a en face de lui un vrai clinicien qui se pose des questions sur des bases cohérentes de connaissances, il va échanger tout naturellement avec lui. Il se comporte avec en face de lui un clinicien et non pas sur un rapport hiérarchique médecin ostéopathe. »

- Le contexte, Jean Pierre dit en conclusion : « Je pense que cette notion du partenariat thérapeutique, doit évidemment se développer dans la relation thérapeute patient. De mon point de vue il est essentiel de mettre en avant la phrase qu'on avait mis en exergue dans notre

établissement en dessous du nom de l'établissement, on avait mis une phrase qui consiste à dire l'ostéopathie partenaire de santé tout au long de la vie. C'est-à-dire dès le départ, dès le 1er jour, l'étudiant qui rentre dans l'école sait que l'ostéopathie est un partenariat de santé tout au long de la vie. Donc à terme cela veut dire que dès le 1er jour on va dire à l'étudiant que quand il sera installé qu'il sera professionnel vous considérerez votre patient comme un partenaire et vous devrez lui faire comprendre qu'il est un partenaire de santé ce n'est pas vous qui allez le guérir mais c'est-vous deux qui vont essayer de trouver une solution ensemble pour que son organisme se rétablisse. »

4-Thème de la FORMATION, les moyens liés à la formation humains et matériels

- L'aspect financier, Jean Pierre n'en parle pas.

- L'organisation pédagogique et sa complexité, Jean Pierre explique pour l'intérêt de former les étudiants au partenariat thérapeutique : « La raison essentielle est dans le but de la formation. Pourquoi est-ce qu'on forme des étudiants ? Est-ce que l'on veut en faire des singes qui pratiquent des techniques ou qui répètent des techniques ? Ou est-ce que l'on veut en faire des ingénieurs de santé ostéopathes? Pour construire des ingénieurs ostéopathes qui sont amènés à réfléchir, à s'adapter à des situations nouvelles il est indispensable de leur enseigner ces notions de partenariat. »

Pour les outils, il explique : « Sur un plan plus technique, dans notre enseignement on a mis en place des séquences de travail personnel de l'étudiant dans lesquelles il est mis en situation de devoir réfléchir sur un thème et dans lequel il doit essayer de trouver tout ce qui peut l'aider. Donc cela commence par la recherche bibliographique et à partir de là on l'amène à développer, à prendre des contacts avec les différents enseignants dans les différentes matières qui pouvaient être en relation avec le sujet qu'ils allaient travailler. » Pour le cas des stages, il déclare : « Il y a différentes formes de stage. Il y a le stage en milieu hospitalier public dans lequel il y a un chef de service qui reçoit l'ostéopathe et qui le met à côté du kiné, des étudiants et qu'il fait suivre des explications complètement passif en observation. Il y a le stage dans ces mêmes structures ou dans des structures privées où l'étudiant peut être amené à intervenir en tant que partenaire donc en tant que praticien à son niveau. Donc ils rentrent et ils s'intègrent à une équipe et ils commencent à vivre le partenariat de dedans ni l'échange

avec les autres partenaires de santé qui font parti du service. Il y a des stages qui sont en fait essentiellement en milieu privé dans lesquelles il y a une relative autonomie de l'étudiant ostéopathe encadré par ses camarades ostéopathes. Là on est plus dans un milieu ostéopato ostéopathique. On va plus développer sa pratique au contact de ses maîtres ou de ses confrères. Il peut y avoir aussi d'autres expériences de partenariat avec d'autres professionnels de santé qui sont favorisés par le fait d'être dans un milieu adapté. Et puis il y a les stages dans des cabinets professionnels où là l'étudiant est aussi observateur d'un professionnel ostéopathe pratiquant. Il va faire du partenariat interne. Il y a ces différentes sortes de stage qui sont intéressants en tout cas c'est ce qu'on a toujours cru bon de faire dans notre école. Il me semble nécessaire de savoir organiser au moins ces 3 formes de stages pour permettre aux étudiants d'avoir une expérience qui enrichit leur formation. »

- La nécessité d'adaptation, Jean Pierre dit par rapport à l'organisation des stages : « Dans la gestion de notre système de qualité, on était contraint de suivre des règles de discipline de qualité et donc d'avoir des retours d'informations sur nos pratiques par les étudiants. On avait régulièrement des réunions avec les étudiants pour avoir des retours sur ces différents stages. On avait des critiques aussi bien dans le sens positif que négatif qui ressortaient et en essayer de corriger le tir au fur et à mesure.

On avait des retours quantifiables ce qui permet d'avoir des traces pratiques de la formation au partenariat. Cela permet d'inscrire cette pratique dans une méthodologie d'enseignement apprentissage. »

- Le recul d'expérience, ce qui est dit sur la pédagogie, Jean Pierre précise par rapport aux retours d'expérience de ses étudiants : « En général surtout dans le cas de la formation initiale, ils ont tous ou pratiquement tous eu de bonnes expériences dans leur partenariat. J'en ai connu qui sortaient d'école beaucoup moins sérieuse et qui avaient plus de problèmes car le professionnel de santé se rend très vite compte du niveau du professionnel qu'il a en face de lui. »

Par rapport à la transdisciplinarité, il dit : « Dans le cadre de la formation, on a un contenu, un projet pédagogique, des stratégies d'enseignement, d'apprentissage qui sont établis. À partir du moment que les règles du jeu sont précises on arrive plus facilement à passer dans la transdisciplinarité. »

En conclusion il explique : « Si je dirigeais encore une école, je pense que j'essaierai de mettre en place des stages pour les étudiants à savoir les obliger d'aller faire le tour n'ont pas dans l'école mais en dehors, essayez d'aller rencontrer les différentes spécialités de la santé sur un thème donné pour les obliger à ramener des informations faire une synthèse. Donc je les solliciterai dans l'expérience du partenariat externe. »

CHAPITRE 5 : ANALYSE COMPARATIVE

5.1 ANALYSE COMPARATIVE PAR THÈME

5.1.1 –Thème de la RECONNAISSANCE, relation à l'autre

- **Concernant la complémentarité, la distance**, les quatre sont d'accord sur la nécessité de travailler en complémentarité avec divers acteurs de santé : « Je pense que pour une approche thérapeutique globale il me semble indispensable qu'ils sachent travailler avec un médecin, avec un gastroentérologue, avec d'autres intervenants. » (Nicolas), « Pour les kinés j'oriente fréquemment suite à des pathologies chroniques (…) Les psychothérapeutes, les dentistes, de temps en temps. Les podologues de temps en temps aussi mais je trouve que l'on a tendance à leur envoyer trop régulièrement des patient. » (Benoit), « Il a besoin d'autres partenaires qui auront d'autres points de vue. Quand on arrive à réunir autour d'une table différents partenaires qui ont chacun leur vision des choses, on arrive à véritablement mieux cerner la globalité du patient. » (Jean Pierre), « Il se trouve, que je travaille de façon préférentielle, avec des médecins généralistes avec qui j'ai des échanges d'ordre privé. Généralement je les ai déjà soignées. » (Dominique)

- **Concernant la distance**, Benoit considère la complémentarité dans le cadre d'échec thérapeutique et de chronicité des soins « premièrement lorsque je n'ai pas de résultats thérapeutiques je pense qu'il faut passer la main en fonction de ce que j'ai pu percevoir du cas du patient au niveau de l'anamnèse des tests des techniques etc. J'enverrai plus chez un médecin éventuellement chez un rhumatologue pour faire une infiltration, voir des fois chez un guérisseur. Donc, c'est quand j'ai des échecs que j'envoie et après c'est quand j'ai des cas chroniques comme par exemple la personne qui serait très raide avec des douleurs chroniques par exemple au niveau bas du dos dorsal cervical qui est vraiment voûté qui a besoin d'un travail de posture globale, pour qui le traitement ostéopathie ponctuelle qu'il soit structurel viscéral facial, ou quoi que ce soit, ne suffira pas. » .

Dominique et Jean Pierre indiquent une notion d'amitié, d'ordre privé avec leur partenaires thérapeutiques : « Personnellement j'ai plus d'échanges avec quelques amis qui sont plutôt sur

la médecine générale soit obstétriques notamment dans le cadre des femmes enceintes. Il y a aussi un ou deux pédiatres qui ont compris ce qu'on voulait faire avec les enfants. J'ai aussi un orthodontiste avec qui j'ai développé de très bons contacts professionnels. On arrive à échanger pas mal de choses. » (Jean Pierre), « Il se trouve, que je travaille de façon préférentielle, avec des médecins généralistes avec qui j'ai des échanges d'ordre privé. Généralement je les ai déjà soignées. En fait, c'est un problème de connaissance. »

Nicolas précise une notion de complexe de niveau de diplôme non délivré par l'éducation nationale « il y a le complexe de l'ostéopathe, c'est-à-dire des étudiants qui se disent que je ne suis que ostéopathe et que je n'ai pas de diplôme de l'éducation nationale donc je n'ose pas m'inscrire dans un parcours de santé ».

- **Concernant le partage des compétences**, les discours divergent. Nicolas utilise le partage des compétences comme vecteur d'information du travail des ostéopathes vers les autres acteurs de santé « il y a les décomplexés qui au contraire disent qu'ils sont ostéopathes et qu'ils ont bien compris comment ils pouvaient s'inscrire dans le cadre d'un parcours de santé pour construire des relations interdisciplinaires et j'envisage de m'installer en allant voir tous les professionnels de santé auprès de moi. ». Pour Jean Pierre le partage des compétences fait parti de l'humanisme de chaque acteur de santé. « Pour ceux qui se sont ouverts en tant qu'êtres humains en général cela se passe bien. Car à travers leur qualité de praticiens de santé ils ont un certain humanisme. Ils pensent beaucoup à leur patient. Ils sont curieux de tout ce qui peut rendre service aux patients. Ils sont conscients qu'il n'y a pas une seule forme de médecine qui réponde de façon unique et universelle aux problèmes que rencontrent l'être humain. Ceux qui ont compris ça en tant qu'êtres humains sont des partenaires intéressants. » Dominique et benoit insistent sur la notion d'échange face à des difficultés thérapeutiques. « C'est pouvoir échanger sur certains patients qui me posent souci. C'est dans l'intérêt du patient et dans l'intérêt du soin que je peux lui apporter dans la compréhension de ceux que peuvent lui apporter les autres intervenants de santé. » (Dominique). « Moi je pense que tout est complémentaire, il y a des indications pour chacun, pour chaque type de pathologie, pour chaque type de patient en fonction de leurs pathologies » (Benoit).

La notion de partenariat est abordée de façon différente par rapport au partage des compétences. Tous sont favorables au partenariat mais l'envisage différemment. Dominique

n'en parle pas à ce niveau. Benoit précise son intérêt sans développer « Pour ce qui est du partenariat bien sûr il n'y a aucun souci, au contraire. » Nicolas insiste sur la difficulté du partenariat vers les autres acteurs de santé « Notamment la transdisciplinarité n'est pas encore très développée. Je crois qu'il y a encore cette méfiance de la part des médecins, mais d'autres également de la relation entre les ostéopathes et les autres professionnels de santé. » Jean pierre présente une réflexion aboutie sur ce qui fait le partenariat « Cela nécessite aussi le fait de définir le champ d'efficacité de chacun. Il faut définir le champ de partenariat à savoir qui fait quoi, quel est le degré d'autorité, qu'est-ce que je laisse à l'autre dans ce qu'il a à me dire, à quels moments je dois lui mettre une barrière (…). Avant d'arriver à la transdisciplinarité, je crois pouvoir dire que j'y suis arrivé uniquement à travers les relations que j'avais à l'école. Dans le cadre de partenaires plus directement liés à la formation. » Tous décrivent ne pas avoir connu de véritable transdisciplinarité dans leur pratique. « Lorsque le but est plus flou, comme dans la relation partenariale thérapeutique là, personnellement, je n'ai pas vécu de véritable transdisciplinarité. De mon propre vécu, dans mes expériences je n'ai jamais vécu de véritable transdisciplinarité dans le partenariat thérapeutique. » (Jean pierre).

- **Concernant la disponibilité**, Benoit et Dominique précise dans leur exercice, le problème du temps limité qu'ils peuvent consacrer au partenariat « Moi je suis plutôt pluri que transdisciplinaires. Je n'ai malheureusement pas le temps, ou je ne le prends pas pour tous ce que j'aimerai faire. » Pour le directeur de site il précise : « Il doit être là à plein temps car je ne prends pas le temps et je n'ai pas le temps. » (Dominique). Benoit ajoute sa disponibilité lorsqu'un thérapeute vient vers lui mais insiste sur le peu de temps qu'il peut y consacrer « Ce n'est pas moi qui fais le pas, c'est plus lorsqu'on fait le pas vers moi. Je trouve cela très bien, quand on fait le pas (…). Mais j'ai pas l'impression qu'il y a beaucoup de gens qui travaillent en interdisciplinarité car on a tous nos choses à faire… »

Nicolas et Jean pierre décrivent la disponibilité du point de vue de l'étudiant en formation pour Jean pierre « Il avait donc pour mission d'aller chercher l'information particulière auprès de nos auteurs, de ses partenaires différents donc de leur faire comprendre qu'il était nécessaire qu'ils aillent contacter d'autres personnes d'autres ostéopathes. Cela concernait tous les enseignants de l'école, toutes matières, toutes particularités, qui pouvaient avoir un lien avec le thème à étudier de manière à avoir une vision la plus large possible (…) On leur a expliqué que dans leur pratique professionnelle, s'ils restaient dans leur cabinet à attendre que les médecins viennent les voir, ils risquaient de passer un certain temps. Il valait mieux qu'ils

prennent l'habitude d'aller vers les autres partenaires eux-mêmes. » et l'étudiant pour Nicolas qui commence sa vie de professionnel et qui doit se rendre disponible vers les autres déjà installés « Il y a les décomplexés qui au contraire disent qu'ils sont ostéopathes et qu'ils ont bien compris comment il pouvait s'inscrire dans le cadre d'un parcours de santé pour construire des relations interdisciplinaires et j'envisage de m'installer en allant voir tous les professionnels de santé auprès de moi. ».

- **Concernant l'ouverture** Nicolas, Dominique et Jean pierre notent l'évolution vers plus d'ouverture des acteurs de santé : « On a des retours avec la jeune génération de médecins qui sont très bons. Ils se sont beaucoup plus ouverts à nous. Et nous on s'est beaucoup plus ouvert à eux. » (Dominique), « J'ai l'impression qu'il est plutôt pluridisciplinaire à l'heure actuelle. Dans le sens où il me semble que les hostiles ou les autres professionnels de santé sont en train de se découvrir. Ils apprennent à travailler ensemble. » (Nicolas), « Déjà tous les acteurs du corps médical dans la mesure où ils se sont ouverts à l'ostéopathie (...) Parallèlement à l'école à Lyon les contacts, les relations qu'on a pu développer avec le secteur médical pour la formation nous a permis de partager très largement nos visions avec ses acteurs là. » (Jean pierre).

Benoit et Jean pierre présentent des exemples d'expériences d'enseignements vers l'ouverture : « Il y avait quelques cours sur la posturologie et l'ostéopathie, sur l'acupuncture et l'ostéopathie, sur la nutrition et l'ostéopathie, sur la psychothérapie et l'ostéopathie. Le but de ces cours était d'éveiller la curiosité des étudiants et éventuellement pour certains d'aller un peu plus loin là-dedans, comme moi j'ai pu faire par exemple avec la psychologie. » (Benoit), « Pas seulement avoir une vision ostéo ostéopathique. Il s'agit de savoir ce que pense le médecin général, l'ostéopathe, l'acupuncteur, l'homéopathe. Il nous a semblé qu'il s'agissait d'un outil permettant de prendre conscience de la nécessité d'ouvrir leurs esprits aux autres. Donc ils se retrouvaient seuls et ils se mettaient dans une situation où ils devaient aller eux-mêmes vers le partenaire » (Jean pierre).

Jean pierre propose une vision de l'ouverture dans le partenariat : « qu'est-ce que je laisse à l'autre dans ce qu'il a à me dire, à quels moments je dois lui mettre une barrière. Est-ce que je suis complètement ouvert ou est-ce que je dois mettre des freins ? »

5.1.2-Thème de la COMMUNICATION

- **Concernant l'isolement spatio temporel, la représentation aux autres,** Benoit, Dominique et Jean pierre confirment la notion de solitude de l'exercice libéral qui favorise la difficulté spatiale d'aller vers l'autre « Il est vrai que l'ostéopathie est souvent un métier où on se retrouve seul dans son cabinet, donc je n'ai pas eu beaucoup de retour sur ce que peut donner leurs relations dans le temps. Mais je sais que certains des étudiants devenus professionnels travaillent régulièrement avec certains médecins et que leurs relations se passent plutôt bien. » (Benoit), « De façon générale je ne suis pas très bon pour travailler avec d'autres professionnels. » (Dominique), et Jean pierre précise que dans ce cadre il faut du temps pour faire évoluer les relations « Cela se fait de façon progressive bien sûr au fil du temps, de la confiance qu'on a pu installer au sein de mon cabinet dans ma ville. »

Benoit précise l'importance de casser l'isolement durant la formation des étudiants, dans le cadre des stages « Ces stages permettent aux étudiants de voir beaucoup de choses importantes mais tout dépend la qualité du stage que l'on fait. Mais comme cela est réalisé en kiné, c'est l'occasion de voir différents services et intervenants. »

Nicolas dit pour l'intérêt de la formation des étudiants au partenariat thérapeutique : « Je pense que ce serait nécessaire voir indispensable dans un but de promotion de la profession. »

Benoit et Dominique le considèrent comme un frein au partenariat « Il y aurait bien sûr un intérêt de passer de pluridisciplinaires à interdisciplinaire. Encore faut-il le vouloir. À titre personnel, j'ai tendance à être trop refermé sur ma propre pratique. Dans ma petite chapelle à moi. Ce qui de mon avis est une erreur. » (Dominique), « Pour la transdisciplinaire je pense que cela peut être très intéressant mais il faut des locaux communs, être en centre, cela nécessiterait aussi que l'ostéopathie soit mieux connue par les autres professionnels de santé qu'ils soient plus au courant de notre fonctionnement. » (Benoit).

- **Concernant l'espace unité**, Nicolas, Benoit et Jean pierre expliquent l'unité dans le cadre du partenariat. Nicolas insiste sur l'unité de langage dans le partenariat « C'est en parlant de

l'ostéopathie en utilisant un jargon commun entre différents professionnels de santé, c'est cet échange qui permettra à la profession d'intégrer un parcours de santé où l'approche thérapeutique est complémentaire. ». Benoit précise la nécessité d'unité d'espace pour la transdisciplinarité « Pour la transdisciplinaire je pense que cela peut être très intéressant mais il faut des locaux communs, être en centre ».Jean pierre parle d'unité de but du partenariat et comme Benoit de l'unité d'espace pour le faire évoluer « C'est de mon point de vue un partenariat qui nécessite différents acteurs qui sont concentrés sur le même objet sur le même but. Donc il faut définir le but du partenariat comme qu'est-ce qu'on veut faire, à quoi on joue, pourquoi on se rencontre, de quoi on parle, comment est-ce qu'on considère le patient. Tous ces éléments sont essentiels pour établir un partenariat (…) C'est dans la proximité et dans la précision du but qu'on peut passer de pluri à transdisciplinarité. ». Il donne aussi une notion d'unité dans la formation au partenariat « on a d'abord commencé par essayer d'en parler. C'est-à-dire de discuter ensemble de cette notion de partenariat. Déjà c'est ce que j'appellerai ce niveau d'information qui permet d'envoyer l'information signifiante qui permet la réflexion. » Dominique précise une notion d'unité dans le cadre dans la communication « Il faudrait d'abord avoir sur place un directeur de site. Pour qu'il puisse travailler la communication. » .

- **Concernant le réseau relationnel** ils déclarent tous travailler ou devoir travailler avec différents acteurs de santé. Pour la création par les étudiants de leur réseau Benoit explique que généralement l'accueil des acteurs de terrain est positif « J'ai quelques retours, c'est principalement lorsque les gens s'installent, ils vont voir les médecins, les pharmaciens etc. le retour que j'ai des étudiants et qu'ils ont un retour plutôt censé avec le domaine médical, je pense que ça passe plutôt bien avec les médecins quand ils se présentent quand ils vont voir les médecins le retour est plutôt bon globalement par rapport à cela. ». Il insiste sur l'importance des stages dans la création du réseau relationnel « Je pense que cela serait positif pour tout le monde car vu le nombre d'ostéopathes formés et le nombre d'écoles, pour faire son trou il va falloir se créer un réseau relationnel, non seulement pour vivre, mais cela peut être un des moyens d'augmenter sa patientèle et puis de faire un travail toujours plus intéressant. » Dominique parle de son réseau relationnel entre soignant organisé sous forme d'association « À titre personnel, j'interviens donc dans deux associations : la fédération bretonne interprofessionnelle où il y a un regroupement de tous les intervenants de santé au sens large qui se réunissent sur un sujet présenté par un praticien. Il y a un échange entre professionnels de santé locaux. C'est une façon de se rencontrer les uns des autres. Il y a une

autre association à l'initiative d'une ostéopathe qui fait de l'interdisciplinarité où tu présentes un patient qui te pose souci devant d'autres intervenants de santé. »

Il reprend cette notion par rapport aux stages : « dans le cadre des stages professionnels c'est principalement des rencontres entre ostéopathe donc du partenariat interne. »

- **Concernant la maturité,** tous les interrogés l'associe à la capacité des étudiant à se positionner comme professionnels vers les autres acteurs de santé : « Cela nécessiterait de déclarer un jour qu'on est en train de jouer à un jeu qui s'appelle le partenariat qui a ses règles qu'on peut discuter ensemble et si on les accepte on peut jouer une partie intéressante. » (Jean pierre), « la posture que je tiens quand je rencontre des étudiants au quotidien et quand j'en parle avec les enseignants c'est de dire que spontanément penser que vous êtes les acteurs du parcours de santé. Et en tant que acteurs du parcours de santé donc rapprochez-vous systématiquement quand vous vous installez, quand vous allez faire un stage des professionnels de santé. C'est une posture, ce n'est pas une organisation particulière. C'est une nécessité et thérapeutique et économique. » (Nicolas), « Mes retours sont très variables selon les partenariats. Cela dépend peut-être aussi de l'attitude de l'élève… » (Dominique), « lorsque l'on s'installe, il y a un façon d'aborder les professionnels de santé, de faire la démarche, je pense que lorsqu'on a un peu de métier ou de maturité la plupart des gens arrivent au niveau relationnel à gérer cela. » (Benoit).

Jean pierre insiste sur la formation au partenariat pour favoriser la maturité « ce niveau d'information qui permet d'envoyer l'information signifiante qui permet la réflexion. Il va permettre le déclenchement chez l'autre, chez l'étudiant en l'occurrence de la conscience du concept. Cela permet d'augmenter le niveau d'échanges et de créer des réflexes, des besoins d'installer le partenariat ».

5.1.3-Thème de l'OSTÉOPATHIE en général, ce qui est dit de l'ostéopathie

- **Concernant le cadre légal,** Benoit et Jean pierre parlent du contexte historique du développement de l'ostéopathie en dehors du cadre légal et sa reconnaissance récente : « Je me suis installé deux ans après le début de ma formation dans un contexte d'illégalité complète et dans un complexe de responsabilité par rapport aux patients. » Pour la formation au partenariat des étudiants, il déclare : « Il faut les amener à développer ses partenariats. Ce sont des acteurs de santé même si la loi nous dit aujourd'hui qu'on n'a qu'un droit de pratique il s'avère que nous sommes des praticiens de santé. » (Jean pierre), « il est vrai que nos échanges ne sont pas toujours suffisants mais cela vient peut-être du fait qu'en ostéopathie on est devenu légal depuis peu de temps. Il faut peut être du temps pour que les relations soient plus importantes. » (Benoit).

Nicolas et Benoit parlent de la méconnaissance du cadre légal de la formation des ostéopathes « Récemment j'ai encore entendu une émission, ou un médecin ostéopathe qui a fait 300 heures de formation ne comprenait pas comment un ostéopathe pouvait être capable d'établir un diagnostic. Je pense que cela fait parti d'une méconnaissance et d'une incompréhension. De toute façon ce discours est encore souvent présent. » (Nicolas), « cela nécessiterait aussi que l'ostéopathie soit mieux connue par les autres professionnels de santé qu'il soit plus au courant de notre fonctionnement. » (Benoit)

- **Concernant la notion d'omnipotent**, ils sont tous unanimes à déclarer que l'ostéopathe ne doit pas se considérer omnipotent « Il est évident que l'on ne peut pas tout faire tout seul. Nous sommes amenés à travailler de façon conjointe. » (Dominique).

Benoit et Nicolas précisent les limites de la pratique d'ostéopathe: « Je pense que tout seul et même si la personne souhaite bien faire cela sera compliquée d'où l'intérêt de la kiné éventuellement pour aider, pour compenser, tout dépend évidemment de tout cela. Par rapport à un podologue lorsqu'il y a une importante différence de longueur des membres inférieurs de plus d'un centimètre par exemple dans un 1er temps je n'envoie pas. Par contre si par la suite il n'y a pas de résultat thérapeutique à savoir une tendance à retrouver les douleurs, je peux dans ce cas renvoyer vers le podologue pour aider à diminuer ses compensations. » (Benoit), « Pour moi l'ostéopathe n'a pas besoin de partenariat thérapeutique lorsqu'il a estimé qu'il pouvait prendre en charge. Mais effectivement on sait que l'ostéopathe ne peut pas prendre en

charge toutes les pathologies. Alors je modère en disant que si l'ostéopathe à considérer qu'il n'y a pas de diagnostic d'exclusion et qu'il était capable de prendre en charge et bien il n'a pas besoin de prescription. Si il a décidé que la prise en charge était réalisable avec ses compétences il n'a pas besoin. » (Nicolas)

Jean pierre considère cette notion comme le fondement de la nécessité de partenariat « C'est fondamental, c'est incontournable. On ne peut pas considérer pratiquer l'ostéopathie dans une bulle. Tous les problèmes que le patient rencontre on ne pourra pas les comprendre dans sa globalité. Même si l'ostéopathie à la prétention de comprendre la globalité de l'humain, l'ostéopathe tout seul ne le comprendra pas. Il a besoin d'autres partenaires qui auront d'autres points de vue. Quand on arrive à réunir autour d'une table différents partenaires qui ont chacun leur vision des choses, on arrive à véritablement mieux cerner la globalité du patient. » Il ajoute : « Donc si on veut maintenir le sujet en bon état de santé, il faut être conscient dès le départ qu'on n'y arrivera pas tout seul. »

Benoit déclare avoir utilisé cette notion dans le projet pédagogique « On a fait des ateliers pour expliquer qu'il fallait passer la main qu'on n'est pas psychothérapeute lorsqu'on est ostéopathe, qu'on n'est pas nutritionniste qu'on peut avoir des notions mais il faut passer la main qu'on est pas kiné, on peut avoir des notions mais il faut passer la main. On avait mis en place pour expliquer ses relations des cours en 4heures où on parlait du relationnel avec les autres praticiens de santé, on essayait de dire qu'on n'était pas omnipotent. »

- **Concernant l'opposition,** ils déclarent tous une opposition de certains acteurs de santé pour l'ostéopathie « Il valait mieux qu'ils prennent l'habitude d'aller vers les autres partenaires eux-mêmes. Évidemment ils allaient prendre des baffes, ils vont se retrouver devant des désillusions, mais c'est comme ça qu'on grandit. » (Jean pierre), « Il y a encore toute une catégorie socioprofessionnelle de professionnels de santé notamment des médecins qui sont encore très debout sur le frein par rapport à notre pratique. Je pense que le fait d'être intervenant de 1ère intention les dérange. » (Dominique)

Benoit et Nicolas précisent l'opposition d'organisation professionnelle d'acteurs de santé « Ensuite il y a des étudiants qui disent que l'on n'est pas reconnu ou on est décrié par le lobby des médecins et des kinésithérapeutes. Donc je m'exclus du parcours de santé (…) tous les étudiants sont bien conscients qu'il y a un lobby des médecins et des kinés qui s'interrogent

sur la place de l'ostéopathie. Cette observation est une constante (…) Il y a aussi ceux qui disent qu'ils se sont fait jeter de partout. Je suis allé à l'hôpital je ne suis pas reconnu. On m'a même traité de charlatans. » (Nicolas), « Là je crois que c'est compliqué, car dernièrement le conseil de l'ordre des médecins a donné son veto pour recevoir les étudiants ostéopathes en stage que ce soit dans les cabinets libéraux et dans les hôpitaux. » (Benoit)

- Concernant la reconnaissance politique, ils la présentent tous dans le cadre du système de santé « De plus en plus de médecins ou des chirurgiens-dentistes disent l'ostéopathie oui. J'ai rencontré aussi des personnes qui travaillent dans le domaine pédiatrique qui disent qu'on fait appel à des ostéopathes dès les premiers mois de la naissance. Il me semble que l'ostéopathie évolue de façon très favorable. D'une part, par ce que je crois que l'ostéopathie étant de plus en plus visible, les professionnels de santé commencent à comprendre comment peuvent s'articuler leurs actions thérapeutiques. » (Nicolas), « on n'a pas suffisamment le pied dans l'hôpital. » (Dominique)

Jean pierre précise la reconnaissance politique vers les autres acteurs de santé à partir de la prise en charge des patients « à travers leur qualité de praticiens de santé ils ont un certain humanisme. Ils pensent beaucoup à leur patient. Ils sont curieux de tout ce qui peut rendre service aux patients. Ils sont conscients qu'il n'y a pas une seule forme de médecine qui réponde de façon unique et universelle aux problèmes que rencontrent l'être humain. »

Benoit partage son essai d'aller vers d'autres acteurs de société que les acteurs de santé dans un contexte de confrontation politique « Oui, je pense que c'est politique avant tout, car le refus des stagiaires dans le milieu médical est d'ordre politique (...) Il y a d'autres formes de partenariats qui sont intéressantes, c'est ce que j'avais essayé de mettre en place avec les possibilités que j'avais. On avait mis en place et je pense que cela est très important, c'était vraiment le début et il fallait progresser dans ce sens là : c'est comment développer ce partenariat, je pense que des gens dans le coaching ou autres, pourraient être intéressant ou encore dans le cadre du management ou encore des gens qui sont dans les chambres de commerce et d'industrie. Des gens qui peuvent être en dehors des professionnels de santé mais qui peuvent apporter leur savoir-faire pour favoriser le développement de ce type de partenariat. En tout cas cela peut être une ouverture à prendre en compte ou pas mais cela donne une autre vision avec un regard extérieur, ils peuvent apporter des choses. Il faut à la fois la présence des autres professionnels de santé pour expliquer comment ils fonctionnent, mais après lorsque l'on s'installe, il y a une façon d'aborder les professionnels de santé de faire la démarche ».

- **Concernant le contexte,** Benoit et Nicolas parlent du partenariat comme un outil dans un contexte économique difficile : « Pour faire son trou il va falloir se créer un réseau relationnel, non seulement pour vivre, mais cela peut être un des moyens d'augmenter sa patientèle » (Benoit), « Il n'y a qu'à travers ses approches que va se constituer la patientèle dans un parcours de santé élargie avec une approche pas exclusivement allopathique mais alternative qui pourront apporter d'autres éléments. C'est indispensable à terme pour des raisons de promotion de la profession et pour des raisons économiques également. » (Nicolas)

Jean pierre parle du partenariat comme élément fondamental du contexte de soignant « Je pense que cette notion du partenariat thérapeutique, doit évidemment se développer dans la relation thérapeute patient. De mon point de vue, il est essentiel de mettre en avant la phrase qu'on avait mis en exergue dans notre établissement en dessous du nom de l'établissement, on avait mis une phrase qui consiste à dire l'ostéopathie partenaire de santé tout au long de la vie. C'est-à-dire dès le départ, dès le 1er jour, l'étudiant qui rentre dans l'école sait que l'ostéopathie est un partenariat de santé tout au long de la vie. Donc à terme cela veut dire que dès le 1er jour on va dire à l'étudiant que quand il sera installé qu'il sera professionnel vous considérerez votre patient comme un partenaire et vous devrez lui faire comprendre qu'il est un partenaire de santé, ce n'est pas vous qui allez le guérir mais c'est-vous deux qui vont essayer de trouver une solution ensemble pour que son organisme se rétablisse. »

Dominique insiste sur l'importance de la réflexion sur le partenariat dans le contexte politique des acteurs de santé : « Je suis content qu'on ait pu ouvrir ses stages à des disciplines fermées avant comme les radiologues ». Pour le partenariat il indique: « C'est sans doute un des éléments où on a le plus besoin de travailler. À tous niveaux à savoir comment se vendre à l'extérieur : créer des partenariats pour la clinique, créer des terrains de stages. À l'heure actuelle, on est au début de cette prise de conscience. »

5.1.4-Thème de la FORMATION, les moyens liés à la formation humains et matériels

- **Concernant l'aspect financier** est abordé par Benoit par rapport au financement du partenariat « il est vrai que d'un point de vue pratique faire venir des intervenants est compliqué par rapport aux possibilités de cours et au budget. »

- **Concernant l'organisation pédagogique et sa complexité**, ils ont évoqués la notion du partenariat et des stages.

Pour le partenariat Nicolas propose un programme pédagogique : « Dans les outils ou dans l'approche pédagogique éducative je pense qu'il est intéressant d'en parler lors d'un cours. Je pense aussi qu'il faudrait interroger les étudiants sur leur perception de l'inter ou de la pluridisciplinarité. Il faudra fixer la problématique de formation sur le partenariat thérapeutique. Je devrais faire une analyse avant de l'aborder avec des étudiants. Celle-ci serait réalisée en partage avec les différents protagonistes. C'est-à-dire des gens qui œuvrent au quotidien en tant que professionnel de santé. Cette première approche permettrait de définir quelles seraient les modalités de la relation. Ensuite il faudrait présenter cette analyse aux étudiants. Il est important d'établir quel est le bénéfice de cette approche. Ensuite je pense qu'il faudrait au moins trois aspects didactiques. Le premier aspect serait des témoignages : comment au quotidien on peut s'organiser. Il faudrait ensuite une pratique, en faisant travailler ses étudiants dans des environnements pluridisciplinaires. Il faudrait aussi un projet de construction d'un projet transdisciplinaire entre l'ostéopathe et au moins un domaine de pratiques de professionnel de santé. Globalement ça serait des modalités qui me sembleraient pertinentes. Évidemment cette première réflexion ne peut être exhaustive. »

Il conclut l'entretien par : « Donc cela se traduit pédagogiquement d'abord la posture puis l'analyse puis la définition de ces objectifs. Pour l'instant je n'ai pas entendu parler d'éléments formels qui nous permettraient de considérer que l'on est vraiment dans une organisation pédagogique. »

Jean pierre propose un but et des outils de formation : « La raison essentielle est dans le but de la formation. Pourquoi est-ce qu'on forme des étudiants ? Est-ce que l'on veut en faire des singes qui pratiquent des techniques ou qui répètent des techniques ? Ou est-ce que l'on veut en faire des ingénieurs de santé ostéopathe? Pour construire des ingénieurs ostéopathes qui sont amènent à réfléchir, à s'adapter à des situations nouvelles il est indispensable de leur enseigner ces notions de partenariat. »

Pour les outils, il explique : « Sur un plan plus technique, dans notre enseignement on a mis en place des séquences de travail personnel de l'étudiant dans lesquelles il est mis en situation

de devoir réfléchir sur un thème et dans lequel il doit essayer de trouver tout ce qui peut l'aider. Donc cela commence par la recherche bibliographique et à partir de là on l'amène à développer, à prendre des contacts avec les différents enseignants dans les différentes matières qui pouvaient être en relation avec le sujet qu'ils allaient travailler. »

Benoit explique la difficulté de réaliser les cours : « Parce qu'il faut trouver des ostéopathes qui connaissent bien l'autre domaine aussi. Pour podologie et ostéopathie il faut trouver un ostéopathe qui travaille beaucoup en podologie. Là-dessus il y avait aussi des cours articulation temporo mandibulaire et ostéopathie mais là aussi il faut avoir des bonnes notions au niveau dentaire pour présenter un cours intéressant. Ces cours avaient été très appréciés par exemple, quelqu'un qui fait de la posturologie, il faut qu'il soit aussi formé à l'ostéopathie et il est vrai que d'un point de vue pratique faire venir des intervenants est compliqué par rapport aux possibilités de cours » .

Pour les stages, leur organisation et leur suivi sont complexes :

- par rapport au nombre et à leur qualité des intervenants pour Benoit « de plus c'est quelque chose de compliqué à dire. Est ce qu'ils auraient beaucoup de terrain de stage ? Après le problème qu'on rencontrerait à mon avis sur ce point là est que lorsque nos stagiaires allaient voir des ostéopathes au cours de stages, l'intérêt dépendait de la qualité des gens qui recevaient nos étudiants. Car il y avait de tout. Des professionnels catastrophiques, des gens très intéressants. »

- par rapport à la qualité des stages par la place de l'étudiant pour Jean pierre : « Il y a différentes formes de stage. Il y a le stage en milieu hospitalier public dans lequel il y a un chef de service qui reçoit l'ostéopathe et qui le met à côté du kiné, des étudiants et qu'il fait suivre des explications complètement passif en observation. Il y a le stage dans ces mêmes structures ou dans des structures privées où l'étudiant peut être amené à intervenir en tant que partenaire donc en tant que praticien à son niveau. Donc ils rentrent et ils s'intègrent à une équipe et ils commencent à vivre le partenariat de dedans ni l'échange avec les autres partenaires de santé qui font parti du service. Il y a des stages qui sont en fait essentiellement en milieu privé dans lesquelles il y a une relative autonomie de l'étudiant ostéopathe encadré par ses camarades ostéopathes. Là on est plus dans un milieu ostéopato ostéopathique. On va plus développer sa pratique au contact de ses maîtres ou de ses confrères. Il peut y avoir aussi d'autres expériences de partenariat avec d'autres professionnels de santé qui sont favorisés par le fait d'être dans un milieu adapté. Et puis il y a les stages dans des cabinets professionnels

où là l'étudiant est aussi observateur d'un professionnel ostéopathe pratiquant. Il va faire du partenariat interne. Il y a ces différentes sortes de stages qui sont intéressantes en tout cas c'est ce qu'on a toujours cru bon de faire dans notre école. Il me semble nécessaire de savoir organiser au moins ces 3 formes de stage pour permettre aux étudiants d'avoir une expérience qui enrichit leur formation. »

- par rapport au suivi de stage pour Dominique « Il faut faire parler les élèves et que moi-même j'aille dans les stages hospitaliers. Mais pour cela j'ai un problème de timing. Allez voir les autres intervenants c'est cela qu'il faudrait faire pour savoir comment s'est passé le stage. Actuellement je suis dépassé pour avoir le temps de cela. » Il ajoute par rapport aux stages: « Les stages hospitaliers ne sont pas assez valorisés (…) On va rajouter aussi un courrier de remerciement après le stage. Pour ne pas fermer les portes et penser au successeurs. »

- **Concernant la nécessité d'adaptation,** Nicolas, Dominique et Jean pierre en parlent pour les stages : Dominique dans la nécessité d'adapter le support pédagogique « On s'est rendu compte qu'il y a un énorme manque et on a pondu en catastrophe un support qui reprenait l'objet du stage pour le stagiaire et l'accueillant. Il y a certainement un problème de communication. », Jean pierre sur l'adaptation au retour sur terrain de stage « Dans la gestion de notre système de qualité, on était contraint de suivre des règles de discipline de qualité et donc d'avoir des retours d'informations sur nos pratiques par les étudiants. On avait régulièrement des réunions avec les étudiants pour avoir des retours sur ces différents stages. On avait des critiques aussi bien dans le sens positif que négatif qui ressortait et en essayer de corriger le tir au fur et à mesure .On avait des retours quantifiables qui permettent d'avoir des traces pratiques de la formation au partenariat. Cela permet d'inscrire cette pratique dans une méthodologie d'enseignement apprentissage. » Nicolas voudrait adapter le stage à une optique de partenariat « c'est une des modalités qui me semblent permettre d'être un levier pour travailler dans ce sens. Je pense que le stage ostéopathique devrait être modifié.»

Benoit parle de l'adaptation pour les enseignants pouvant participer à l'enseignement du partenariat « J'évite personnellement les gens qui ont 50 casquettes car je trouve que cela fait beaucoup et qui ne peuvent pas maîtriser tous les domaines. Mais des gens qui ont deux casquettes par exemple ostéopathe kiné ou encore ostéopathe acupuncteur, me paraissent tout

à fait apte à présenter et à faire le parallèle entre les différentes disciplines. Après il faut des gens qui soient intéressés par partager sa voie avec des autres. Il faut une ouverture d'esprit de ces gens-là. »

- Concernant le recul d'expérience, ce qui est dit sur la pédagogie Benoit et Jean pierre parlent du retour des étudiants « Ils avaient principalement un intérêt pour le cours de posturo et d'ostéopathie qui avait bien plu, sur ce sujet les étudiants se sont très demandeur cela est sûr. Après cela passe ou ça ne passe pas, mais cela dépend beaucoup des cours. Car ces cours ne sont pas faciles à préparer mais globalement les étudiants étaient plutôt satisfaits et curieux par nature » (Benoit), « En général surtout dans le cas de la formation initiale, ils ont tous ou pratiquement tous eu de bonnes expériences dans leur partenariat. J'en ai connu qui sortaient d'école beaucoup moins sérieuse et qui avaient plus de problèmes car le professionnel de santé se rend très vite compte du niveau du professionnel qu'il a en face de lui. » (Jean pierre)

Pour les cours Benoit, Dominique donnent leurs expériences : « Je pense que diminuer on ne peut pas vraiment car les formations n'existent pratiquement pas. Je sais que les cours relationnels patients basés sur la psychothérapie où ces choses-là, le relationnel n'est pas enseigné en ostéopathie, en kinésithérapie je ne crois pas que cela soit enseigné, en tout cas à mon époque cela ne l'était pas. Je pense par exemple que c'est très important, les cours comme les strapping certains étirements, je ne crois pas que cela soit enseigné dans beaucoup d'établissements. Je pense qu'on ne peut pas les enlever car il n'y en a quasiment pas ; donc on ne peut quelles augmenter. Je pense que cela serait positif pour tout le monde » (Benoit), « L'année dernière y avait des éléments concrets d'ordre ponctuel. Par exemple on parlait de comment écrire à un médecin. Je leur ai lu plusieurs courriers que j'avais faits. On les a interpellés là-dessus. C'était pendant un cours de cas cliniques. Et d'ailleurs je me dis que je vais le refaire. J'utilise le moment des cas cliniques pendant la phase des conseils pour préciser l'importance de la relation aux autres thérapeutes. » (Dominique)

Pour les stages, Nicolas voudrait par expérience les modifier : « Devrait être modifié car l'objectif et actuellement un objectif de confirmation ou, de consolidation de compétences ostéopathiques voir d'observation. Il faudrait évidemment lui donner une connotation complémentaire qui serait la mise en œuvre d'un projet interdisciplinaire. Il faudrait ajouter un objectif particulier. » Benoit dit que les stages sont formateurs même ceux de mauvaise qualité « quelque part je pense que cela peut servir aux étudiants comme moi ça m'a servi

pour m'installer quand on voit quelqu'un qui fonctionne avec quand même un certain nombre de patients qui travaille d'une façon à priori pas exceptionnelle mais qui fonctionne quand même. Cela peut permettre de donner confiance aux étudiants et donner le petit truc qui donne envie de s'installer. Il y a toujours du positif même dans le négatif. ». Dominique explique leur modification du support de stage et propose une évolution « on a décidé d'ajouter à chaque convention de stage un support explicatif de l'intérêt du stage. On va faire à côté un petit résumé de ce qu'est une formation d'ostéopathe et l'intérêt du stage hospitalier et dans le cadre de l'enseignement. Il propose : « Il faudrait externaliser la clinique. Pour pouvoir échanger et après comparer les pratiques. Par exemple une clinique aurait toute sa place dans un centre antidouleur. Pour arriver à créer des consultations connexes. » Jean pierre propose d'ouvrir les stages vers le partenariat externe « Si je dirigeais encore une école, je pense que j'essaierai de mettre en place des stages pour les étudiants à savoir, les obligés d'aller faire le tour non pas dans l'école mais en dehors, essayez d'aller rencontrer les différentes spécialitées de la santé sur un thème donné pour les obliger à ramener des informations faire une synthèse. Donc je les solliciterai dans l'expérience du partenariat externe. »

Jean pierre donne son recul d'expérience sur le partenariat : « Dans le cadre de la formation, on a un contenu, un projet pédagogique, des stratégies d'enseignement, d'apprentissage qui sont établies. À partir du moment que les règles du jeu sont précises on arrive plus facilement à passer dans la transdisciplinarité. »

5.2 SYNTHÈSE INTERPRÉTATION DE L'ANALYSE COMPARATIVE

5.2.1-Thème de la RECONNAISSANCE, relation à l'autre

Ils sont tous unanimes sur le besoin de travailler en complémentarité avec divers acteurs de santé. Le choix de ses acteurs, la distance diffère selon les histoires de chacun. Pour Nicolas la notion de distance est aussi liée au complexe de l'ostéopathe face aux autres acteurs de santé.

Le partage des compétences diffère de la notion d'information communicative à la possibilité de trouver des solutions face à l'échec ou à la chronicité des soins en positionnant le patient au centre des soins.

La notion de partenariat est reconnue par tous mais est exprimée de façon différente. Ils se créent selon leur histoire entre l'acceptation que les autres acteurs soient demandeur d'un partenariat, à la démarche de créer des partenariats ainsi que la difficulté d'évoluer dans le partenariat. Ils décrivent n'avoir connu que des formes réduites de partenariats sans aller vers la transdisciplinarité avec une vrai fusion des compétences.

La notion de la faible disponibilité physique et temporelle est une difficulté reconnue par tous pour créer des partenariats. Ils sont d'accord de la nécessité qu'un partenariat se crée dans la durée.

L'ouverture des autres acteurs de santé à l'ostéopathie est reconnue par tous avec des expériences de travail dans la formation avec des acteurs de santé différents et dans la création de partenariat.

5.2.2-Thème de la COMMUNICATION

Ils sont tous d'accord sur l'isolement du thérapeute en libéral qui est un facteur limitant de communication et de création de partenariat par la difficulté d'aller à la rencontrer de l'autre. Les stages permettent pour les étudiants d'aller rencontrer les thérapeutes, de casser l'isolement de la formation à l'école. Pour les stages vers d'autres acteurs de santé non ostéopathe, ils insistent sur l'intérêt de la rencontre et de la promotion de l'ostéopathie.

La notion d'unité d'espace de rencontre est une notion commune dans la nécessité d'appréhender les autres acteurs de santé. L'unité est aussi dans le but fixé par la création du partenariat et par la représentation de la fonction de directeur de site d'école pour avoir une représentation unique.

La notion du réseau de travail est une notion qui est présente pour la formation mais aussi pour augmenter la compétence du praticien et favoriser son implantation économique.

La notion de maturité de l'étudiant vers le professionnel est présente par la posture de la recherche de stage et la rencontre en temps que futur professionnel. Cette posture de futur professionnel renforce son concept ostéopathique et son envie de créer des partenariats chez l'étudiant.

5.2.3-Thème de l'OSTÉOPATHIE en général, ce qui est dit de l'ostéopathie

La notion du cadre légal est importante par rapport à l'histoire du développement de la profession qui s'est créée dans l'illégalité. Elle apparaît aussi dans la méconnaissance du cadre légal récent de la formation en ostéopathie par les autres acteurs de santé.

L'omnipotence de l'ostéopathe est une notion qui est rejetée par tous. L'ostéopathe doit savoir cerner la limite de sa compétence sans se sous estimer et favoriser le partenariat vers d'autres compétences.

La notion d'opposition de certains acteurs de santé reste importante dans le contexte politique actuel que se soit à titre personnel ou dans le cadre d'organisation professionnelle. L'opposition diminue quand l'ostéopathe est compétent et au service du patient. Il y a la proposition de sortir de la relation vers les acteurs de santé pour aller vers d'autres acteurs de la société comme des acteurs de la communication.

La notion du contexte économique et politique actuel, pousse les ostéopathes vers la création de partenariats. La notion d'augmenter sa compétence au service du patient pour un accompagnement prolongé et la promotion de l'ostéopathie pour communiquer malgré l'opposition de certains.

5.2.4-Thème de la FORMATION, les moyens liés à la formation humains et matériels

La notion de l'aspect financier est peu présentée sauf dans le coût de faire venir des acteurs de santé dans le cadre scolaire.

La formation proposée est une formation au partenariat durant le temps scolaire avec une meilleure présentation du milieu du soin et le fait de faire venir des intervenants acteurs de santé extérieurs à l'école. Ils favorisent le fait que l'étudiant doit être acteur de la création partenariale. Le but est de leur permettre de s'adapter à des situations nouvelles de rencontre, et d'amener à réfléchir sur leur position. Cette formation demande des accompagnants qui possèdent un double langage pour communiquer aux étudiants tout en connaissant l'ostéopathie.

Les stages sont considérés par tous comme un outil de l'éducation au partenariat entre soignants dans la formation initiale en ostéopathie. Le choix des stages et le suivi du stage reste un élément peu contrôlé. Le retour de réflexion des étudiants sur leurs stages est peu exploité. Les encadrants n'ont pas le temps de se rendre sur les lieux de stage. Il y a une volonté de faire évoluer les outils pédagogiques peu développés et souvent inadaptés pour un meilleur suivi. Tous conviennent qu'un stage même en situation difficile reste une expérience intéressante dans la recherche de la posture de l'étudiant futur professionnel.

Pour ceux qui ont essayé la formation au partenariat entre soignants, les retours sont positifs. Ils ont essayé d'incorporer cette notion dans le travail de la relation patient soignant. Les cours de cas clinique servent aussi de façon théorique à introduire le partenariat entre soignants. Ils s'accordent pour dire que ces notions sont peu développées. Ils proposent d'autres expériences de clinique et une modification des stages vers le partenariat externe.

CHAPITRE 6 DISCUSSION : L'EDUCATION AU PARTENARIAT ENTRE SOIGNANTS, DANS LA FORMATION INITIALE EN OSTEOPATHIE: UNE NECESSITE ACCEPTEE MAIS DES OUTILS PEU DEVELOPPES.

6.1 LE PARTENARIAT ENTRE SOIGNANTS : UNE RÉALITÉ AVEC SES DIFFICULTÉS

La position de l'ostéopathe parmi les acteurs de santé a évoluée depuis la reconnaissance légale. Les ostéopathes interrogés ont tous connus l'exercice de l'ostéopathie dans l'illégalité par rapport au droit de première intention dans la prise en charge des patients. Les premiers partenariats avec des acteurs de santé se sont faits hors du cadre légal par reconnaissance de compétences ou par relation d'amitié. « Il se trouve, que je travaille de façon préférentielle, avec des médecins généralistes avec qui j'ai des échanges d'ordre privé. Généralement je les ai déjà soignés. En fait, c'est un problème de connaissance. »

Le partenariat est aussi une nécessité en tant que thérapeute pour améliorer le soin du patient. La base du partenariat est d'être convaincu d'avoir besoin de la compétence des autres : la réalité du soin ne peut être dans un ostéopathe omnipotent. « Il est évident que l'on ne peut pas tout faire tout seul. Nous sommes amenés à travailler de façon conjointe. » Cette notion est aussi associée au concept de globalité de l'ostéopathie. La prise en charge globale nécessite une écoute et un échange de point de vue, entre acteurs de santé. « Quand on arrive à réunir autour d'une table différents partenaires qui ont chacun leur vision des choses, on arrive à véritablement mieux cerner la globalité du patient. »

Cette notion doit être associée à la nécessité de défendre ses propres compétences. Le fait de connaître ses limites ne veut pas dire ne pas apporter sa particularité et faire respecter sa compétence dans l'échange partenarial. « Qu' est-ce que je laisse à l'autre dans ce qu'il a à me dire, à quels moments je dois lui mettre une barrière. Est-ce que je suis complètement ouvert ou est-ce que je dois mettre des freins ? »

La notion d'échec thérapeutique, de difficulté de suivi dans le temps des patients et de la connaissance de limite de compétence de tout acteur de santé sont des éléments moteurs à la création de partenariat. Le patient qui veut être soigné doit être au cœur de préoccupation des différents acteurs. C'est la notion d'unité fondatrice de tout partenariat thérapeutique. Tout thérapeute a ses limites, son professionnalisme tient dans sa capacité à utiliser un réseau, des partenariats pour trouver des solutions à ses limites.

Le partenariat, la coopération, le travail en réseau font partis des préoccupations de tous les acteurs de santé. Mais même si les acteurs s'acceptent au niveau de leur compétence de soignant, le partenariat est comme le dit Roland Fonteneau « un système complexe qui peut être compliqué entres autres facteurs par le jeux du pouvoir des organisations. » Le contexte légal a légitimisé le droit de l'ostéopathe d'être un acteur visible dans sa compétence du partenariat. La notion de frontière de chaque partenaire est un enjeu de politique corporative de chaque pétale de la marguerite des soignants. « Il y a encore toute une catégorie socioprofessionnelle de professionnels de santé notamment des médecins qui sont encore très debout sur le frein par rapport à notre pratique. Je pense que le fait d'être intervenant de première intention les dérange. » Pour répondre à ce problème certains considèrent que seul la compétence de l'ostéopathe doit primer et cela passe par la notion de publication scientifiques comme facteur d'acceptation. D'autres considèrent que la solution est uniquement politique. Le chemin est long et la profession à la compétence partagée entre différents groupes professionnels est encore jeune.

La difficulté dans la formation de partenariat n'est pas uniquement le fait d'opposition d'organisations socioprofessionnelles. Elle vient aussi de la culture du professionnel libéral qui reste principalement dans son cabinet. Il y a une nécessité d'unité spatio-temporel pour augmenter le besoin de travailler avec l'autre, pour se reconnaître. Ce temps de reconnaissance est long et son intégration se fait dans la durée. Il y a cette opposition entre le besoin de trouver une solution rapide pour le patient et le temps nécessaire à communiquer, échanger, se faire confiance autour du patient entre les différents acteurs de santé. « Cela se fait de façon progressive bien sûr au fil du temps, de la confiance qu'on a pu installer au sein de mon cabinet dans ma ville. » Le travail en transdisciplinarité nécessite d'augmenter ces échanges et de passer encore plus de temps avec l'autre. Ce qui favorise l'inter ou la pluridisciplinarité dans le partenariat thérapeutique avec un ostéopathe en libéral. « Pour la transdisciplinaire je pense que cela peut être très intéressant mais il faut des locaux communs, être en centre ».

6.2 LA FORMATION À L'ÉDUCATION AU PARTENARIAT : DES OUTILS PEU DÉVELOPPÉS

Le partenariat thérapeutique est une nécessité pour les professionnels comme pour le développement de la profession. La formation à l'éducation au partenariat thérapeutique vers les autres acteurs de santé s'inscrit dans les apprentissages en profondeur et des apprentissages signifiant pour favoriser la compétence de l'ostéopathe dans sa posture professionnelle. La formation en ostéopathie est une formation professionnalisant. Elle doit permettre à l'étudiant de connaître son contexte futur d'exercice. « Pour construire des ingénieurs ostéopathes qui sont amenés à réfléchir, à s'adapter à des situations nouvelles il est indispensable de leur enseigner ces notions de partenariat. »

Tous les cadres ont essayé à différents niveaux d'introduire des savoirs théoriques à la connaissance, à la communication avec les autres acteurs de santé. Le temps pédagogique diffère en atelier clinique, durant les cours de cas clinique, ou dans le cadre d'un travail personnel noté de l'étudiant qui doit aller à la rencontre et réaliser un travail écrit. Il apparaît que ces temps de formation ne font pas parti du projet pédagogique de ces différentes écoles. Ils apparaissent comme un besoin pas complètement quantifié dans le projet pédagogique. La formation au partenariat est souvent considérée acquise à tord par les stages.

Les cours portaient sur la communication par l'apprentissage d'un langage commun qui permet d'aller à la rencontre de l'autre. Ils portaient aussi sur l'apprentissage de rédaction de lettres, de bilans de prise en charge. « C'est en parlant de l'ostéopathie en utilisant un jargon commun entre différents professionnels de santé, c'est cet échange qui permettra à la profession d'intégrer un parcours de santé où l'approche thérapeutique est complémentaire. »

L'autre intérêt est dans la présentation par des acteurs de santé de disciplines ayant des frontières communes avec l'ostéopathie. Il y a la nécessité de trouver des intervenants ayant le bon niveau de communication par rapport à l'auditoire et dans le vocabulaire utilisé. Ces cours trouvent de l'importance pour les étudiants en fin de formation. Ils présentent la difficulté financière de faire venir des intervenants extérieurs plus onéreux pour l'école. Il faut aussi trouver les intervenant adaptés ce qui nécessite pour l'école d'avoir un réseau de partenaires de santé développé. « Ces cours avaient été très apprécié par exemple, quelqu'un qui fait de la posturologie il faut qu'il soit aussi formé à l'ostéopathie et il est vrai que d'un

point de vue pratique faire venir des intervenants est compliqué par rapport aux possibilités de cours. »

Cette notion d'aller à la rencontre du professionnel soignant rapproche la formation en ostéopathie de la formation par alternance. Mais l'alternance est un concept qui diffère de la formation en ostéopathie sur plusieurs points. La place du stage est malheureusement une place d'observation et non pas de professionnel en devenir en action. Le stage n'est pas rémunéré et la position du tutorat de stage n'est pas identifiée dans le processus de formation. Les conceptions du suivi du stage diffèrent. Tous s'accordent sur la limite du stage interne entre ostéopathes et la limite du stage d'observation. Même si au niveau personnel certains étudiants réussissent à faire des stages avec de nombreux professionnels. La possibilité de suivre et de conserver ces stages est difficile. Il y a donc un vrai besoin de réflexion sur le stage et sa compétence dans l'apprentissage réflexif des étudiants en ostéopathie sur le contexte professionnel des acteurs de santé.

La formation au partenariat paraît aujourd'hui, de part la pression de la difficulté d'installation et la place légale de l'ostéopathie une nécessité. Il faut développer le contenu, l'ajouter au projet pédagogique, créer des stratégie d'enseignement, d'apprentissage avec le recul de ce qui a déjà été fait. « Dans les outils ou dans l'approche pédagogique éducative je pense qu'il est intéressant d'en parler lors d'un cours. Je pense aussi qu'il faudrait interroger les étudiants sur leur perception de l'inter ou de la pluridisciplinarité. Il faudra fixer la problématique de formation sur le partenariat thérapeutique. Je devrais faire une analyse avant de l'aborder avec des étudiants. Celle-ci serait réalisée en partage avec les différents protagonistes. C'est-à-dire des gens qui œuvrent au quotidien en tant que professionnel de santé. Cette première approche permettrait de définir quelles seraient les modalités de la relation. Ensuite il faudrait présenter cette analyse aux étudiants. Il est important d'établir quel est le bénéfice de cette approche. Ensuite je pense qu'il faudrait au moins 3 aspects didactiques. Le premier aspect serait des témoignages : comment au quotidien on peut s'organiser. Il faudrait ensuite une pratique, en faisant travailler ses étudiants dans des environnements pluridisciplinaires. Il faudrait aussi un projet de construction de transdisciplinaire entre l'ostéopathe et au moins un domaine de pratiques de professionnel de santé. Globalement ça serait des modalités qui me sembleraient pertinentes. Évidemment cette première réflexion ne peut être exhaustive. »

6.3 L'ÉDUCATION AU PARTENARIAT POUR UNE RECHERCHE DE COMPÉTENCE ET DE VISIBILITÉ

Nicolas de part son parcours dans le domaine commercial apporte une autre notion qui dépasse la cadre du partenariat thérapeutique : le partenariat est une façon de connaître et surtout de se faire connaître dans sa compétence ; c'est une forme évoluée de communication informative importante pour la reconnaissance sociétale de l'ostéopathie. Les autres cadres se positionnent en tant que professionnel acteur de santé et ont une vision plus individuelle du partenariat. En complément d'autres personnes ont une véritable culture du partenariat pour une organisation socio professionnelle qui dépasse le seul intérêt du patient pour le besoin de la survie de la profession ce qui est nécessaire pour une profession jeune comme l'ostéopathie.

Cette notion rejoint une autre constatation du besoin de faire venir d'autres acteurs de la société qui sont des formateurs à la communication. Il y a la possibilité d'ouvrir vers de la psychosociologie de groupe, de la sociologie des organisations, du conseil en communication et encore d'autres acteurs. « Il y a d'autres formes de partenariats qui sont intéressantes, c'est ce que j'avais essayé de mettre en place avec les possibilités que j'avais. On avait mis en place et je pense que cela est très important, c'était vraiment le début et il fallait progresser dans ce sens là : c'est comment développer ce partenariat, je pense que des gens dans le coaching ou autre pourrait être intéressant ou encore dans le cadre du management ou encore des gens qui sont dans les chambres de commerce et d'industrie. Des gens qui peuvent être en dehors des professionnels de santé mais qui peuvent apporter leur savoir-faire pour favoriser le développement de ce type de partenariat. »

La rencontre vers les autres est un processus constructif de sa propre identité. Dans le processus de maturité de l'étudiant vers le professionnel cet élément est déterminant. Il oblige l'étudiant à se définir en ostéopathe dans sa compétence et ses concepts. La rencontre ne peut se faire en fin de cursus avec uniquement des acteurs de santé formés à l'ostéopathie. Il faut favoriser une ouverture vers tous les acteurs de santé. « Ce niveau d'information qui permet d'envoyer l'information signifiante qui permet la réflexion. Il va permettre le déclenchement chez l'autre, chez l'étudiant en l'occurrence de la conscience du concept. Cela permet d'augmenter le niveau d'échanges et de créer des réflexes, des besoins d'installer le partenariat ».

Cette culture de la rencontre est importante pour le professionnel diplômé qui va devoir aller vers l'autre pour créer sa patientèle et développer ses compétences. « La posture que je tiens quand je rencontre des étudiants au quotidien et quand j'en parle avec les enseignants c'est de spontanément penser que vous êtes les acteurs du parcours de santé. Et en tant qu'acteurs du parcours de santé rapprochez-vous systématiquement quand vous vous installez, quand vous allez faire un stage des professionnels de santé. C'est une posture, ce n'est pas une organisation particulière. C'est une nécessité thérapeutique et économique. »

L'éducation au partenariat trouve une autre importance dans la formation continue de l'ostéopathe. La compétence du professionnel est aussi de continuer à se former tout au long de sa vie. Pour cela la rencontre partenariale interne ou externe aide à échanger, à partager ses difficultés et rechercher des solutions. L'éducation au partenariat rentre pleinement dans l'apprentissage de la raison expérientielle de l'étudiant professionnel en devenir mais aussi du professionnel établi. « À titre personnel, j'interviens donc dans deux associations : la fédération bretonne interprofessionnelle où il y a un regroupement de tous les intervenants de santé au sens large qui se réunissent sur un sujet présenté par un praticien. Il y a un échange entre professionnels de santés locaux. C'est une façon de se rencontrer les uns des autres. Il y a une autre association à l'initiative d'une ostéopathe qui fait de l'interdisciplinarité où tu présentes un patient qui te pose souci devant d'autres intervenants de santé. »

L'éducation au partenariat rentre dans une vision d'échange des connaissances. Dans une société où le savoir et le patient seraient au centre des intérêts, la clinique ostéopathique devrait être externalisée. C'est à dire au contact d'autres acteurs de santé pour pouvoir mieux se connaître et travailler ensemble. Ce doux rêve semble cependant actuellement loin de ce qui se présente pour notre exercice. « Il faudrait externaliser la clinique. Pour pouvoir échanger et après comparer les pratiques. Par exemple une clinique aurait toute sa place dans un centre antidouleur. Pour arriver à créer des consultations connexes. »

CONCLUSION : le partenariat entre soignants une réalité, l'éducation au partenariat un projet en devenir.

Dans cette deuxième partie, les quatre cadres pédagogiques ont participé de façon constructive à éclairer la question du partenariat entre soignants et leurs expériences de formation. Le panel hétérogène de pédagogues a permis des entretiens couvrant des visions différentes très intéressantes.

Dans le chapitre quatre, méthodologie de la recherche et analyse thématique, j'ai présenté la méthodologie. Les entretiens réalisés étaient de type semi directif. Ils ont permis de créer une grille d'analyse thématique à partir du regroupement des principales notions issues des quatre entretiens. Elle est constituée :

- le thème de la RECONNAISSANCE, relation à l'autre avec comme sous thème, la complémentarité, la distance, le partage des compétences, la disponibilité, l'ouverture.

- le thème de la COMMUNICATION avec comme sous thème, l'isolement spatio temporel, la représentation aux autres, l'espace unité, le réseau relationnel, la maturité.

- le thème de l'OSTÉOPATHIE en général, ce qui est dit de l'ostéopathie avec comme sous thème, le cadre légal, la notion d'omnipotent, l'opposition, la reconnaissance politique, le contexte.

- le thème de la FORMATION, les moyens liés à la formation humains et matériels, l'aspect financier, l'organisation pédagogique et sa complexité, la nécessité d'adaptation, le recul d'expérience, ce qui est dit sur la pédagogie.

Dans l'analyse comparative du chapitre cinq, j'ai repris les arguments de chacun et j'ai réalisé une synthèse. Il en ressort différentes notions.

- le thème de la RECONNAISSANCE, relation à l'autre avec comme sous thème, la complémentarité, la distance, le partage des compétences, la disponibilité, l'ouverture. Ils sont tous unanimes sur le besoin de travailler en complémentarité avec divers acteurs de santé. Le choix de ses acteurs, la distance diffère selon les histoires de chacun. La notion de partenariat est reconnue par tous mais est exprimée de façon différente. La notion de la faible disponibilité physique et temporelle est une difficulté reconnue par tous pour créer des partenariats. Ils sont d'accord sur la nécessité qu'un partenariat se crée dans la durée.

Le partenariat thérapeutique est une nécessité pour les professionnels comme pour le développement de la profession. Ils confirment tous leur intérêt à ce partenariat.

- le thème de la COMMUNICATION avec comme sous thème, l'isolement spatio temporel, la représentation aux autres, l'espace unité, le réseau relationnel, la maturité . Ils sont tous d'accord sur l'isolement du thérapeute en libéral qui est un facteur limitant de communication et de création de partenariat par la difficulté d'aller à la rencontre de l'autre. La notion d'unité d'espace et de rencontre est une notion commune dans la nécessité d'appréhender les autres acteurs de santé. La notion du réseau de travail est une notion qui est présente pour la formation mais aussi pour augmenter la compétence du praticien et favoriser son implantation économique. La notion de maturité de l'étudiant vers le professionnel est présente par la posture de la recherche de stage et la rencontre en temps que futur professionnel.

- le thème de l'OSTÉOPATHIE en général, ce qui est dit de l'ostéopathie avec comme sous thème, le cadre légal, la notion d'omnipotent, l'opposition, la reconnaissance politique, le contexte . La notion du cadre légal est importante par rapport à l'histoire du développement de la profession qui s'est créée dans l'illégalité. L'omnipotence de l'ostéopathe est une notion qui est rejetée par tous. La notion d'opposition de certains acteurs de santé reste importante dans le contexte politique actuel que se soit à titre personnel ou dans le cadre d'organisations professionnelles. La notion du contexte économique et politique actuel pousse les ostéopathes vers la création de partenariats.

- le thème de la FORMATION, les moyens liés à la formation humains et matériels, l'aspect financier, l'organisation pédagogique et sa complexité, la nécessité d'adaptation, le recul d'expérience, ce qui est dit sur la pédagogie . La notion de l'aspect financier est peu présentée sauf dans le coût de faire venir des acteurs de santé dans le cadre scolaire. La formation proposée est une formation au partenariat durant le temps scolaire avec une meilleur présentation du milieu du soin et le fait de faire venir des intervenants acteurs de santé extérieurs à l'école. Les stages sont considérés par tous comme un outil de l'éducation au partenariat entre soignants dans la formation initiale en ostéopathie. Le choix des stages et le suivi du stage reste un élément peu contrôlé et mal adapté au développement réflexif de l'étudiant. Pour ceux qui ont essayé la formation au partenariat entre soignants, les retours

sont positifs. Ils ont essayé d'incorporer cette notion dans le travail de la relation patient soignant. Les cours de cas clinique servent aussi de façon théorique à introduire le partenariat entre soignants. Ils s'accordent pour dire que ces notions sont peu développées. Ils proposent d'autres expériences de clinique et une modification des stages vers le partenariat externe.

Dans le chapitre six, discussion je fais ressortir certaines notions de l'analyse thématique éclairées par des concepts et des éléments contextuels de la première partie.

- le partenariat entre soignants : une réalité avec ses difficultés. La position de l'ostéopathe parmi les acteurs de santé a évoluée depuis la reconnaissance légale. Le partenariat est aussi une nécessité en tant que thérapeute pour améliorer le soin du patient. La base du partenariat est d'être convaincu d'avoir besoin de la compétence des autres. Cette notion doit être associée à la nécessité de défendre ses propres compétences. La difficulté dans la formation de partenariat n'est pas uniquement le fait d'opposition d'organisations socioprofessionnelles. Elle vient aussi de la culture du professionnel libéral qui reste principalement dans son cabinet.

- la formation à l'éducation au partenariat : des outils peu développés. La formation à l'éducation au partenariat thérapeutique vers les autres acteurs de santé s'inscrit dans les apprentissages en profondeur et des apprentissages signifiant pour favoriser la compétence de l'ostéopathe dans sa posture professionnelle. Tous les cadres ont essayé à différents niveaux d'introduire des savoirs théoriques à la connaissance, à la communication avec les autres acteurs de santé. Il apparaît que ces temps de formation ne font pas parti du projet pédagogique de ces différentes écoles. Ils apparaissent comme un besoin pas complètement quantifié dans le projet pédagogique. La formation au partenariat est souvent considérée acquise à tord par les stages.

- l'éducation au partenariat entre soignants pour une recherche de compétence et de visibilité. La rencontre vers les autres soignants par l'étudiant est un processus constructif de sa propre identité. Dans le processus de maturité de l'étudiant vers le professionnel cet élément est déterminant. Il l'oblige à se définir en ostéopathe dans sa compétence et ses concepts. Le partenariat est une façon de connaître et surtout de se faire connaître dans sa compétence, c'est une forme évoluée de communication informative importante pour la reconnaissance sociétale de l'ostéopathie.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Le choix du sujet de l'éducation au partenariat entre soignants est lié à mon histoire et à ma vision de la prise en charge en partenariat du patient. Ce travail m'a permis de rencontrer des cadres en ostéopathie et de les interroger sur le partenariat et l'éducation au partenariat entre soignants. Il m'a permis à travers leurs témoignages de rechercher des concepts et un contexte à ce partenariat.

La population de mon étude composée de cadres en ostéopathie a montré une divergence de regard intéressante et complémentaire entre des cadres soignants et un cadre de formation universitaire administratif. Si la notion de la nécessité du partenariat fait consensus, la différence est dans l'axe du partenariat autour du patient pour les soignants et autour de l'ostéopathie et du professionnel ostéopathe pour le cadre administratif.

La prise de conscience de la nécessité de formation à l'éducation au partenariat entre soignants est présente chez tous les enquêtés. L'avancé dans les concepts et les outils de formation diverge selon les écoles.

Le constat du manque d'importance de l'éducation au partenariat entre soignants dans la formation initiale et dans le projet pédagogique a été confirmé dans les enquêtes menées.

Le travail présenté s'intéresse au vécu du partenariat entre soignants et aux expériences de formation au partenariat.

Quelle est la place du partenariat entre soignants dans la pratique de l'ostéopathie ?

Quel est le besoin de former les étudiants en formation initiale au partenariat entre soignants ?

Quels sont les outils de cette éducation au partenariat entre soignants ?

Autant de questions qui m'ont motivé à choisir ce sujet et à le développer à travers une approche contextuelle, conceptuelle. Puis cela m'a permis de mener une rencontre avec des cadres formateurs en ostéopathie associé à un travail d'analyse et de discussion.

La première partie s'intitule : la notion de soin en ostéopathie, genèse et contexte de la recherche.

Dans le premier chapitre genèse et contextuel, je résume mon chemin de professionnel vers l'ostéopathie puis la formation initiale en ostéopathie. Cette genèse retrace l'importance de ma position de professionnel à la rencontre d'autres acteurs de santé durant ma formation puis dans mon choix de créer un pole pluridisciplinaire de soignants dans mon exercice quotidien de l'ostéopathie. Elle retrace aussi mon parcourt d'enseignant à la rencontre de la formation initiale. Elle insiste sur l'importance de travailler en partenariat avec les autres acteurs de santé à travers la discipline que j'enseigne, le viscéral.

J'ai voulu reprendre la notion du soin et du soignant autour du patient. Le soin dans son entité associant le care et le cure. Cette notion est pour moi le trait d'union de tout thérapeute dans sa volonté d'aider, dans la limite de ses compétences, le patient. Ce soin est organisé dans un système de santé avec des organisations socio professionnelles. L'ostéopathie depuis sa reconnaissance légale est entrée dans le cadre du code de santé mais de part son histoire, elle garde un lien avec tous les acteurs de santé hors cadre légal. Ces acteurs de santé sont présentés sous la forme de la marguerite des soignants où chaque acteur est en interrelation autour du soin et du soigné.

L'ostéopathie a sa propre histoire et défend ses propres concepts qui lui donnent sa spécificité. Son exercice est partagé entre catégories socio professionnelles différentes ce qui lui donne des critères de formation adaptés. Le choix de ce travail est de rester sur la formation initiale des ostéopathes non professionnels de santé. Leur formation est régit par un décret de compétence et est organisée au sein d'écoles dites agrées.

Dans le deuxième chapitre intitulé formation et professionnalisation des ostéopathes, je présente une étude de concept de formation adaptée aux besoins du professionnel ostéopathe.

La formation en ostéopathie est une formation professionnalisante. La compétence du futur professionnel est au cœur du projet pédagogique. Ce professionnel doit être formé et continuer à développer ses compétence durant toute son activité. La notion de compétence est une notion qui c'est développée avec la nécessité de faire appel à des universitaires comme Jacques Tardif ou Guy Le Boterf pour faire avancer la profession.

La connaissance des différents apprentissages positionne l'ostéopathe vers une recherche d'apprentissage en profondeur et des apprentissages signifiant. Pour cela la raison expérientielle doit être développée en interrelation de la raison sensible et de la raison

formelle. La confrontation à l'échec favorise dans le cadre de la pratique la remise en question de l'étudiant qui se professionnalise. Pour cela la rencontre avec le patient est déterminante. Elle se fait dans le cadre de la clinique ostéopathie sous tutorat ou encore dans le cadre de stages d'observation principalement d'ostéopathes.

Cette notion remet en relation la formation de l'ostéopathie du concept de l'alternance. L'alternance développée par Gaston Pineau et André Geay est un concept qui va vers les apprentissages en profondeurs et signifiant à partir de la stimulation de l'expérience sous tutorat. La formation actuelle en ostéopathie diffère sur plusieurs notions de la formation en alternance. L'implication de l'étudiant et la forme des stages ne peuvent pas correspondre à l'alternance. De plus le suivi de tutorat des stages ne fait pas parti du projet pédagogique.

Dans le troisième chapitre, le partenariat entre soignants, je reprends les concepts et les moyens de création d'un partenariat entre soignants.

La formation du professionnel doit passer dans sa capacité à créer des réseaux, à coopérer, à faire du partenariat entre ostéopathes (interne) mais aussi du partenariat entre soignants (externe). Le partenariat est le lien contraint, librement consenti autour d'un projet commun. Les formes d'échanges et de partages peuvent différer. Ils peuvent être pluridisciplinaire, interdisciplinaire ou transdisciplinaire. Dans tous les cas ils sont au cœur de la problématique du soignant et des organisations socioprofessionnels.

Le lien est au cœur du partenariat avec une notion associée évidente de tous liens : la communication. Ces enjeux informatifs, identitaires, térritoriaux, relationnels, conatifs, sont présents dans toutes les communications mais avec des prépondérances de l'un ou de l'autre.

Les données informatives sont souvent abordées dans notre société comme prépondérentes dans la communication. Mais il ne faut pas limiter la communication à l'information sous risque d'échec de l'interaction dans une relation.

Dans le quatrième chapitre intitulé méthodologie de la recherche et analyse thématique, un panel hétérogéne de cadres formateurs en ostéopathie, j'explique ma méthodologie de recherche : les concepts de l'entretien, le choix de la population de l'étude, le choix des moyens et le guide d'entretien, la grille d'analyse de contenu. Puis je présente les quatre analyses thématiques des quatre entretiens.

Dans le cinquième chapitre , j'ai fait une analyse comparative des données de l'étude en rassemblant les réponses des quatre entretiens selon la grille d'entretien avec les thèmes. Puis j'ai réalisé une synthèse pour chaque thème.

Dans le sixième chapitre, la discussion, j'ai interprété les résultats de l'analyse comparative à l'aide des notions conceptuelles et contextuelles de la première partie.

- le partenariat entre soignants : une réalité avec ses difficultés. La position de l'ostéopathe parmi les acteurs de santé a évoluée depuis la reconnaissance légale. Il considère le partenariat comme une nécessité en tant que thérapeute pour améliorer le soin du patient. La base du partenariat est d'être convaincu d'avoir besoin de la compétence des autres. Cette notion doit être associée à la nécessité de défendre ses propres compétences pour ne pas perdre sa propre identité. La difficulté dans la formation de partenariat n'est pas uniquement le fait d'opposition d'organisations socioprofessionnelles comme le refus de la présence d'ostéopathes de formation initiale dans des structures hospitalières. Elle vient aussi de la culture du professionnel libéral qui reste principalement dans son cabinet et qui ne va pas facilement vers les autres soignants.

- la formation à l'éducation au partenariat : des outils peu développés. La formation à l'éducation au partenariat thérapeutique vers les autres acteurs de santé s'inscrit dans les apprentissages en profondeur et des apprentissages signifiant pour favoriser la compétence de l'ostéopathe dans sa posture professionnelle. Tous les cadres ont essayé à différents niveaux d'introduire des savoirs théoriques à la connaissance, à la communication avec les autres acteurs de santé. Il apparaît que ces temps de formation ne font pas parti du projet pédagogique de ces différentes écoles. Ils apparaissent comme un besoin pas complètement quantifié et souvent évacué par les stages. Les stages apparaissent ne pas pouvoir répondre complètement à la rencontre de l'autre car trop basés sur des stages vers des ostéopathes sur un mode d'observation.

- l'éducation au partenariat entre soignants pour une recherche de compétence et de visibilité. La rencontre vers les autres soignants par l'étudiant est un processus constructif de sa propre identité. Dans le processus de maturité de l'étudiant vers le professionnel, cet élément est déterminant. Il l'oblige à se définir en ostéopathe dans sa compétence et ses concepts. Le partenariat est une façon de connaître et surtout de se faire connaître dans sa compétence, c'est une forme évoluée de communication informative importante pour la reconnaissance sociétale de l'ostéopathie.

Les propositions de réflexion sur la création d'un projet pédagogique d'éducation au partenariat me paraissent intéressantes. Le plus abouti est celui proposé par Nicolas : « dans les outils ou dans l'approche pédagogique éducative je pense qu'il est intéressant d'en parler lors d'un cours. Je pense aussi qu'il faudrait interroger les étudiants sur leur perception de l'inter ou de la pluridisciplinarité. Il faudra fixer la problématique de formation sur le partenariat thérapeutique. Je devrais faire une analyse avant de l'aborder avec des étudiants. Celle-ci serait réalisée en partage avec les différents protagonistes. C'est-à-dire des gens qui œuvrent au quotidien en tant que professionnel de santé. Cette première approche permettrait de définir quelles seraient les modalités de la relation. Ensuite il faudrait présenter cette analyse aux étudiants. Il est important d'établir quel est le bénéfice de cette approche. Je pense qu'il faudrait au moins trois aspects didactiques. Le premier aspect serait des témoignages : comment au quotidien on peut s'organiser. Il faudrait ensuite une pratique, en faisant travailler ses étudiants dans des environnements pluridisciplinaires. Il faudrait aussi un projet de construction d'un projet transdisciplinaire entre l'ostéopathe et au moins un domaine de pratiques de professionnel de santé. Globalement ça serait des modalités qui me sembleraient pertinentes. Évidemment cette première réflexion ne peut être exhaustive. » Cette approche me semble être un très bon point de départ pour tous ceux qui cherchent à développer des outils de compétence pour nos étudiants.

De ce projet et son développement dans les années à venir, peut être que les étudiants que nous allons former pourront s'approcher du modèle partenarial en transdisciplinarité. Comme le dit Jean Pierre : « Dans le cadre de la formation, on a un contenu, un projet pédagogique, des stratégies d'enseignement et d'apprentissage qui sont établies. À partir du moment que les règles du jeu sont précises on arrive plus facilement à passer dans la transdisciplinarité. »

RÉFÉRENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

Index des auteurs cités

Ouvrages :

Demol Jean noël, Didactique et transdisciplinarité, Ed L'harmattan

Deniau Jean François, L'atlantique est mon désert, p29, Ed Folio 3052

JOËL DE ROSNAY (1975). *Le macroscope.* Editions du Seuil

DHUME Fabrice, Du travail social au travail ensemble Le partenariat dans le champ des politiques sociales, Ed. ASH, 2001, 206 p., ISBN : 2-85030-611-8

LE BOTERF Guy (2010). *Construire les compétences individuelles et collectives. Agir et réussir avec compétence. Les réponses à 100 questions. 5ème édition mise à jour et enrichie.* Editions d'organisation Eyrolles

Merini Corinne, LE PARTENARIAT : HISTOIRE ET ESSAI DE DEFINITION Actes de la Journée nationale de l'OZP, 5 mai 2001

Fonteneau, Roland, 1993, « l'alternance partenariale », revue éducation permanente n°, Paris, page 70 78

Fonteneau Roland Faire vivre le partenariat dans les programmes de réussite éducative Synthèse de la rencontre sur les enjeux du partenariat 27 avril 2010, Tours

Geay, André, 1998 l'école de l'alternance, Paris, ed. l'Harmattan, 208p

Laurent HENART Yvon BERLAND Danielle CADET Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer, janvier 2011

Pelletier Guy, le partenariat : du discours à l'action Paru in *La Revue des Échanges* (AFIDES), Volume 14, n° 3, septembre 1997, dossier " Éducation et partenariat ".

Ludes Bertrand, Rapport « Ostéopathie – Chiropraxie »25 JANVIER 2007

Gay Myers, Michele Tolela Myers, les bases de la communication humaine une approche théorique et pratique ed Brochés

Arlie Russel Hochschildp.39, c.f. Hochschild, *The managed heart: commercialization of human feeling*, University of California Press, 1983

Jean Pierre Olivier de Sardan, Anthropologie et développement, ed APAD-KARTHALA,1995, p. 84

FOUREZ Gérard *Nos savoirs sur nos savoirs : un lexique d'épistémologie pour l'enseignement*, *Bruxelles : De Boeck, 1997.p 169*

Nicolescu Basarab (1996) dans son livre : *La transdisciplinarité – manifeste.* Monaco, Éditions du Rocher, Collection "Transdisciplinarité"

Maela PAUL (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique.* Editions L'Harmattan

Paul Patrick et Pineau Gaston, transdisciplinarité et formation, Ed L'harmattan

Weil Robert , « Les techniques de recueil et de traitement des données », in Durand, Weil, 1989, 2006, p. 423

Articles :

NOEL DENOYEL. Alternance tripolaire et raison expérientielle à la lumière de la sémiotique de Pierce, Revue française de pédagogie, n°128, juillet-août-septembre 1999,pp. 35-42

ROLAND FONTENEAU (juillet 2011). *Les « trois scènes de la vie d'adulte »*

ROLAND FONTENEAU. Le *trèfle des quatre compétences. Extrait de journal d'un formateur d'adultes* : 1981-2011 (en cours)

JACQUES TARDIF. . *La pédagogie au service de la formation en ostéopathie : axer la formation sur le développement de compétences professionnelles.* Journal L'Ostéopathie…précisément.

JACQUES TARDIF. *La pédagogie au service de la formation en ostéopathie : quelques concepts fondamentaux.* Journal L'Ostéopathie…précisément.

JACQUES TARDIF. *La pédagogie au service de la formation en ostéopathie : des environnements pédagogiques maximalistes.* Journal L'Ostéopathie…précisément.

JACQUES TARDIF. *La pédagogie au service de la formation en ostéopathie : documenter le parcours de développement dans un programme par compétences.* Journal L'Ostéopathie…précisément.

Rapports

Rapport « Ostéopathie et chiropraxie » rapport présenté par le Professeur LUDES le 25 janvier 2007

Référentiel de compétence du métier d'ostéopathe travail commandité par l'association Française d'ostéopathie

Rapport relatif aux professions de santé de niveau intermédiaire, professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer

ANNEXES

ENQUÊTE 2 M. P

Enquête réalisée le 02/02/2012.

1-Depuis combien de temps êtes-vous enseignants en ostéopathie ?

2-Vous avez toujours enseigné dans le même établissement ?

3-Quel était votre poste ? Quelle est votre fonction au sein de ces écoles ?

4-Depuis combien de temps vous exercez en tant que ostéopathe en libéral ?

5-À l'heure actuelle pour vous en tant qu'ostéopathe quels sont les acteurs de santé avec qui vous travaillez en libérale ?

6-À l'heure actuelle y a-t-il des acteurs de santé à qui vous aimeriez envoyer des patients?

7-Si vous deviez nommer par fréquence les thérapeutes avec qui vous travaillez, avec qui avez vous le plus d'échanges ?

8-Selon vous comment sont perçus les ostéopathes par les autres intervenants de santé ?

Quel est le retour que vous avez pu avoir en tant qu'ostéopathe ou en tant qu'enseignant ?

9-Avez-vous des retours d'anciens étudiants, par rapport à leurs relations avec les différents intervenants de santé ?

9-Et après durant leurs activités ? Avez-vous eu des retours sur leurs possibilités d'échanges ?

10-Selon vous à l'heure actuelle est-ce que l'ostéopathe a besoin d'un partenariat thérapeutique ? Ce partenariat est-il nécessaire pour sa pratique ? Partenaires thérapeutiques au sens large encore 1 fois ?

11-Comment vous définiriez le partenariat thérapeutique à l'heure actuelle dans votre pratique ?

12-Si je vous définis, le partenariat thérapeutique, selon 3 modalités : la pluridisciplinarité, l'interdisciplinarité, la transdisciplinarité, selon vous comment vous travaillez en partenariat thérapeutique ?

13-Qu'est-ce qui vous fait passer de pluridisciplinaire à interdisciplinaire?

14-À partir de là à votre avis est ce qu'il faut former les étudiants au partenariat thérapeutique ? Dans votre fonction de responsable clinique et d'enseignants, est-ce qu'il y a 1 intérêt à former des étudiants au partenariat thérapeutique ?

18-Comment préparer les étudiants au partenariat thérapeutique selon vous ? Et plus particulièrement comment se dérouler chez vous les stages professionnels ?

19-Avez-vous eu des retours des étudiants sur ces stages ?

20-Est-ce que vous auriez des idées sur les outils qu'on pourrait créer pour favoriser la formation au partenariat thérapeutique ?

21-Et pour le partenariat thérapeutique en général ?

Y a-t-il eu des concertations ou des réflexions sur le partenariat thérapeutique au sein de réunion de responsables pédagogique ou responsable clinique ?

22-Est-ce qu'il y ait eu des réflexions sur la qualité des terrains de stage ?

23-À votre avis aujourd'hui est-il nécessaire de faire évoluer les outils existants ? À savoir les stages cliniques, les cours dans le cadre de la clinique, et ce qu'il est intéressant de les faire évoluer où est-il nécessaire de créer d'autres ? Ou faut-il au contraire diminué la l'importance des échanges avec les autres professionnels ?

24-Auriez-vous un axe une idée pour augmenter ? Avez-vous entendu parler ailleurs de quelque chose qui se ferait pour augmenter la formation au partenariat thérapeutique ?

25-Avez vous d'autres notions qui vous paraissent importantes sur la formation au partenariat thérapeutique ?

ENQUÊTE 1 M. B

Enquête réalisée le 10/12/2011.

1-Depuis combien de temps êtes-vous enseignants en ostéopathie?

Alors, j'enseigne en formation initiale depuis 8 ans depuis 2003 en formation professionnelle aussi, les deux en même temps. Assistant en 2003 puis enseignant à partir de 2004.

2-Vous avez toujours enseigné dans le même établissement ?

J'ai enseigné pendant 8 ans dans 1 seule école, actuellement j'enseigne dans 2 autres écoles 1 à Nantes et 1 à Paris.

3-Quel était votre poste ? Quelle est votre fonction au sein de ces écoles ?

Dans ma 1e école j'étais essentiellement enseignant en structurel. Puis en clinique et en cas clinique. Puis à partir de 2007 je suis devenu le responsable clinique jusqu'en 2011. Actuellement je suis enseignant en structurelle à paris et assistant en clinique à Nantes.

4-Depuis combien de temps vous exercez en tant que ostéopathe en libéral ?

J'ai commencé un peu en 2000 en continuant mon activité du kiné jusqu'en 2001. Je suis ostéopathe exclusif depuis 2001 cela fait 10 ans.

Dans votre parcours en tant qu'encadrant et enseignant, quelles sont les acteurs de santé intervenant dans la formation des étudiants que vous avez rencontré?

Lorsque J'étais au COS il y avait des psychologues, médecins généralistes, chirurgiens, radiologues, de mémoire je n'ai pas vu d'autres intervenants. Certains ostéopathes étaient aussi masseur kinésithérapeutes, ils intervenaient quand même. Dans les autres écoles où j'exerce actuellement je n'ai pas pu rencontrer tous les intervenants.

5-À l'heure actuelle pour vous en tant qu'ostéopathe quels sont les acteurs de santé avec qui vous travaillez en libérale ?

Moi, à l'heure actuelle j'envoie des patients à des médecins radiologues, des rhumatologues, des dentistes, des pédicures podologues après les avoir traité en ostéopathie mais pas avant. Des kinésithérapeutes ça m'arrive régulièrement d'envoyer. Des acupuncteurs je n'envoie plus

quand personnellement je n'ai pas de très bons résultats donc éventuellement c'est 1 façon de voir avec 1 autre approche de santé.

6-À l'heure actuelle y a-t-il des acteurs de santé à qui vous aimeriez envoyer des patients?

C'est vrai j'ai oublié, j'envoie de temps en temps à des psychothérapeutes ou psychiatres ça m'arrive.

7-Si vous deviez nommer par fréquence les thérapeutes avec qui vous travaillez, avec qui avez vous le plus d'échanges ?

Je dirais médecin généraliste, radiologues, les rhumatologues ne doivent pas être très loin derrière. Pour les kinés j'oriente fréquemment suite à des pathologies chroniques de faire des séances en chaîne musculaire donc essentiellement manuelle. Les psychothérapeutes, les dentistes, de temps en temps. Les podologues de temps en temps aussi mais je trouve que l'on a tendance à leur envoyer trop régulièrement des patient.

8-Selon vous comment sont perçus les ostéopathes par les autres intervenants de santé ?

Quel est le retour que vous avez pu avoir en tant qu'ostéopathe ou en tant qu'enseignant ?

Au niveau des médecins généralistes on a les 2, des médecins qui sont plutôt pour et d'autres plutôt contre. Mais globalement cela évolue plutôt positivement même si l'évolution reste lente. Pour les autres médecins on retrouve la même situation. Par contre pour les rhumatologues l'avis reste plutôt négatif que positif. Pour les kinés et les podologues l'image reste très positive.

J'ai oublié de préciser précédemment, j'envoie de temps en temps à des nutritionnistes ou des diététiciens mais je n'ai pas de nom à conseiller comme pour les acupuncteurs.

Pour ces dernières professions l'image de l'ostéopathie reste positive.

9-Avez-vous des retours d'anciens étudiants, par rapport à leurs relations avec les différents intervenants de santé ?

J'ai quelques retours, c'est principalement lorsque les gens s'installent, ils vont voir les médecins les pharmaciens etc. le retour que j'ai des étudiants et qu'ils ont 1 retour plutôt censé avec le domaine médical, je pense que ça passe plutôt bien avec les médecins quand il se présente quand ils vont voir les médecins le retour est plutôt bon globalement par rapport à cela.

9-Et après durant leurs activités ? Avez-vous eu des retours sur leurs possibilités d'échanges ?

Non je ne peux pas dire que j'ai eu beaucoup de retour, les étudiants me parlant principalement de leur installation. Il est vrai que l'ostéopathie est souvent 1 métier où on se retrouve seul dans son cabinet, donc je n'ai pas eu beaucoup de retour sur ce que peut donner leurs relations dans le temps. Mais je sais que certains des étudiants devenus professionnels travaillent régulièrement avec certains médecins et que leurs relations se passent plutôt bien.

10-Selon vous à l'heure actuelle est-ce que l'ostéopathe a besoin d'un partenariat thérapeutique ? Ce partenariat est-il nécessaire pour sa pratique ? Partenaires thérapeutiques au sens large encore 1 fois ?

Oui, moi je pense que tout est complémentaire, il y a des indications pour chacun, pour chaque type de pathologie, pour chaque type de patient en fonction de leurs pathologies. Après c'est l'ordre qui est un peu compliqué parfois, on voit de temps en temps d'abord le podologue ou le kiné alors qu'il serait préférable de voir d'abord l'ostéopathe pour la plupart des pathologies que l'on voit régulièrement en « ostéo » à savoir les lombalgies, les douleurs cervicales. C'est plus sur l'ordre que cela pose des problèmes. Pour ce qui est du partenariat bien sûr il n'y a aucun souci, au contraire. Après il s'agit souvent d'une question d'ordre est 1 question de temps. Je demande qu'il n'y ait pas d'intervention de qui que ce soit au moins 3 jours après ma séance, mais cette demande est souvent bien comprise en général. On a besoin de ce partenariat à mon avis.

11-Comment vous définiriez le partenariat thérapeutique à l'heure actuelle dans votre pratique ?

Il y a plusieurs choses, premièrement lorsque je n'ai pas de résultats thérapeutiques je pense qu'il faut passer la main en fonction de ce que j'ai pu percevoir du cas du patient au niveau de l'anamnèse des tests des techniques etc. J'enverrai plus chez 1 médecin éventuellement chez 1 rhumatologue pour faire une infiltration, voir des fois chez 1 guérisseur. Donc, c'est quand j'ai des échecs que j'envoie et après c'est quand j'ai des cas chroniques comme par exemple la personne qui serait très raide avec des douleurs chroniques par exemple au niveau bas du dos dorsal cervical qui est vraiment voûté qui a besoin d'un travail de posture globale, pour qui le traitement ostéopathie ponctuelle qu'il soit structurel viscéral facial, ou quoi que ce soit, ne suffira pas. Je pense que tout seul et même si la personne souhaite bien faire cela sera compliquée d'où l'intérêt de la kiné éventuellement pour aider, pour compenser, tout dépend évidemment de tout cela. Par rapport à un podologue lorsqu'il y a une importante différence

de longueur des membres inférieurs de plus d'un centimètre par exemple dans un 1e temps je n'envoie pas. Par contre si par la suite il n'y a pas de résultat thérapeutique à savoir 1 tendance à retrouver les douleurs je peux dans ce cas renvoyer vers le podologue pour aider à diminuer ses compensations.

12-Si je vous définis, le partenariat thérapeutique, selon 3 modalités : la pluridisciplinarité, l'interdisciplinarité, la transdisciplinarité, selon vous comment vous travaillez en partenariat thérapeutique ?

Globalement se serait pluridisciplinaire, parfois dans l'interdisciplinaire dans un second temps avec certains médecins, certaines personnes.

13-Qu'est-ce qui vous fait passer de pluridisciplinaire à interdisciplinaire?

Ce n'est pas moi qui fais le pas, c'est plus lorsqu'on fait le pas vers moi. Je trouve cela très bien, quand on fait le pas, je trouve ça très bien vraiment. Mais j'ai pas l'impression qu'il y a beaucoup de gens qui travaillent en interdisciplinarité car on a tous nos choses à faire etc. etc. On aurait peut-être intérêt à emprunter ce que fait la médecine justement comme les médecins généralistes avec les spécialistes qui font des compte rendu etc. Il y a vraiment 1 travail commun, car il est vrai que nos échanges ne sont pas toujours suffisantes mais cela vient peut-être du fait qu'en ostéopathie on est devenu légal depuis peu de temps. Il faut peut être du temps pour que les relations soient plus importantes. Pour la transdisciplinaire je pense que cela peut être très intéressant mais il faut des locaux communs, être en centre, cela nécessiterait aussi que l'ostéopathie soit mieux connue par les autres professionnels de santé qu'il soit plus au courant de notre fonctionnement.

14-À partir de là à votre avis est ce qu'il faut former les étudiants au partenariat thérapeutique ? Dans votre fonction de responsable clinique et d'enseignants, est-ce qu'il y a 1 intérêt à former des étudiants au partenariat thérapeutique ?

Pour moi l'intérêt est majeur, d'ailleurs dans mon ancien établissement on avait mis en place, on a fait des ateliers pour expliquer qu'il fallait passer la main qu'on n'est pas psychothérapeute lorsqu'on est ostéopathe, qu'on n'est pas nutritionniste qu'on peut avoir des notions mais il faut passer la main qu'on est pas kiné, on peut avoir des notions mais il faut passer la main. On avait mis en place pour expliquer ses relations des cours en 4heurres où on parlait du relationnel avec les autres praticiens de santé, on essayait de dire qu'on n'était pas omnipotent.

15-Ces cours étaient dans quel cadre ?

Dans le cadre des ateliers cliniques avec toute la promotion en clinique quand il n'y avait pas de patients pour tous les étudiants pendant qu'un groupe de patients était en soins, les autres étudiants de cette promotion suivaient 1 cours avec différents sujets. Il y avait quelques cours sur la posturologie et l'ostéopathie, sur l'acupuncture et l'ostéopathie, sur la nutrition et l'ostéopathie, sur la psychothérapie et l'ostéopathie. Le but de ces cours était d'éveiller la curiosité des étudiants et éventuellement pour certains d'aller un peu plus loin là-dedans, comme moi j'ai pu faire par exemple avec la psycho.

16-Avez-vous eu un retour des étudiants par rapport à ses cours ?

J'ai eu quelques retours de certains pas de tous qui me préciser que les cours étaient très enseignant dépendant. Il avaient principalement 1 intérêt pour le cours de posturo et d'ostéopathie qui avait bien plu, sur ce sujet les étudiants se sont très demandeurs cela est sûre. Après cela passe ou ça ne passe pas, mais cela dépend beaucoup des cours. Car ces cours ne sont pas faciles à préparer mais globalement les étudiants étaient plutôt satisfaits et curieux par nature.

17-Pourquoi ces cours ne sont-ils pas faciles à préparer ?

Parce qu'il faut trouver des ostéopathes qui connaissent bien l'autre domaine aussi. Pour podologie et ostéopathies il faut trouver 1 ostéopathe qui travaille beaucoup en podologie. Là-dessus il y avait aussi des cours articulation temporo mandibulaire et ostéopathies mais là aussi il faut avoir des bonnes notions au niveau dentaire pour présenter 1 cours intéressant. Ces cours avaient été très appréciés par exemple. Quelqu'un qui fait de la posturologie il faut qu'il soit aussi formé à l'ostéopathie et il est vrai que d'un point de vue pratique faire venir des intervenants est compliqué par rapport aux possibilités de cours.

18-Comment préparer les étudiants au partenariat thérapeutique selon vous ? Et plus particulièrement comment se dérouler chez vous les stages professionnels ?

Là je crois que c'est compliqué, car dernièrement le conseil de l'ordre des médecins à donner son veto pour recevoir les étudiant ostéopathe en stage que ce soit dans les cabinets libéraux et à la fois dans les hôpitaux. Sinon au niveau des stages il me paraît primordial de les conserver, c'est compliqué à organiser mais c'est très important. Ces stages permettent aux étudiants de voir beaucoup de choses importantes mais tout dépend le la qualité du stage que l'on fait. Mais comme cela est réalisé en kiné, c'est l'occasion de voir différentes services et intervenants. Même s'il y a des étudiants qui font les heures uniquement pour faire les heures

de stage et rentrer dans le référentiel, cela n'apporte pas grand-chose si ils restent toujours au même endroit. Par contre l'étudiant qui se démène et qui va voir 1 radiologue, 1 médecin généraliste, 1 service de neuro, 1 service orthopédique, là ça peut être super intéressant.

19-Avez-vous eu des retours des étudiants sur ces stages ?

Globalement le retour été extrêmement positif pour beaucoup de stages. Certains étudiants ont gardé des contacts avec les responsables de ces stages pour la suite, quand les stages se sont très bien passés. Le seul petit bémol par rapport au stage et que les envoyer trop tôt en stage avant la fin de la 2e année voir la 3e année c'est pas forcément 1 bonne chose, car les étudiants ne connaissent pas grand-chose de l'ostéopathie et les médecins étant curieux de dialoguer avec des ostéopathe les réponses apportées n'étant n'était pas toujours approprié. De plus il n'avait pas beaucoup de matière, à savoir les connaissances médicale, ostéopathique pour pouvoir comprendre ce qu'ils ont sous les yeux. Mais globalement c'était très positif.

20-Est-ce que vous auriez des idées sur les outils qu'on pourrait créer pour favoriser la formation au partenariat thérapeutique ?

Oui, je pense que ces politiques avant tout, car le refus des stagiaires dans le milieu médical est d'ordre politique.

21-Et pour le partenariat thérapeutique en général ?

Y a-t-il eu des concertations ou des réflexions sur le partenariat thérapeutique au sein de réunion de responsables pédagogique ou responsable clinique ?

Non c'est pas nous qui choisissons les stages ni les sujets. Maintenant moi j'aurais bien élargi à d'autres professionnels de santé. Je pense que ça aurait pu être intéressant. Le problème c'est que l'acceptation des professionnels de santé comme par exemple accompagné un psychologue pendant une journée ou deux pourrait être très intéressant, ou encore accompagner un kinésithérapeute, voir un podologue travailler pourrait être des expériences intéressante. Maintenant au niveau légalité est-ce qu'il est possible de mettre cela en place. De plus c'est quelque chose de compliqué à dire. Est ce qu'ils auraient beaucoup de terrain de stage ? Après le problème qu'on rencontrerait à mon avis sur ce point la est que lorsque nos stagiaires allers voir des ostéopathes au cours de stages l'intérêt dépendait de la qualité des gens qui recevaient nos étudiants. Car il y avait de tout. Des professionnels catastrophiques, des gens très intéressants.

22-Est-ce qu'il y ait eu des réflexions sur la qualité des terrains de stage ?

Oui la réflexion a été qu'il fallait favoriser le côté qualitatif des terrains de stage. Il fallait en théorie que les ostéopathes soit ostéopathes exclusifs, après on a autorisé avec une activité démarquée kiné et ostéo ou médecins et ostéo, de mémoire il fallait qu'ils soient diplômés ou clinique avec 3 ou 5 années d'expérience je ne sais plus. Cela ne veut pas dire grand-chose par ce que parmi les retours il y avait des choses qui n'étaient pas correctes voir franchement pas terrible. Mais quelque part je pense que cela peut servir aux étudiants comme moi ça m'a servi pour m'installer quand on voit quelqu'un qui fonctionne avec quand même un certain nombre de patients qui travaillent d'une façon a priori pas exceptionnelle mais qui fonctionne quand même. Cela peut permettre de donner confiance aux étudiants et donner le petit truc qui donne envie de s'installer. Il y a toujours du positif même dans le négatif. Maintenant multiplier ses mauvais terrains de stage n'est peut-être pas une solution non plus.

23-À votre avis aujourd'hui est-il nécessaire de faire évoluer les outils existants ? À savoir les stages cliniques, les cours dans le cadre de la clinique, et ce qu'il est intéressant de les faire évoluer où est-il nécessaire de créer d'autres ? Ou faut-il au contraire diminué la l'importance des échanges avec les autres professionnels ?

Je pense que diminuer on ne peut pas vraiment car les formations n'existent pratiquement pas. Je sais que les cours relationnelles patients basés sur la psychothérapie où ces choses-là, le relationnel n'est pas enseigné en ostéo, en kinésithérapie je ne crois pas que cela soit enseigné, en tout cas à mon époque cela ne l'était pas. Je pense par exemple que c'est très important, les cours comme les strapping certains étirements, je ne crois pas que cela soit enseigné dans beaucoup d'établissements. Je pense qu'on ne peut pas les enlever car il n'y en a quasiment pas ; donc on ne peut quelles augmenter. Je pense que cela serait positif pour tout le monde car vu le nombre d'ostéopathe formé et le nombre d'écoles, pour faire son trou il va falloir se créer un réseau relationnel, non seulement pour vivre, mais cela peut être un des moyens d'augmenter sa patientèle et puis de faire un travail toujours plus intéressant. Du côté professionnel pur, pour avoir de bons résultats, cela peut être important d'un point de vue aussi purement matériel. Il faudrait donc plutôt augmenter que diminuer.

24-Auriez-vous un axe une idée pour augmenter ? Avez-vous entendu parler ailleurs de quelque chose qui se ferait pour augmenter la formation au partenariat thérapeutique ?

Je sais que dans l'autres écoles à Nantes, par exemple sur le domaine psycho, je sais qu'un psychiatre était venu présenter un petit peu comment il travaillait avec des patients qui étaient

dépressifs ou qui étaient fibromyalgiques etc. C'est-à-dire faire venir des intervenants extérieurs au sein de l'école pour présenter des gens qui ont souvent une double casquette. J'évite personnellement les gens qui ont 50 casquettes car je trouve que cela fait beaucoup et qui ne peuvent pas maîtriser tous les domaines. Mais des gens qui ont deux casquettes par exemple ostéopathe kiné ou encore ostéopathes acupuncteur, me paraissent tout à fait apte à présenter et à faire le parallèle entre les différentes disciplines. Après il faut des gens qui soient intéressés par partager sa voie avec des autres. Il faut une ouverture d'esprit de ces gens-là.

25-Avez vous d'autres notions qui vous paraissent importantes sur la formation au partenariat thérapeutique ?

Il y a d'autres formes de partenariats qui sont intéressantes, c'est ce que j'avais essayé de mettre en place avec les possibilités que j'avais. On avait mis en place et je pense que cela est très important, c'était vraiment le début et il fallait progresser dans ce sens là : c'est comment développer ce partenariat, je pense que des gens dans le coaching ou autre pourrait être intéressant ou encore dans le cadre du management ou encore des gens qui sont dans les chambres de commerce et d'industrie. Des gens qui peuvent être en dehors des professionnels de santé mais qui peuvent apporter leur savoir-faire pour favoriser le développement de ce type de partenariat.

En tout cas cela peut être une ouverture à prendre en compte ou pas mais cela donne une autre vision avec un regard extérieur, ils peuvent apporter des choses. Il faut à la fois la présence des autres professionnels de santé pour expliquer comment ils fonctionnent, mais après lorsque l'on s'installe, il y a un façon d'aborder les professionnels de santé de faire la démarche, je pense que lorsqu'on a un peu de métier ou de maturité la plupart des gens arrivent au niveau relationnel à gérer cela. Mais les étudiants qui sortent de l'école ne sont pas forcément à l'aise par rapport à ce partenariat. Il y a peut-être moyen d'aider ces étudiants d'une façon ou d'une autre.